



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

**O trabalho político do profissional de saúde mental
em um processo de desinstitucionalização:
um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica**

Rio de Janeiro

2007

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

**O trabalho político do profissional de saúde mental
em um processo de desinstitucionalização:
um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

H774 Honorato, Carlos Eduardo de Moraes.

O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica/ Carlos Eduardo de Moraes Honorato. – 2007. 177 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde mental – Brasil – Teses. 2. Saúde mental – Teses. 3. Reforma psiquiátrica – Brasil – Teses. 4. Serviço social psiquiátrico – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carlos Eduardo de Moraes Honorato

**O trabalho político do profissional de saúde mental
em um processo de desinstitucionalização:
um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 27 de março de 2007

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Elisabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof.^a Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes
Instituto de Psiquiatria – UFRJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

Para Márcia Nahu, sempre.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, sobretudo minha mãe, por todo amor e investimento.

A Roseni Pinheiro, minha orientadora, pela aposta em um trabalho conjunto; esta dissertação começou como uma resposta às suas “provocações”, e ela me apontou os caminhos.

A Paula Cerqueira, inspiração e referência de um trabalho ético e responsável – *pero sin perder la ternura jamás!!!*

À querida equipe da Assessoria de Saúde Mental da SES-RJ, construída e fortalecida em anos dedicados à construção de uma política estadual de saúde mental. E como é importante combinar trabalho e prazer! Hoje somos muitos, mas preciso destacar os mais próximos: a amizade e parceria esperta e cotidiana de Maria Thereza Santos; a alegria e a visão clínica de Leila Vianna, a sensual determinação de Simone Delgado, o hilário jogo político de Luiza Petrucci, a confiança e respeito de nossa chefe Adriana Gaudêncio, a agudeza crítica de Cristina Ventura, a responsabilidade e competência intelectual de Cláudia Talleberg, a tranquila perseverança de Salette Ferreira, a impetuosa e bela juventude de Juliana Pimenta, a eficiente “produção executiva” de nossa secretária Amélia Pinna.

À equipe de saúde mental do município de Carmo, que me acolheu – como sempre – com carinho e consideração. Destaco alguns: Severina e Valéria; Marcos Argolo e Rodrigo Japur; Aurelina; Antonia Cristina e as técnicas de referência, Jéris, Carla, Sandra; Roberta, Jacinto e Renatinha; os cuidadores, principalmente Douglas e Silvana; funcionários do HETB, muitos conhecidos de longa data, Japonês, Rái, Beбето; e especialmente os atuais moradores e ex-internos do HETB (sobretudo os da “casa vermelha”), grande parte velha conhecida que tive o prazer de redescobrir. Que possamos agora proporcionar a dignidade e o cuidado que merecem!

A Beth Barros, pela disponibilidade e carinho e pelos preciosos toques e indicações no uso de uma teoria que eu desconhecia e cuja potência pude começar a intuir.

Ao Edu Passos, pela “cabeça feita” nos grupos de estudo sob sua coordenação.

Aos professores Emerson Merhy, pelas experientes observações na qualificação, e Hélder Muniz, pela generosidade de sua contribuição.

À equipe das residências terapêuticas da Colônia Juliano Moreira, com quem recentemente tenho trabalhado e aprendido tanto: em especial Ana Paula Sanzana, Rodrigo Echebarrena, Janaína Santos, Adriana Machado, e Patrícia Albuquerque.

Ao diverso e saboroso naipe feminino que foi a turma do mestrado do IMS.

Aos meus alunos, ex-alunos, e às pessoas de quem me cabe cuidar, pelo tanto de aprendizado e vida que temos compartilhado.

2006 foi um ano difícil – um ano de doídas perdas. Realizar este trabalho me proporcionou um chão quando o mundo virou de pernas para o ar, e eu pude, então, reterritorializar um pouco.

Quem nos dera fosse possível uma obra concebida fora do self, uma obra que nos permitisse sair da perspectiva limitada do eu individual, não só para entrar em outros eus semelhantes ao nosso, mas para fazer falar o que não tem palavra, o pássaro que pousa no beiral, a árvore na primavera e a árvore no outono, a pedra, o cimento, o plástico...

Ítalo Calvino

RESUMO

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes. *O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica*. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

O trabalho pretende apresentar uma cartografia das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental que prestam assistência aos moradores dos serviços residenciais terapêuticos do município de Carmo, no Estado do Rio de Janeiro. Estas moradias constituem uma etapa do processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico estadual do tipo colônia agrícola, fundado na década de 40 do século passado, onde estavam internados cerca de 280 pacientes. A partir de 2003, com a extinção do hospital coordenada pelo gestor estadual e a municipalização dos recursos, uma pequena parcela dos internos retornou ao seio familiar, mas a maioria (cerca de 160) foi alocada em moradias assistidas, espalhadas pelas áreas urbana e rural do município. Tomando a tarefa de reinserção social como o viés político da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o trabalho cotidiano da equipe multiprofissional é focalizado. Neste plano relacional o texto busca a conceitualização de Política e de um trabalho político, através das idéias de Arendt, Gramsci, Deleuze e Guattari, entre outros; já a ergologia possibilita uma metodologia para a abordagem do trabalho humano. Com base na pesquisa de campo, a cartografia revela como a tarefa política é realizada, nas atividades dos técnicos, quer dizer, na micropolítica dos encontros dos profissionais uns com os outros, com a sociedade civil e com os moradores, onde os valores da Reforma Psiquiátrica são negociados. No fim, trata-se de uma etapa em um processo, ainda a meio caminho entre a gestão estadual e a gestão municipal, onde a proposta mantém-se sustentada pela vontade política do gestor e, na via da hegemonia, deve ser trabalhada entre os profissionais e na sociedade civil. O panorama é heterogêneo, e a dinâmica revela a diversidade de entendimentos e interesses. No cenário do trabalho cotidiano, conceitos como autonomia e cidadania se atualizam em atividades que caracterizam a vida nas cidades e se desdobram em torno de certos temas, como o uso do dinheiro, ou a apropriação do espaço. A experiência dos técnicos envolvidos mais diretamente com os moradores, como os cuidadores, produz uma “técnica” de escuta e mobilização, que não admite cartilhas nem regras pré-estabelecidas ou imutáveis. Este trabalho conjunto, formador de redes e sustentado na interação, é indicador de integralidade na execução da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Serviços residenciais terapêuticos. Trabalho político. Integralidade e reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The work intends to present a map of the activities performed by mental health professionals that assist the dwellers of the residential care homes in the municipal district of Carmo, State of Rio de Janeiro. These residences are part of a stage in the process of desinstitutionalisation of a state Psychiatry Hospital, an agricultural colony type, founded during the forties in the 20th century, and where about 280 inpatients lived. From 2003 on, when the hospital was closed under coordination of the state manager, and the resources were municipalised, a small part of the inpatients returned to their families, but the majority (about 160) were placed in care homes, scattered over country or urban district areas. Taking the task of social inclusiveness as the political bias of Brazilian Psychiatric Reform, day-to-day work of the multiprofessional team is focused. In this relational level, the text looks forward to conceptualise “Politics” and political work, through Arendt, Gramsci, Deleuze and Guattari’s ideas, among others. And ergonomics enables a view to knowledge production, with its approach to human work. Based on a camp research, the map production reveals how politic task is performed, in the professionals’ activities, that means, in the micropolitics of professionals meetings with one another, with civil society and with the residents, where values of Psychiatric Reform are negotiated. In the end, it’s a phase in a process, still half way between state and municipal administration, where the proposal is sustained by the administrators’ politic will, and, on its way to become hegemonic, must be discussed among professionals and civil society. The landscape is not homogeneous, and the dynamics reveal the diversity of understandings and interests. In the scenery of everyday work, concepts such as autonomy or citizenship are present on activities which are characteristic of city life, and they unfold over some themes, as the use of money, or the making and occupying of one’s personal space. The experience of the professionals that work closer to the residents, as the caretakers do, produces a “technique” of hearing and stimulation, which by no means admits unchangeable or preestablished rules. This group work, maker of nets and relying on interaction, is an indicator to integrality when Psychiatric Reform proposal is performed.

Keywords: Desinstitutionalisation. Residential care homes. Political work. Integrality and psychiatric reform.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO: ALGUNS PRESSUPOSTOS	10
1	DIRETRIZES MACROPOLÍTICAS, VALORES DIMENSIONADOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS	21
1.1	Valores da Reforma Psiquiátrica Brasileira	32
1.2	A desinstitucionalização e os Serviços Residenciais Terapêuticos	35
2	CONSTRUÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS DA CATEGORIA “POLÍTICA” NO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL	41
2.1	A política no sentido grego: democracia, hegemonia	42
2.2	A práxis humana: <i>contraintes</i> e criação	54
2.3	O Trabalho em Equipe na Saúde: Contribuições Teóricas sobre as Interações entre Saberes e Práticas em Saúde Mental.....	70
3	METODOLOGIA	83
3.1	Sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão.....	92
3.2	Organização dos dispositivos	97
4	CARTOGRAFIA DO TRABALHO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE CARMO.....	100
4.1	Primeiras implicações: efeitos da macropolítica	102
4.2	Olhando mais perto o trabalho em equipe do Programa de Residências Terapêuticas de Carmo.....	106
4.3	A integralidade no trabalho cotidiano da equipe: micropolítica dos encontros	115
4.4	Intervenções moleculares: o trabalho junto ao morador	136
5	FECHANDO UM OLHAR	163
	REFERÊNCIAS	169
	ANEXO A – Mapa do Estado do Rio de Janeiro	177

INTRODUÇÃO: ALGUNS PRESSUPOSTOS.

Este trabalho nasceu com o objetivo de pensar a equipe de saúde mental responsável pelos serviços residenciais terapêuticos do município de Carmo, no Rio de Janeiro, e a forma como se organiza para gerir sua ação específica. Entendemos que esta ação, a tarefa do profissional de saúde mental, é, pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma ação inclusiva, e se coloca para além de qualquer especificidade técnica do profissional envolvido. Trata-se de uma tarefa social, que só pode ser realizada conjuntamente. Considerar o louco em sua relação com a cultura e a sociedade implica em ampliar o ângulo de visão do homem, percebendo as limitações de qualquer ação individual e nos impulsionando a buscar a participação de outros atores. Entender e intervir na dinâmica das relações do louco com a família, com a comunidade, com a justiça ou com a saúde é trabalho para muitos. Trabalho para uma equipe.

Os serviços residenciais terapêuticos (SRTs)¹ são dispositivos de assistência em saúde mental que estão diretamente no espaço da urbe. Foram concebidos principalmente para dar conta da questão do morar, fundamental quando se considera o contingente de pessoas afastadas de seu meio social pela internação psiquiátrica, e que perderam seus laços com famílias e comunidades de origem. Dispositivos híbridos, pois são casas, moradias, mas são também tecnologias de saúde.

As residências terapêuticas do município do Carmo, cuja equipe profissional acompanhamos, constituem uma etapa do processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico, o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB).

Para entender por que falamos de uma equipe multiprofissional de saúde mental quando abordamos a tarefa de desinstitucionalização, cabe retroceder e lembrar que, se por um lado a exclusão foi um efeito do nascimento do asilo e da psiquiatria como ciência médica², por outro podemos dizer que o projeto científico da Psiquiatria no Ocidente, desde o seu surgimento no século XVIII, foi sempre problemático. Isto porque o seu objeto, o

¹ Serviços residenciais terapêuticos, residências terapêuticas, ou moradias assistidas referem-se, nesta dissertação, à mesma modalidade de dispositivo. Usaremos qualquer um dos três termos, indiscriminadamente, ou ainda as abreviações SRTS ou RTS.

² Em sua *História da Loucura na Idade Clássica* (1978), Foucault dissecou o processo de nascimento da psiquiatria, concomitante à formação do hospital psiquiátrico e à objetivação da loucura, etapa na qual o louco perde o estatuto de sujeito. Sobre este processo e ainda sobre a formação do paradigma psiquiátrico, ver também Castel (1978) e Serpa Jr. (1996).

louco, não se deixou nunca reduzir ao modelo biológico que lhe garantiria a legitimidade do campo médico.

Na história da Psiquiatria, o fracasso na aplicação do modelo da neurosífilis, o modelo lesional³, a todo o conjunto das doenças mentais, fez voltarem-se os estudos para as hipóteses multicausais. Referimo-nos aqui aos trabalhos críticos a partir da obra de Jaspers, que era psiquiatra e filósofo, e todo o desenvolvimento ulterior da psicopatologia clássica fenomenológica, no que tange aos mecanismos de formação e à dinâmica dos quadros clínicos⁴. O que queremos ressaltar é o fato de que o campo de conhecimento da Psiquiatria ampliou-se para além do aspecto orgânico, e para o seu desenvolvimento foi vital a contribuição de estudos que usavam ferramentas da psicologia, da filosofia e das demais ciências sociais em suas análises dos fenômenos psíquicos. Destacando-se, no início do século XX, o impacto nas tentativas de compreensão e abordagem da loucura que teve a formulação do determinismo psíquico com a descoberta do Inconsciente freudiano. Embora Freud fizesse questão de colocar a psicanálise fora do campo médico – de forma a garantir-lhe maior autonomia –, a Psiquiatria no século passado foi definitivamente marcada pela psicogênese.

Entretanto, tem havido, desde os anos 90 daquele século, uma retomada do ideal biomédico da organicidade, fazendo crer que será possível à medicina mapear (e manipular), seja pelas dosagens neuroquímicas, seja pela localização cerebral, ou pela identificação genética, os sentimentos e comportamentos humanos.

Pode-se dizer que a prática clínica hegemônica em Psiquiatria, desde a sua criação até meados do século XX, sempre primou, desde Pinel, pelo isolamento do louco. O resultado institucional desta exclusão foram os grandes manicômios e asilos.

³ O modelo lesional ou anátomo-clínico teve como base a descrição, por Bayle, em 1822, da paralisia geral. Como observa Bercherie (1989): “O que Bayle descreveu, e pela primeira vez na história da psiquiatria, foi uma entidade mórbida que se apresentava como um processo seqüencial, desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros quadros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anátomo-patológica unívoca” (1989:87). Tal modelo alicerçou o princípio nosológico-clínico de Kraepelin, no início do século XIX, que descrevia unidades nosológicas com limites precisos. A obra de Kraepelin é tida como inaugural para a psiquiatria clínica, no sentido de sua integração às ciências médicas na contemporaneidade. Ver, por exemplo, as sessões referentes à história da psiquiatria, nos clássicos de Henri Ey (1974, capítulo II, pp.58-65) ou Nobre de Melo (1979, capítulos I e II, pp. 3-26), ou ainda as análises críticas de Foucault ou Bercherie (1989).

⁴ Ainda conforme Ey (1974), Nobre de Melo (1979), Bercherie (1979).

No Brasil, esta política da exclusão que é fruto da experiência psiquiátrica gerou, a partir do início do século XX, um imenso parque manicomial. As críticas relativas às distorções (as péssimas condições em que, em geral, viviam os internos), aliadas ao desenvolvimento da psicofarmacoterapia possibilitaram o planejamento de tratamentos mais humanizados e não baseados no isolamento social. E, com o fim da ditadura nos anos 80, a sociedade brasileira buscou retomar o caminho da democracia e da liberdade. Foi então que as idéias do modelo da Reforma Psiquiátrica Italiana puderam florescer em solo nacional, fazendo nascer movimentos – em princípio apenas de profissionais – de luta antimanicomial.

A partir da década de 80 a política oficial de saúde mental brasileira tem caminhado no sentido da reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, tendo a tarefa da desinstitucionalização da clientela como desafio. Para realizá-lo, é preciso a criação de uma rede de assistência em saúde mental. Vários dispositivos vêm sendo propostos para a efetivação desta política: os CAPS (centros de atenção psicossocial), os serviços residenciais terapêuticos (SRTS), os leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros.

Em toda a legislação que regulamenta estes dispositivos alternativos de saúde mental, a equipe multiprofissional é a forma preconizada de organização do processo de trabalho em saúde mental⁵.

O trabalho em equipe multiprofissional não é novidade nos serviços psiquiátricos. Uma vez tomado como objeto de trabalho pela psiquiatria médica, o louco reuniu em torno de si um conjunto de profissionais, na tentativa de entendê-lo, tratá-lo, reconduzi-lo à razão.

Contudo, no hospital psiquiátrico, no manicômio, a lógica de toda a abordagem foi centralizada no médico. O cuidado do louco pela instituição médica agrupou, além do psiquiatra, os psicólogos com suas ferramentas psicoterápicas, os terapeutas ocupacionais, que se ocupavam basicamente da “reabilitação”, as assistentes sociais, no trato com os grupos familiares. Era um trabalho marcado pela hierarquização e pela compartimentalização dos saberes. Em artigo de 1996, Bezerra mostra que esta setorização se faz presente também no campo de intervenção, na dicotomia entre clínica e reabilitação.

⁵ A propósito dos CAPS para adultos, os CAPS-AD (destinados a usuários com problemas com álcool/drogas), e os CAPSI (destinados à faixa infanto-juvenil), ver a Portaria GM 336, de 19/02/02; para os SRTS, a Portaria GM 106, de 11/02/00; para os LPHG, a Portaria SNAS 224, de 29/01/92; para oficinas terapêuticas, a Portaria SAS 728, de 10/10/02.

O autor pretende, ao contrário, afirmar o lugar de uma clínica ampliada, uma vez que o homem, ao contrário dos animais, apresenta (devido à capacidade de falar) múltiplas possibilidades de ser ou produzir, o que “compromete qualquer prática clínica com um horizonte definido de antemão” (1996:141).

Entendemos que a proposta de uma equipe multiprofissional, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RFB) implica numa alteração qualitativa: a democratização dos poderes e dos saberes, em função do caso específico do portador de transtorno mental, o usuário junto ao qual o coletivo dos diversos profissionais deverá construir uma demanda e uma resposta, conforme a singularidade dos atores e situações.

Trata-se, portanto de uma proposta que deve ser construída no cotidiano dos serviços, nas relações entre os diversos profissionais, os usuários e familiares, e a comunidade.

Institucionalizado pela política oficial, entretanto, o trabalho em equipe corre o risco de naturalização – como se a simples composição de um corpo clínico multiprofissional possa promover uma visão integral e possibilitar a realização de um projeto terapêutico abrangente, ético e singular.

De fato, o “trabalho em equipe” é produto da era moderna, surgindo na revolução industrial com o início do Capitalismo manufatureiro, como o modo de organização de trabalho que, no início do século XX, tem no fordismo-taylorismo um modelo baseado na linha de montagem⁶. Sua proposta era de um trabalho encadeado, regulado externamente e isento de comportamentos desnecessários. O fracionamento e a especialização do trabalho daí decorrentes possibilitou a produção em massa, mas resultando em alienação do trabalhador sobre o produto final de seu trabalho⁷. Haveria, aí, equipe, no sentido de um conjunto de pessoas reunidas para a criação deste produto final, mas sem interação entre os atores.

Em sua tese de doutorado, Benevides de Barros (1994) mostra como o dispositivo “grupo” se institucionalizou ao longo do tempo, em princípio para dar conta da dualidade indivíduo-sociedade, cristalizando-se em formas que, não raro, terminavam por manter-se dentro de visões dualistas.

⁶ Para uma análise do taylorismo como reação aos movimentos operários do início do século XX, vide Benevides, 1994.

⁷ Em *A Condição Humana*, Hannah Arendt descreve como o isolamento é pré-requisito para o trabalho artesanal do *homo faber*, sendo o trabalho de equipe considerado, neste sentido, como uma variante da divisão de trabalho que introduz a sociedade de operários.

Percebemos que também a expressão “trabalho em equipe” tem adquirido, muitas vezes, estatuto de um modo de organização do trabalho que se explica por si só, em oposição ao fazer individual, e que possui em nosso meio um valor de positividade em termos de eficiência. Na prática, vemos que há “equipes” e “equipes”.

Para o que nos propomos, acreditamos ser mais produtivo pensar a equipe também como *dispositivo*. Com este termo, Foucault (1979) reúne um conjunto heterogêneo de discursos, organizações, leis, proposições filosóficas ou morais, enfim, o dito e o não dito, formações que em um determinado momento histórico respondem a uma demanda urgente. O dispositivo produz efeitos. No cotidiano de Carmo, a “equipe” é um conjunto de atores engajados em determinada ação. A equipe só existe em função do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como o corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa. Da mesma forma, falamos nos dispositivos territoriais de saúde mental.

O CAPS, por exemplo, é um dispositivo que pretende causar determinado efeito, e não propriamente uma estrutura, um serviço. O que ele pretende é prestar assistência de uma forma intensiva e extensiva; é um modelo de assistência, que se justifica porque o cuidado ao paciente psicótico requer uma estrutura que esteja disponível e que busque ativamente a adesão do paciente, de modo a mantê-lo ligado a uma rede social e afetiva. Então, mesmo a diretriz macropolítica não pode ser a implantação de CAPS, mas de dispositivos que alcancem o objetivo. A diretriz, então, é: é preciso criar serviços que cuidem dos pacientes psicóticos (“cuidar sim, excluir não”). Afinal, já foi dito (e visto!) como os CAPS podem também correr o risco de se constituírem como dispositivos manicomiais.

Em nosso trabalho, o que definirá a equipe ou a residência terapêutica são os efeitos que ocorrem nas experiências singulares. Os efeitos desejados são os de um novo modo de relação com o louco. Melhor falar então de novos modos, para fugir das modelizações e das formas finais, e sublinhar o caráter processual da realidade.

Em Carmo, o processo de desinstitucionalização do HETB se encontra em determinado ponto, gerando modos de relação entre este ou aquele morador, com este ou aquele profissional, que esperamos não serem modos manicomiais. Mas não são pontos fechados de chegada, e amanhã serão diferentes de hoje. Os processos constantemente rompem os equilíbrios estabelecidos. Tampouco o manicomial se opõe ao antimanicomial e

este dualismo não esgota as possibilidades de relação. O campo das relações é múltiplo e dialético. Mesmo as categorias de sujeito e objeto não têm lugar, em uma visão processual: os objetos não são dados ou apreendidos por um sujeito; eles se engendram, e na apreensão sujeito e objeto se constituem. Assim, é no campo social que as singularidades se produzem. Produzir novos modos de relação com o louco é o trabalho político dos profissionais de saúde mental, e estas novas singularidades vão sendo engendradas na sociedade com a intervenção dos profissionais.

Leal (1999) nos fala de uma tendência presente no campo da atenção psicossocial, que é a de, mesmo quando pretendemos abordar a clínica da Reforma, nos tornarmos prescritivos, utilizando os jargões oficiais sem efetivamente descrevermos ou refletirmos sobre a forma como se dá a clínica, seus impasses e contradições. Diz ela:

Esboçamos um conjunto de idéias que temos tentado fazer nortear a construção deste cuidado que reputamos como o mais adequado. Empenhamo-nos a cada dia para alcançá-lo. Todavia, negligenciamos que tais princípios têm caráter prescritivo e que toda prescrição indica uma escolha ética. Passamos a naturalizá-los, utilizando-os como descrição do nosso fazer. Deste modo, reduzimos sobremaneira as possibilidades de efetivamente conhecer o que estamos produzindo. Os discursos produzidos sobre o cuidado desenvolvido nestes serviços exprimem muito freqüentemente uma certa noção de tranqüilidade e calma que em nada corresponde à experiência vivida nos CAPS que conheço, ou daqueles de que faço ou já fiz parte. Nestes espaços, o que de fato experimentamos é sempre muita inquietação, muita tensão, muita discordância sobre o que fazer e como devemos fazer o dia-a-dia (Leal, 1999:48-49, grifos da autora).

Pretendemos analisar o trabalho em saúde mental da forma como acontece no dia a dia dos serviços, cujo foco se coloca exatamente nas dificuldades que se impõem no *real do trabalho*⁸, onde a prescrição se desdobra em atividade.

Tomando a intervenção dos profissionais como campo de observação, referimo-nos à dinâmica do trabalho desta equipe de saúde mental. Como se organizam. Os graus de autonomia e de complementaridade⁹ com que atuam os profissionais envolvidos. Como se posicionam em sua relação com os demais membros da equipe, considerando a tarefa assistencial proposta. Como se posicionam, em relação ao usuário. Como eles entendem o

⁸ Expressão cunhada por Dejours.

⁹ Os conceitos de autonomia e complementaridade dizem respeito à capacidade resolutiva das diversas profissões com relação ao objeto de trabalho, possuindo um caráter valorativo para as mesmas.

seu trabalho (a tarefa, a norma), e como fazem para que este trabalho se realize efetivamente.

Analisar a dimensão de integralidade no trabalho em equipe de saúde mental, no sentido da interação dos atores no cotidiano de suas práticas, como propõe Pinheiro (2001), é, assim, analisar, no caso particular, os vetores do processo de democratização, transformação social e exercício de cidadania. Como veremos, elementos presentes na proposta ético-política da Reforma Psiquiátrica.

Pois, conforme explicam Pinheiro e Guizardi (2006), o cuidado em saúde como ação integral está ligado à compreensão de saúde como direito.

... é possível qualificarmos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes constituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (Pinheiro e Guizardi, 2006: 21)

Esta dinâmica entre os valores embutidos na tarefa, as motivações individuais e as peculiaridades que se instalam no encontro entre os profissionais e a clientela conformam, para nós, elementos imbricados em uma política do trabalho cotidiano.

Segundo a visão marxista, é através do trabalho que o homem cria a realidade. Ao mesmo tempo, é por esta práxis, por este processo, que ele se constitui a si mesmo.

Deleuze e Guattari definem dois planos que determinam os processos de subjetivação: os planos *molar* e *molecular*. Mas, como explica Benevides de Barros (1994, op.cit.), não se trata de planos que se excluam ou se oponham:

A distinção entre estrutura/lógica/nível molar e maquínico/nível molecular não deve ser feita, então, por oposição em bloco, pois estaríamos correndo o risco de torná-las pólos biunívocos de uma relação. Um primeiro esclarecimento é que molar não equivale a grande, nem a passivo, nem molecular a pequeno e ativo. O molar refere-se às realidades constituídas, um certo modo de recortar os fluxos, a prevalência de uma máquina abstrata - a de sobrecodificação -, que corta os agenciamentos em grandes conjuntos, identidades, individualidades, sujeitos e objetos. O molecular refere-se aos processos de constituição, campo do invisível que, em seus agenciamentos, transmuta coordenadas da percepção e do desejo onde a prevalência no funcionamento é de uma máquina abstrata de mutação ou de guerra. Vemos, então, que a oposição molar/molecular não pode ser feita por exclusão. Trata-se do visível e do invisível – ambos, entretanto, reais (1994: 174-175).

Tanto a sociedade como o indivíduo é atravessado por estas duas segmentaridades: a molar e a molecular. “Esta idéia de simultaneidade ou coexistência entre tais ordens aponta para o fato de que tudo é ao mesmo tempo macro e micropolítica” (Benevides de Barros, 1994:55). Assim, o plano molar é o das classes, das estruturas e formações, das divisões que formam grupos instituídos. Onde, ao mesmo tempo, operam molecularmente afetos, fluxos e agenciamentos, ressegmentações mais finas.

Em Carmo, pode-se pensar o trabalho da equipe como um todo, ou do grupo de cuidadores, ou das outras categorias profissionais, ou ainda as condições dos moradores rurais versus os urbanos. Concomitante a este nível molar, que pressupõe certas regularidades, abalos moleculares interpõem eventos, relações se estabelecem entre pessoas, bons ou maus encontros que repercutem e reconfiguram os grupos: a crise de um morador gera uma *contrainte*¹⁰ para o trabalho do cuidador que pode criar, a partir de uma atividade singular, novas regras e modos de atuação da equipe. Ou o estabelecimento de uma regra pelos gestores mobiliza diferentes recursos em cada uma das técnicas de referência, diferentes modos de relação com um cuidador que a ajuda, ou com um familiar de morador que demora a aparecer.

Nosso objeto de estudo é o trabalho multiprofissional em uma situação particular de desinstitucionalização: em um município da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, uma antiga colônia estadual de alienados vive seu processo de desconstrução, com municipalização dos recursos e saída dos pacientes, através de retorno às famílias ou, em sua maioria, pela alocação em residências terapêuticas (SRTS).

Nestes dispositivos residenciais, a equipe da ex-colônia se une à equipe de saúde mental do município para a assistência e o cuidado aos novos moradores.

É importante, então, contextualizar o processo de desinstitucionalização em curso no município de Carmo. Primeiro, em relação à política oficial de saúde mental. Depois, com relação à sua própria história, a história do Hospital Estadual Teixeira Brandão e da intervenção que promoveu seu desmantelamento.

Passaremos então à caracterização da equipe que hoje atua nos dispositivos de saúde mental, para então chegar ao seu trabalho específico, às atividades que os técnicos realizam.

¹⁰ Termo cunhado pela ergologia francesa, sem correspondência exata em nossa língua, com o sentido de algo que constrange, que força, que se coloca como problematização.

Assim, em um primeiro capítulo, buscaremos a caracterização de um plano macropolítico, identificando aspectos da política oficial que sobredeterminam o trabalho dos serviços residenciais terapêuticos de Carmo. Analisaremos a tarefa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, do ponto de vista político, e o papel dos dispositivos residenciais terapêuticos.

No capítulo seguinte, partiremos para a explicitação de nosso referencial teórico de análise, centrado em uma certa noção de política que procuramos conceituar em Arendt e Castoriadis, para caracterizar o profissional de saúde mental como este ator político, em sua relação com outros profissionais da equipe (caracterizada por uma práxis transdisciplinar), com a sociedade civil (segundo uma perspectiva gramsciana), e com o próprio trabalho que realiza (conforme a clínica da atividade francesa).

Na metodologia, o objetivo é o detalhamento do processo de trabalho de pesquisa e seus determinantes, como a implicação conforme entendida pela teoria da análise institucional, e nossas opções para a apresentação do material de análise. Passaremos então ao ambiente de trabalho, os serviços residenciais terapêuticos do município de Carmo. Após caracterizar historicamente estes dispositivos, frutos da ação de desinstitucionalização em um hospital psiquiátrico estadual, descreveremos a organização da equipe de profissionais que acompanha as residências terapêuticas.

O capítulo IV apresenta nosso nível central de análise, o de uma cartografia. Começaremos pelo perfil dos profissionais e a forma como está organizado o trabalho, os fluxos e atravessamentos. Este seria um nível mais geral, onde nos referimos a categorias profissionais e hierarquias bem determinadas, responsáveis por um certo contexto que atravessa cada um dos profissionais. Poderíamos chamá-lo de um nível *molar*¹¹.

Em seguida passamos a um plano micropolítico, no qual analisaremos as características das relações entre os profissionais no cotidiano, no trabalho clínico diário, em sua relação com a rede de saúde. Aqui o método é o da exemplificação, apesar de reunidas em categorias mais gerais. Estas categorias ou temas surgiram a partir da pesquisa, em uma análise do diário de campo. A discussão pretende ser o produto do encontro entre

¹¹ Como explica Guattari, “a questão micropolítica – ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social – diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de “molar”), com aquele que chamei de “molecular” (...). As lutas sociais são, ao mesmo tempo, molares e moleculares...” (Guattari e Rolnik, 1993:127).

nossas aspirações de pesquisadores, que era interrogar sobre as feições do trabalho político da equipe profissional, suposto na tarefa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e o que o campo nos mostrou. Nas relações entre os profissionais importa-nos a discussão sobre especialismos e especificidades e sobre como vão sendo constituídas as relações de poder e decisão na equipe, e desta com a rede de saúde de Carmo e com a sociedade civil. Em suma, as *contraintes* e as negociações que são feitas na realização do *real do trabalho* destes profissionais. No fim, pode-se entender a própria gestão da atividade como uma política, em sua medida de negociação de negociações.

Por fim, um plano mais *molecular* analisará o trabalho do cuidador, a gestão do trabalhador de sua atividade. Quer dizer, em que medida o trabalho realizado renormaliza a tarefa política da Reforma Psiquiátrica. Isto corresponde a uma certa técnica específica, ao cardápio de ações que delimita o horizonte de uso para o cuidador. Veremos como os profissionais organizam seu processo de trabalho, de forma a dar conta da tarefa. As ferramentas e dispositivos de que lançam mão para realizá-la no trabalho cotidiano. Analisaremos formas de renormalização da tarefa, procurando identificar os elementos que determinam as escolhas. Concentraremos principalmente (mas não exclusivamente) nossas observações no trabalho de um profissional cuidador.

Finalizaremos refletindo sobre o trabalho político do profissional de saúde mental de Carmo, ou melhor, sobre a articulação entre clínica e política como vem sendo realizada no trabalho cotidiano, na perspectiva do dispositivo de três pólos de Schwartz.

Antes de começarmos, mais uma palavra sobre a ação de desinstitucionalização do HETB. Trata-se de um processo que incidiu sobre a instituição em seu todo. Em um espaço relativamente curto de tempo, menos de cinco anos, a estrutura foi desmantelada e todos os seus 280 pacientes foram desinstitucionalizados, independente de grau de autonomia ou diagnóstico psiquiátrico, o que, como vemos nas experiências internacionais, não é o caminho usual dos relatos de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos¹². Como não poderia deixar de ser, adiantamos que esta intervenção radical carece ainda de ajustes e adaptações. Esta ação, a todo momento, teve a preocupação de não produzir desassistência. Os ex-internos que não foram absorvidos por suas famílias foram automaticamente

¹² Os quais, geralmente, elegem uma clientela a ser retirada dos asilos, permanecendo internados os casos de maior comprometimento psíquico e menor autonomia.

alocados em residências terapêuticas, permanecendo sob os cuidados da equipe de saúde. Até o momento, trata-se, proporcionalmente, do município nacional com maior número de serviços residenciais terapêuticos. São 29 casas em um território com cerca de 15.000 habitantes. Mais de 150 ex-internos e uma infinidade de técnicos “invadindo” um território social, e produzindo um impacto sobre as mentalidades. Daí a relevância da experiência e da expectativa sobre seus resultados. A nosso ver, está em jogo a experiência viva da Reforma Psiquiátrica. Nosso objetivo foi observar como este trabalho está sendo realizado pela equipe de profissionais.

CAPÍTULO I: DIRETRIZES MACROPOLÍTICAS, VALORES DIMENSIONADOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.

Procederemos, nesta seção, à contextualização de nosso objeto de pesquisa – o trabalho de uma equipe de saúde mental em um dispositivo assistencial da reforma psiquiátrica brasileira – dentro de seu processo histórico específico. Os serviços residenciais de Carmo constituem uma etapa no processo de desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico, o HETB, com características de colônia asilar. Esta ação viabilizou-se graças à vontade política do gestor estadual, mas alinha-se às diretrizes da política nacional de saúde mental, por sua vez coerentes com a política de saúde mental da Organização Mundial de Saúde.

Analisando o campo da política (*policy*), Walt segue Harrop ao dizer que não consiste apenas em um espaço decisório, mas engloba um conjunto de decisões e as formas como elas são colocadas em prática¹³.

O programa de implantação das residências terapêuticas de Carmo, consequência de um processo de desinstitucionalização, é uma ação de política pública, desenvolvida pelos órgãos governamentais e oficiais. Entendemos a política pública como os espaços de definição e planejamento para a implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, no caso a de saúde mental.

Para Walt os atores que elaboram a política, os *policy makers*, nunca partem de possibilidades infinitas – as políticas atuais, portanto, possuem uma história prévia, uma trajetória de escolhas que vai definindo suas diretrizes. Para esta autora as políticas de saúde se inserem no âmbito da baixa política (*low politics*) - envolvendo processos de participação mais abertos, ou da alta política (*high politics*), quando sob o controle de elites dominantes. A posição na hierarquia política dependerá de seu potencial em desencadear crises na segurança nacional.

Podemos dizer que, no Brasil, a política de saúde mental, hoje, se coloca no campo da macropolítica (*macropolicy*), pois é formulada pelo governo e possui uma legislação específica. Mas esta posição é resultado de um processo do qual participaram e participam

¹³ *A bundle of decisions and how they are put into practise*, no original. (Walt, 1996: 40).

diversos grupos e forças, que lhe garante peculiaridades e valores específicos, a serem abordados.

Tomando as recomendações da OMS para a área de saúde mental, comprova-se a diretriz geral de uma mudança do modelo hospitalocêntrico para uma direção comunitária, com substituição dos dispositivos de assistência.

Experiências de fechamento de hospitais psiquiátricos vêm sendo acumuladas em nosso mundo desde a segunda metade do século passado.

A população de hospitais psiquiátricos atingiu seu pico, na maior parte dos países ocidentais, na metade dos anos 50, declinando gradualmente desde então. Na Inglaterra, por exemplo, entre 1954 e 1981, a taxa de residentes em hospitais psiquiátricos diminuiu de 350 para 155 para 100.000 habitantes (Leff, 1993).

Em uma revisão da literatura científica publicada em 1993, O'Driscoll lamenta a falta de estudos prospectivos para populações totais de longa permanência de hospitais psiquiátricos desinstitucionalizadas e alocadas em dispositivos na comunidade.

Entretanto, alguns trabalhos citados pela autora revelam o perfil da maior parte dos pacientes de longa permanência: idade média de 60 anos, internação longa, preponderância de homens e uma alta prevalência de síndromes cerebrais orgânicas e déficit cognitivo. Além disto, saúde física precária nos mais envelhecidos, com altas taxas de incontinência, falta de mobilidade, e déficits visuais e auditivos, e persistência de sintomas psicóticos floridos e estados deficitários, distúrbios de comportamento, inclusive anti-social, e dificuldades no auto-cuidado. Veremos como o censo clínico e psicossocial dos internos do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) apresenta um resultado bastante semelhante.

O panorama desta população residual sustenta a atitude de reserva de muitos comentadores acerca do fechamento dos hospitais psiquiátricos, devido às dificuldades de sua acomodação na comunidade e da reprodução do cuidado prestado no hospital. Outros estudos, mais otimistas, fazem com que O'Driscoll (1993) especule se certas características da comunidade local, como a tolerância para com a doença mental, estabeleçam a diferença.

Para suprir a carência de estudos de avaliação em larga escala do fechamento de hospitais psiquiátricos no Reino Unido, em 1985 foi criado o TAPS (Team for the Assessment of the Psychiatric Services), tomando como objeto os 770 egressos de dois

hospitais psiquiátricos londrinos em processo de fechamento previsto para um período de 10 anos. Através de um estudo comparativo ao longo do tempo, adaptando e desenvolvendo uma longa bateria de instrumentos para a avaliação de pacientes de longa permanência não portadores de demência, o TAPS constituiu-se como referência internacional para este tipo de estudos.

A população de longa permanência dos dois hospitais possuía características semelhantes, com problemas severos de higiene, sintomas psicóticos floridos, alta prevalência de sintomas negativos, e rede social pobre. Nos primeiros três anos do programa, os pacientes selecionados para absorção na comunidade tendiam a ser mais jovens, menos dependentes de um cuidado psiquiátrico intensivo, com diagnóstico de esquizofrenia menos provável, possuíam maiores laços sociais, e desejavam sair do hospital.

Pensamos que esta é uma tendência natural do processo de seleção de pacientes a serem desinstitucionalizados. Começa-se pelos casos menos complicados, com maiores recursos e possibilidades. Em Carmo, pode-se dizer que este viés também ocorra na seleção dos moradores que são alocados nas residências urbanas. Os pacientes mais comprometidos psiquicamente tendem a permanecer nas residências rurais, que funcionam no antigo espaço manicomial. A impressão geral, trazida aqui sem pretensão de rigor científico, é a de que isto não significa que o cuidado em um dispositivo hospitalar seja mais adequado àqueles pacientes cuja incapacidade a institucionalização produziu ou cristalizou. Em nossa experiência, entendemos que há momentos em que a internação é necessária, quando faltam ou enfraquecem-se os recursos extra-hospitalares. Mas a observação no campo nos mostra que há casos graves em que o empenho do meio social (cuja constituição requer mudanças e investimentos) produz no morador novas condições para o manejo de suas dificuldades.

Em 1993 o TAPS publicou seu primeiro estudo controlado e prospectivo da população de longa permanência egressa dos hospitais psiquiátricos e alocada na comunidade nos três primeiros anos do projeto, em um total de 278 pacientes pareados individualmente com pacientes de características similares que permaneciam no hospital. A avaliação incluía um grande número de dados e variáveis clínicas e sociais (Anderson et al, 1993).

No primeiro ano fora do hospital, a extensão de eventos criminosos, vadiagem, morte e readmissão foi monitorada para os pacientes egressos¹⁴, concluindo que com o planejamento cuidadoso e o aporte de um benefício financeiro para cada paciente, o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos não leva a um aumento expressivo de vadiagem, crime, e mortalidade nos portadores de transtornos mentais longamente institucionalizados (Dayson, 1993). Neste estudo comparativo dos três primeiros anos, já um clássico, os egressos possuíam uma rede social mais diversa, com uma maior proporção de contatos nomeados como amigos. Após um ano na comunidade, mais de 20% dos egressos passaram da ausência de relações de familiaridade ao reconhecimento destas. Interessante notar que grande parte destes novos amigos derivavam de parentes ou amigos dos cuidadores, vizinhos, ou contatos em clubes sociais. Os cuidados na comunidade permitiam maiores oportunidades para o desenvolvimento da autonomia dos pacientes, em todos os aspectos ambientais monitorados. No *follow-up*, mais egressos do que remanescentes nos hospitais expressavam satisfação com o local onde moravam e desejavam permanecer onde estavam, e identificavam a medicação como fator de ajuda.

Com base na experiência internacional, a OPAS/OMS afirma no documento *Atención Comunitaria a Personas com Trastornos Psicóticos* (2005) que os dispositivos que mais influenciam a viabilidade dos programas de desinstitucionalização são a unidade de reabilitação de base comunitária, ou centro de atenção diária para a reabilitação (papel ocupado pelo CAPS na experiência brasileira), as **residências alternativas**, e as atividades ocupacionais e de promoção de emprego. Embora reconheça que o trabalho de desinstitucionalização inicia dentro do hospital, ressalta que tais processos atingem seu potencial máximo quando desenvolvidos no contexto comunitário real.

Os programas residenciais têm como objetivo a melhora da funcionalidade pessoal e social e a permanência na comunidade de portadores de transtorno psicótico. Isto se dá através da recuperação, estabelecimento ou manutenção de uma casa própria, da provisão de alojamento com níveis distintos de supervisão e apoio, e de um programa individualizado de cobertura das necessidades cotidianas, em coordenação com os serviços de saúde mental. A agência enfatiza que o principal objetivo das residências é a vida independente do usuário e o estímulo de sua autonomia pessoal e social. Para tanto, sua

¹⁴ Excetuando, portanto, aqueles pacientes mais comprometidos que permaneciam internados.

participação ativa é essencial, devendo-se evitar esquemas paternalistas ou excessivamente institucionais.

A OPAS identifica basicamente dois modelos de dispositivos residenciais, cujas características combinam-se nos diversos tipos encontrados: um é o *contínuo residencial (residential continuum)*, no qual os moradores passam por alojamentos graduados segundo níveis crescentes de autonomia, e o *apoio residencial*, que dá maior peso às preferências do usuário, com mecanismos de apoio mais flexíveis e individualmente adaptados.

A partir destes dois modelos, o documento lista uma tipologia de dispositivos residenciais:

1- Apoio domiciliar: tipo no qual uma equipe profissional presta apoio a pessoas que moram sós, ou com suas famílias, ou em pensões, etc.

2- Alojamento supervisionado: apartamentos para 5 ou 6 moradores, com graus variáveis de apoio e supervisão.

3- Alojamento assistido: pequenas residências com capacidade variável (não mais de 20 pessoas) assistidas por uma equipe, habitualmente de pessoal não especializado na área da saúde, em proporção variável (geralmente menor que 1/1), durante as 24 horas do dia. Destinam-se a pessoas com menor autonomia, a quem se facilita o alojamento, a alimentação, o apoio e supervisão pessoal nos cuidados básicos (pessoais e do alojamento), e atividades ocupacionais, educativas, de lazer, etc. Este é o perfil básico das residências terapêuticas do município de Carmo.

4- Unidades alternativas de hospitalização: estrutura mista entre residencial e sanitária, assistidas por equipe de saúde 24 horas por dia, geralmente para curta ou média permanência.

Em um trabalho (mimeo s/d) sobre as residências terapêuticas, Vasconcelos apresenta dados sobre as características e tipologias destes dispositivos, lembrando que, se no Brasil a tradição indica que tais dispositivos se caracterizem como de natureza pública, centrada no trabalho profissional, a experiência internacional aponta saídas mais diversificadas.

A experiência internacional vem mostrando que as alternativas de estrutura organizacional e nível de cuidado dispensado internamente aos serviços podem ser muito diferenciados, podendo variar de serviços estatais para usuários muito dependentes, com supervisão interna 24 horas por dia e 7 dias por semana, até dispositivos mais flexíveis como famílias substitutivas, moradias independentes e lugares independentes em pensão, sem qualquer supervisão direta por parte de trabalhadores de

saúde mental. O princípio básico que orienta a proposta deste leque mais amplo de opções residenciais é ofertar dispositivos adequados à variedade de quadros diferenciados de dependência e autonomia, à situação social, familiar e comunitária e ao desejo expresso, de cada cliente singular (Vasconcelos, mimeo s/d:15)

Reproduzindo o esquema de classificação de Ramon (1996), Vasconcelos (memo s/d) apresenta uma tipologia para os dispositivos residenciais, segundo a experiência européia:

1- Esquemas residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar:

Embora a ação de desinstitucionalização do HETB pretenda a municipalização da área antigamente ocupada pela unidade hospitalar estadual, e por sua extinção organizacional e administrativa, vemos como as residências “rurais” apresentam algumas das limitações apontadas neste tipo de dispositivo (em parte decorrentes de seu isolamento geográfico), como a dificuldade de acesso a outros ambientes de troca social, a continuidade da cultura manicomial por parte dos trabalhadores, e o grau de estigmatização social induzido pelo ambiente.

2- Esquemas de recolocação em famílias.

Antiga alternativa, como a experiência clássica de alocação de deficientes mentais egressos de hospitais psiquiátricos em famílias substitutivas na Bélgica, desde o século XVIII.

3- As “group homes” (casas coletivas):

Desde os anos 60 na Europa, exige investimento em planejamento, infra-estrutura e preparo dos moradores e trabalhadores. Nestas experiências, Vasconcelos destaca:

- *as características e localização da casa na cidade e nas redes de troca social;*
- *o número de residentes e sua adequação a uma estrutura ambiental apropriada às necessidades e à privacidade dos moradores;*
- *o regime de gestão de vida, das regras e responsabilidades pessoais e coletivas;*
- *o regime, a filosofia implícita e a qualidade da supervisão, gerindo as relações de dependência, necessidade de suporte e/ou autonomia;*
- *o acesso à rede de serviços de suporte e atenção psicossocial (mimeo s/d: 17)*

Este tipo de moradia, que acreditamos caracterizar de forma geral as residências terapêuticas “urbanas” do município de Carmo, tem sido associado, nos estudos europeus,

aos resultados mais bem sucedidos no que se refere à melhora do funcionamento social, de auto-cuidado e qualidade de vida dos usuários.

4- Serviços residenciais integrados:

Como em Estocolmo, são várias unidades residenciais com níveis diferenciados de autonomia e vida independente, integradas a um serviço de suporte disponível em tempo integral. Embora propiciem a passagem entre níveis de autonomia de forma mais tranqüila, podem manter a segregação se a reinserção social externa não é tomada como tarefa.

5- Comunidades terapêuticas:

Criadas nos EUA e Europa desde a II Guerra Mundial, mas foram criticadas por reproduzirem as práticas das instituições psiquiátricas convencionais, não colocando em discussão os mecanismos de tutela e periculosidade perpetrados pelo saber psiquiátrico.

6- Aluguéis e outros esquemas individuais no mercado privado de moradias:

Para seu bom funcionamento, é preciso a criação de um suporte adequado, composto por profissionais e leigos.

Quanto à equipe profissional dos programas residenciais, o documento da OMS (2005, op.cit.) distingue:

- pessoal básico de apoio residencial (monitores, cuidadores, educadores), com função de “dar apoio ao residente desde uma perspectiva equiparável à *substituição profissionalizada do papel da família*” (OPAS/OMS, 2005:87);

- responsáveis ou coordenadores, que lideram a equipe e estabelecem ligação com outros dispositivos sanitários e de apoio social;

- pessoal específico para limpeza e cozinha.

Em Carmo, veremos como, em termos de organização do trabalho, não há distinção clara entre as funções de cuidador descritas com as do trabalho de limpeza e cozinha das residências, o que trará conseqüências conflituosas.

A OPAS preconiza que estes profissionais recebam uma formação básica, nos moldes de programas psicoeducativos para familiares de pacientes psicóticos, que inclui informações sobre as doenças e seu tratamento, o manejo de situações cotidianas e comportamentos de risco, e a aprendizagem de estilos de comunicação do tipo “baixa emoção expressada”.

Nos dispositivos com apoio nas 24 horas, recomenda-se pelo menos duas pessoas por turno, para o caso de um ter que ausentar-se, e dependendo também do nível de dependência dos usuários.

Embora as atividades dos profissionais variem segundo o usuário, segundo a agência internacional devem sempre incluir:

- *Um clima interno que fomente a autonomia (personalização de espaços e ritmos, apoio não paternalista) e a participação ativa do residente nas diferentes atividades.*

- *Proteção contra riscos de descompensação e condutas auto e heterolesivas.*

- *Estímulo ao estabelecimento de relações sociais, dentro e fora do alojamento (OPAS/OMS, 2005:89).*

Vasconcelos (mimeo s/d, op.cit.) enfatiza que estes dispositivos devam funcionar visando a mobilização dos recursos disponíveis no território.

O espaço urbano é muito rico em recursos fragmentados e dispersos, cuja procura e mobilização faz parte essencial do próprio processo de reinserção e integração social dos moradores (Vasconcelos, mimeo s/d:9).

Com relação aos custos dos serviços residenciais terapêuticos, ponto importante para gestores analisarem a viabilidade financeira destes programas, Vasconcelos cita pesquisa de Knapp (1995, apud Vasconcelos, s/d) no Reino Unido, indicando que os custos de pacotes comunitários de saúde mental são “um pouco menores”¹⁵ do que os custos das internações psiquiátricas.

Apoiado no fato de que o atual panorama histórico e social das políticas neo-liberais não estimula a implantação de serviços residenciais em saúde mental, Vasconcelos observa que em uma época de recessão financeira e de grande aumento do número de pessoas desfiladas, sem moradia ou sem condições de prover seus meios de sobrevivência, tende a aumentar a demanda pelos mecanismos de proteção social. Por isto preconiza uma maior sistematização da clientela indicada aos dispositivos residenciais, com estabelecimento de critérios de acesso bem delimitados.

Já Fonseca (1998), diretor financeiro do Hospital Candido Ferreira, em Campinas, unidade pioneira em processos de desinstitucionalização envolvendo a implantação de serviços residenciais, lembra que a questão da redução de custos deve estar subordinada à garantia de qualidade do serviço; um serviço caro não garante uma boa qualidade, por si só.

¹⁵ Vide Vasconcellos, memo s/d, op. cit.,p.2.

Trata-se então, para o administrador, não simplesmente de reduzir custos, mas otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Partindo da premissa de que, por uma dívida social, estes pacientes crônicos devem permanecer assistidos, este gestor entende que, devido à sua estabilidade psíquica, esta clientela pertença mais à rubrica “assistência social” do que à rubrica “saúde”, pois sua demanda de acompanhamento é, para ele, contraditória com a característica intensiva do equipamento hospitalar. O hospital psiquiátrico não é, portanto, o equipamento adequado para abrigá-los. Assim o autor justifica a importância das moradias extra-hospitalares.

Comparando gastos ele considera que um primeiro aspecto é a montagem de uma estrutura de atendimento que deve estar disponível independente da presença de pacientes que a ocupe; este custo é o maior, no qual os recursos humanos absorvem 75 a 80% do total. No hospital psiquiátrico, esta estrutura é, por sua natureza e complexidade, mais cara do que a dos serviços residenciais, embora estas necessitem também de um custo inicial de implantação, para aquisição de eletrodomésticos, mobiliário e utensílios domésticos. Após esta fase, o custo mensal da moradia por morador fica em cerca de 50% do valor atual da AIH, o que o faz concluir que o projeto das moradias promove uma melhora na qualidade de vida e, ao mesmo tempo, uma redução considerável dos custos.

Fonseca observa, entretanto, que a assistência prestada a esta clientela traz como consequência um paradoxo social: o de que, muitas vezes, estes moradores logram uma qualidade de vida melhor do que seus familiares e até dos funcionários por quem são cuidados. Esta realidade se reproduz em Carmo, e é fonte de problemas que as coordenações têm que manejar. Não foi à toa que, conforme Vasconcelos, no Reino Unido os programas de implantação de residências terapêuticas só deslancharam quando a implementação das políticas de *welfare* beneficiaram também outros grupos dependentes.

No Brasil, a implantação de um sistema único de saúde a partir dos anos 90 incorpora os princípios do estado de bem estar na formulação da política sanitária, construída em um processo de lutas que ocuparam boa parte do cenário no século passado.

Quanto à política de saúde mental, de forma geral podemos afirmar que segue os princípios de uma Reforma Psiquiátrica, e que, conforme às recomendações da OMS, se baseia na redefinição do modelo hospitalocêntrico de tratamento dos portadores de

transtornos mentais. Política esta que adquiriu oficialidade a partir da promulgação da lei 10.216, em abril de 2001.

Mas o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu no início dos anos 70, junto com o Movimento Sanitário. Entretanto, apesar de inspirado também na crítica aos antigos modelos de atenção em saúde e na defesa da equidade e da democratização dos processos de gestão, o primeiro seguiu trajetória própria.

Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento de atores sociais, não institucionalizado, influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia dos anos 60.

A partir dos anos 90, o país consolida sua transição democrática, após os anos de chumbo. A esquerda vai chegando ao poder. O SUS é constituído e o movimento pela Reforma Psiquiátrica cresce, coincidindo com os interesses do Estado¹⁶.

Só em abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e várias alterações no texto original, é sancionada a Lei Federal 10.216, Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental para uma rede de base comunitária.

Durante o governo Lula, esta direção se materializa. Os *policy-makers* da Reforma Psiquiátrica integram os quadros da gestão. Desde então, a política de saúde mental brasileira tem procurado impulsionar a criação da rede de assistência em saúde mental. Linhas específicas de financiamento governamental vêm sendo criadas para a implantação de alguns dos vários dispositivos propostos para a efetivação desta política: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos (SRTS), os leitos psiquiátricos em hospital geral (LPHG), entre outros. Ao mesmo tempo, é implementada uma política de fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos. Um dos mecanismos propostos é o PNASH-Psiquiatria¹⁷, programa anual de avaliação de qualidade

¹⁶ O documento do Ministério da Saúde (MS) *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil* (2005) pontua que é a partir da assinatura da Declaração de Caracas, de 1990, e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a assumir de forma oficial que a política de saúde mental deve acompanhar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A Declaração de Caracas (oficina regional da OPAS/OMS) define a direção que deve tomar a política de saúde mental: a humanização dos manicômios, o desenvolvimento de uma rede de assistência em saúde mental de base comunitária, a reorientação do modelo hospitalocêntrico, e a ampliação dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

¹⁷ Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares: programa do Ministério da Saúde proposto inicialmente para avaliação dos serviços hospitalares de saúde geral e que somente em 2003 teve sua versão

das instituições hospitalares prestadoras de assistência, que inclui a visão de técnicos de saúde mental diversificados e usuários, com vistas à regulação de sua permanência no sistema SUS.

Constituída historicamente como o centro do desenvolvimento, a região sudeste concentra 60% dos leitos de psiquiatria do país (MS, 2005:12).

Em 2003, o PNASH descredencia do sistema SUS o HETB, então uma instituição asilar com 280 leitos. Foi este dispositivo do governo federal que concedeu legitimidade ao gestor estadual para o processo de desconstrução do asilo. Mas a intervenção estadual já vinha, desde 2001, deparando-se com a inviabilidade técnica e ética da manutenção daquela instituição. Rejeitando a *transinstitucionalização* (transferência de pacientes internados para outras instituições hospitalares), a ação se volta para a implantação das residências terapêuticas.

A direção da política nacional segue os princípios da OPAS/OMS, que são a revisão do modelo hospitalocêntrico e a implementação de uma rede de atenção psicossocial baseada na comunidade¹⁸. O modelo brasileiro atualmente é reconhecido pela agência internacional como referência no manejo de vários aspectos da política de saúde mental, como na abordagem aos usuários de álcool e drogas e aos pacientes desinstitucionalizados.

Entretanto, se a OMS enfatiza a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde, no Brasil a substituição do modelo concentrou-se nas ações de desinstitucionalização, tarefa necessária se consideramos o imenso parque manicomial resultado de uma política neo-liberal de orientação privatizante, e as péssimas condições da assistência que era prestada nestes locais. Como concluem Santos, Honorato e Junqueira:

“A Reforma Psiquiátrica Brasileira organizou-se principalmente em torno da crítica ao asilo surgida a partir do próprio asilo, o que lhe confere uma característica peculiar. Assim sendo, podemos dizer que a política de saúde mental hoje tem como principal direção a desinstitucionalização e a reorientação do modelo assistencial. Além de responder às novas demandas por saúde mental, deve responder prioritariamente às ações que se orientam por resgatar a cidadania dos que foram encerrados no asilo por um longo período, e que com isso tiveram os rumos de vida alterados pela imposição da dinâmica própria das instituições totais. Sendo assim, a ênfase da política brasileira,

para os hospitais psiquiátricos iniciada: inclui parâmetros que se referem à formação das equipes (recursos humanos), hotelaria, parte técnica e avaliação dos usuários.

¹⁸ Vide os princípios da Declaração de Caracas, de 1990, e o Relatório 2001.

observando-se os principais instrumentos que regulamentam, subsidiam e financiam tal política, está colocada na viabilização dos processos de desinstitucionalização, e conseqüentemente na redução de leitos hospitalares, com a reorientação do modelo assistencial que ainda é considerado hospitalocêntrico” (Santos et al, 2006:26).

Em *O Homem e a Serpente* (1996), Amarante diferencia a *desinstitucionalização como desospitalização*, presente no modelo preventivista, à qual o autor atribui um aumento do poder médico pela multiplicação territorial dos dispositivos psiquiátricos; a *desinstitucionalização como desassistência*, na qual o asilo não é substituído por outros modelos de cuidado e atenção; e a *desinstitucionalização como desconstrução*, que seria a tradição basagliana, uma prática crítico-epistemológica ao saber médico-psiquiátrico.

Para que não haja desassistência é necessária a consolidação de uma rede de cuidado em saúde mental, de base territorial, que acolha os ex-internos dos hospitais psiquiátricos e promova o tratamento dos casos novos.

A especificidade da política nacional de saúde mental, a nosso ver, encontra suas raízes na inspiração basagliana, que confere à tarefa uma aspiração diferenciada. Tomando como fonte a Psiquiatria Democrática Italiana, a política nacional porta um conjunto de valores que cabe explicitar.

I.1- Valores da Reforma Psiquiátrica Brasileira:

Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RFB) giram em torno da viabilização de um processo inclusivo. Para entendê-los, cumpre relembrar a trajetória de exclusão que é marcada pela formação do hospital psiquiátrico, dispositivo (re)produtor de exclusão social do louco, e que se confunde com o próprio nascimento da Psiquiatria no século XVIII.¹⁹ No mundo ocidental, as propostas de reforma com base na crítica ao asilo tiveram início após a II Guerra Mundial²⁰.

A experiência de Franco Basaglia começou nos anos 60 em Gorizia, como proposta de comunidade terapêutica. Entretanto, a experiência demonstrou-lhe a inviabilidade da humanização do asilo, uma vez que a instituição mantinha incólumes as relações de poder

¹⁹ Em sua *História da Loucura na Idade Clássica* (1978), Foucault dissecou o processo de nascimento da psiquiatria, concomitante à formação do hospital psiquiátrico e à objetivação da loucura, etapa na qual o louco perde o estatuto de sujeito. Sobre este processo e ainda sobre a formação do paradigma psiquiátrico, ver também Castel (1978) e Serpa Jr. (1996).

²⁰ Para detalhes sobre as diversas propostas de reformas ao dispositivo psiquiátrico, ver Birman e Costa (apud Amarante et al, 2001).

implícitas na relação terapêutica médico-paciente. Colocando em xeque uma ciência criada para reproduzir e produzir mecanismos de poder e exclusão que estão intrincados no mundo social, a tarefa basagliana deve necessariamente ultrapassar os muros do manicômio a fim de interrogar as relações entre cidadania e justiça.

Em *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Amarante et al (2003) afirmam:

“O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. Com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico... a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada por cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam” (Amarante et al, 2003:47).

A desconstrução dos dispositivos psiquiátricos requer, portanto, a introdução de uma nova prática,

“que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e confiança -, matéria-prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos no imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Neste momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural” (Amarante et al, 2003:48).

Em “A Utopia da Realidade” (1974), é, ainda, o próprio Basaglia quem explica:

“O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como, de resto, todas as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas

necessidades e a realização dessa vida para todos. Aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro de toda ação técnica” (Basaglia, 2005:230).

Este viés nos mostra que a desinstitucionalização proposta por Basaglia não se reduz a um fechamento do hospital psiquiátrico e sua substituição por outros serviços médicos de base comunitária (e nisto se diferencia da proposta da psiquiatria comunitária americana de caráter preventivista), mas a uma proposta de reorganização de âmbito cultural e social, referida ao estatuto social do doente mental. Para tanto pauta-se na crítica ao saber médico-psiquiátrico no que ele tem de normatizador e indutor de preconceito e exclusão.

O documento do Ministério da Saúde (MS) *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil* (2005) define a Reforma Psiquiátrica como um:

“... processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (Brasil, 2005:5).

Ao formular sua proposta sobre o método Paidéia, Campos (2003) parte também da diretriz basagliana, afirmando que a clínica deve escapar tanto à degradação (imposta por interesses econômicos e por relações muito assimétricas de poder) quanto aos limites da clínica oficial (que reduz seu objeto ao biológico, gerando saberes e práticas mecanicistas e unilaterais). Ressalta a necessidade de não se negar a enfermidade, mas que se atente para o cuidado de não deixar que a pessoa seja tomada por sua doença, ocupando todo o seu Ser. A doença é apenas uma parte, maior ou menor, em cada caso, da existência dos sujeitos. Por isto, propõe uma clínica ampliada, uma Clínica do Sujeito cujo objeto inclua a doença, o contexto, e o próprio sujeito.

Como comenta Campos (2003) sobre o deslocamento operado por Basaglia:

“Bem, a perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente. Não um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Toda ênfase sobre uma existência concreta e

sobre a possibilidade de se inventar saúde para esses enfermos. Mas inventar saúde, para Basaglia, implicaria mais do que uma intervenção técnica e estaria ligado à noção de reprodução social do paciente. Noção essa profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo; ou seja, partia-se do reconhecimento do paciente como pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo, argumentava-se sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros²¹” (Campos, 2003:53-54).

A desinstitucionalização inclui a luta contra o estigma social: a desconstrução do estatuto médico-jurídico do louco, o resgate de cidadania com ampliação de direitos, a co-responsabilização e a participação comunitária. Valores da Reforma Psiquiátrica que é preciso fazer valer; que, dimensionados na tarefa, configuram uma especificidade: a intervenção no espaço social. Considerar este viés político da Reforma Psiquiátrica é pensá-la em sua integralidade, pensar um cuidado que envolve produção de autonomia e o estabelecimento de uma nova posição social.

I.2 - A Desinstitucionalização e os Serviços Residenciais Terapêuticos:

Em Trieste, Basaglia havia composto uma rede territorial de assistência com vários dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico: os centros de saúde mental, com cobertura nas 24 horas, diariamente. Grupos-apartamento, residências acompanhadas por cuidadores; cooperativas de trabalho, com impacto importante sobre a dinâmica e a economia local. E ainda os serviços de emergência com pequeno número de leitos para suporte.

O trabalho de desmonte do dispositivo psiquiátrico envolve necessariamente a questão da desinstitucionalização. Na Itália, o fechamento do hospital psiquiátrico foi um objetivo central, estabelecido na Lei Basaglia, de 1978. Em “O Circuito do Controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica”, escrito em 1977, Basaglia explica:

“O fechamento do hospital psiquiátrico não interrompe na origem a cadeia de ‘psiquiatrização’ do sofrimento, produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátricos, estruturados em referência à sua função, assim como na cultura que ele mesmo alimenta” (Basaglia, 2005: 247).

²¹ Grifos do autor.

No Brasil, surgiram no início dos anos 90 as primeiros serviços residenciais terapêuticos, voltados para a reinserção de pacientes longamente institucionalizados.

A portaria ministerial 106/2000 normatizou os dispositivos “serviços residenciais terapêuticos” como serviços de saúde do SUS. Apesar de outros instrumentos da legislação em saúde mental possam ser destacados como suporte para a implantação das residências, destacamos a Portaria GM 2068, de setembro de 2004, que estabelece um incentivo financeiro de R\$ 10.000,00 para a implantação de cada SRT.

Um dos dispositivos mais importantes na construção da rede substitutiva ao asilo do processo de desinstitucionalização para os pacientes egressos ou não de hospitais psiquiátricos, os serviços residenciais terapêuticos são propostas que focalizam a questão do morar, um problema social contemporâneo, concebido como um direito de cidadania definido constitucionalmente. Para a política de saúde mental, trata-se de uma estratégia importante para a reinserção social, oportunidade de trabalho técnico para a construção de um cuidar em comunidade²².

“Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de serviços residenciais terapêuticos (SRTS). Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores” (Brasil, 2005:16).

As residências terapêuticas devem estar articuladas à rede assistencial de saúde mental no território onde estejam implantadas. Pela legislação brasileira, cada uma destas casas deve acolher até oito moradores, onde os cuidadores, profissionais sem conhecimento técnico específico da área da saúde, são os responsáveis pelo auxílio cotidiano a estes usuários. No cenário tupiniquim, existem residências para os usuários com relativa

²² Além disto, autores (Furtado, Vasconcelos) apontam ainda como objetivo para esta implantação, uma estratégia para que os recursos financeiros permaneçam na área de saúde mental, após a desativação dos leitos em hospitais psiquiátricos.

autonomia, e aquelas destinadas a uma clientela mais comprometida, chamadas residências de cuidados intensivos, cujo corpo de cuidadores inclui profissionais de enfermagem.

Entendendo reabilitação como processo de reconquista de cidadania e aumento das capacidades de contratualidade, Saraceno (2001) destaca o morar como um dos eixos fundamentais da política de saúde mental. Diferencia o “estar” e o “habitar”. Estar como simples localização espacial, que ele identifica à anomia e despersonalização do ambiente asilar. Habitar como apropriação do espaço onde se vive, onde exista “um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros” (2001:114). Para Saraceno o trabalho da reabilitação não se resume no direito à casa, mas ao processo de aquisição da casa, que é a experiência individual do habitar, a qual irá promover o aumento de recursos para as trocas sociais e para a cidadania social (contratualidade).

Vasconcelos utiliza exatamente a experiência dos dispositivos residenciais em saúde mental para descrever a complexidade da tarefa:

“A pesquisa e a implementação destes dispositivos implica se confrontar necessariamente com uma variedade de questões, que vão desde as estratégias de conversão dos velhos asilos, de capacitação de trabalhadores, de preparação dos usuários, até aspectos éticos, arquitetônicos, urbanísticos, clínicos, antropológicos, comunitários, de gênero, de gestão doméstica e grupal, de integração institucional com outros serviços sociais, de saúde mental e de saúde, etc” (2001: 161).

No Brasil, os primeiros serviços residenciais terapêuticos surgiram no início dos anos 90, voltados para a reinserção de pacientes longamente institucionalizados. No entanto, apesar de mais de uma década de experiências, e do reconhecimento de sua importância estratégica para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, o número destes dispositivos está muito aquém do potencial.

A partir de pesquisa publicada recentemente, Furtado (2006) reflete sobre a baixa adesão a estes dispositivos, no cenário nacional. Segundo o autor, apesar de um número potencial de 14.000 beneficiários, somente cerca de 10% encontra-se acolhida em serviços residenciais terapêuticos²³. Em termos do quantitativo de serviços, e das necessidades segundo o número de leitos psiquiátricos ainda em funcionamento, o autor totaliza atualmente apenas 10,8% de moradias implantadas.

²³ O MS estima que cerca de 30% de pacientes internos em hospitais psiquiátricos sejam “moradores”.

Analisando depoimentos de gestores e profissionais, e excluindo variáveis do processo, como a dificuldade para a obtenção de documentação tardia dos candidatos, que obstaculiza o recebimento dos benefícios financeiros, Furtado procura evidenciar os entraves à ampliação da rede nacional de residências terapêuticas, dos quais destacamos:

- As dificuldades apontadas não se referem ao manejo da clientela.
- Há um intenso debate acerca da necessidade de implantação do que seriam Serviços Residenciais Terapêuticos do tipo II, aqueles destinados a moradores menos autônomos, ou com limitações físicas graves, que necessitam de assistência diuturna.
- O envolvimento dos profissionais aponta para necessidades na formação de técnicos cujas mentalidades sejam alinhadas às propostas da Reforma Psiquiátrica.
- Outro fator é a insuficiência da rede instalada de saúde mental para o suporte a estes moradores.
- Com relação à gestão e ao financiamento, destaca-se um baixo envolvimento dos gestores locais do SUS e dificuldades mais ligadas ao acesso e utilização do recurso em si do que à necessidade de novos recursos.

Furtado conclui que a maior parte dos problemas levantados dizem respeito à política – à decisão e à gestão. Nestes fatores, o autor vê reatualizados os objetivos iniciais da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a transformação das políticas e das mentalidades. Entendemos que é disto que se trata quando Vasconcelos (mimeo s/d) aponta que o primeiro motivo para a implantação das residências terapêuticas é o compromisso ético-assistencial em prover cuidado às pessoas longamente institucionalizadas.

Retomamos ao documento da OPAS/OMS²⁴: para a agência, a implantação dos serviços residenciais terapêuticos justifica-se duplamente.

Primeiro por complementar o tratamento e a reabilitação de portadores de transtornos psicóticos, contribuindo para a estabilização clínica, a melhoria do funcionamento social e o incremento das redes sociais.

Em segundo lugar, por proporcionar um apoio básico para manter as pessoas na comunidade.

Com isto se facilita o exercício de um importante direito cidadão, aspecto que tem cada vez mais importância nas sociedades com maior nível de desenvolvimento de políticas sociais (“estado de bem-estar”) e

²⁴ *Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos, op.cit.*

justifica por si mesmo determinadas intervenções, com independência de sua contribuição “mensurável” para melhorar parâmetros estritamente clínicos (OPAS/OMS, 2005:83).

Ressaltamos este registro, por enfatizar os direitos de cidadania que sustentam este tipo de política. O processo de desinstitucionalização do HETB é um investimento de peso do Estado e do município de Carmo, tanto financeiro como de recursos humanos, que deverá manter-se por muito tempo, cujos princípios não se referem a uma lógica mercantilista liberal. Trata-se de um investimento em um grupo de pessoas cuja grande maioria não se integrará à parcela produtiva da população, tanto pelo seu perfil psicossocial como por sua idade. Por outro lado, veremos o impacto econômico positivo que a implantação das residências tem apresentado no mercado de trabalho e no comércio de Carmo. Principalmente, acreditamos na mudança social que estes dispositivos podem apresentar, para além de si, pois constituem práticas produtoras de novas subjetividades onde cada um pode realizar seu papel na construção de uma sociedade solidária e inclusiva. De cujos benefícios todos nós podemos usufruir, como seres humanos que somos, passíveis de adoecimentos, e sempre dependentes de uma rede social e afetiva.

Estes mesmos valores formam a base de nosso sistema único de saúde, cabendo aos gestores honrar este compromisso, mas é também um dever coletivo fazê-lo valer.

Em sua dissertação de mestrado, Lobo (2004) analisou 30 serviços residenciais terapêuticos do Estado do Rio de Janeiro durante o ano de 2003, procurando identificar, em questionários respondidos pelos gestores, as características dos moradores e as principais dificuldades para a implantação e manutenção daqueles dispositivos. As dificuldades apontadas pelos gestores para a implantação e gestão referiam-se em grande parte aos aspectos financeiros, como o aluguel dos imóveis ou os trâmites burocráticos para a implantação e o cadastramento dos serviços.

Já as dificuldades para o funcionamento e a manutenção diferiam significativamente, pois relacionavam-se a dificuldades da equipe técnica. Destacamos as de maior frequência:

- Sustentar a tensão entre tutela e cuidado (em sua dimensão ética, política e clínica) diante do mandato institucional de resposta total após o asilo – 55,17%.

- Construção de demanda no trabalho com pessoas institucionalizadas e com insuficiente investimento clínico das equipes dos hospitais – 55,17%.

- Pouco ou nenhum investimento clínico das equipes devido à desinformação, posição ideológica ou manutenção de mito do passado, entre outros – 55,17%.

- Constituição do grupo respeitando-se critérios de escolha – 55,17%.

- Rede de saúde, de saúde mental e equipamentos sociais ainda incipientes para apropriação da rede e do território – 55,17%.

- A responsabilidade da equipe de cuidar do território – 55,17%.

- Disponibilidade dos profissionais para o retorno dos moradores à comunidade, para sustentar as angústias e os desafios colocados no cenário da cidade – 55,17%.

- O desafio de acompanhar o exercício da contratualidade, o crescimento das pessoas e as demandas de uma retomada de um lugar na vida – 55,17%.

- A peculiaridade da infra-estrutura exigida para este trabalho, resultando em desgaste da equipe e interferindo na permanência das pessoas no programa – 55,17%. (Lobo, 2004: 86-87).

A perspectiva da intervenção social presente na Reforma Psiquiátrica Brasileira, particularmente nos serviços residenciais terapêuticos, conforma para a equipe profissional um trabalho político, exigente por sua complexidade, e que pretendemos agora delimitar conceitualmente.

CAPÍTULO II: CONSTRUÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS DA CATEGORIA “POLÍTICA” NO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL.

Analisando os valores da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RFB), procuramos caracterizar um aspecto político para o trabalho em saúde mental. A partir do entendimento de que a loucura foi institucionalizada em nossa sociedade de uma certa forma, que configura o louco como objeto de saber e de intervenção de determinada disciplina – a medicina psiquiátrica -, cabe aos profissionais que trabalham na ótica da RFB a tarefa de desconstruir socialmente esta imagem coletiva. Para realizá-lo, o profissional reintroduz socialmente o louco, ou melhor, ele se coloca como assistente desta relação. Ora, tampouco este profissional possui qualquer saber último acerca deste outro que é seu objeto de trabalho. Nem todo o saber psiquiátrico com as passadas, atuais ou futuras classificações que pretendam abranger a variedade da loucura conseguirá abranger, em algum momento, o louco que se coloca à nossa frente. Por tratar-se de outro ser humano, a posição do profissional será, tanto para o louco como para a sociedade, a posição também de um outro, a de um terceiro interessado na comunicação. Com relação à sociedade, o profissional atenta para esses valores instituídos, que pré-figuram o louco segundo um certo universo simbólico: o perigoso, o irracional, aquele que deve permanecer fora do universo das singularidades.

O profissional mostra à sociedade como se faz, como deve ser, mas ele mostra fazendo, ele mostra inquirindo também o louco. Podemos entender o profissional de saúde mental, neste viés, como um agente que se desloca entre instâncias, mediando as relações que se estabelecem entre o louco, a sociedade civil e o seu próprio ser. Entendemos que este seja um trabalho político. Nesta seção procuraremos delimitar conceitualmente o que entendemos por um trabalho político. Em síntese, nos reportaremos às articulações entre a noção grega de política e ao trabalho na tradição marxista de Gramsci e segundo a ergologia francesa, para pensar depois o trabalho político da equipe de saúde mental.

II – 1 – A Política no Sentido Grego: Democracia, Hegemonia.

No mundo moderno, a noção de política está mais associada às esferas decisórias de poder, de acordo com as formas de governo consideradas. Assim, classicamente a diferenciação entre a macro e a micropolítica refere-se às instâncias de negociação e decisão nas democracias representativas, com suas bem marcadas esferas e fluxos.

Em verdade, o conceito de política nasce na Grécia, e caracteriza a forma de interação entre os membros no espaço social na democracia. Como mostra Bobbio (2004), na *societas civilis* o termo *civilis* vem de *civitas*, sinônimo de *politikós*, de *polis*.

Com ela [a expressão koinonéia politiké] Aristóteles, no início da Política, indica a pólis ou cidade, cujo caráter de comunidade independente ou auto-suficiente, ordenada à base de uma constituição (politia), fez com que fosse considerada ao longo dos séculos como a origem ou o precedente histórico do Estado inclusive no sentido moderno da palavra,...(Bobbio, 2004:44-45).

No mundo atual, o fracasso dos sistemas socialistas e a decepção com distorções presentes nas formas de democracia representativa acabaram por marcar a oposição sociedade civil e Estado, conferindo à política um valor negativo e anti-ético, o que fez com que Hannah Arendt (2004) questionasse que sentido tem, hoje, a política para os seres humanos na face da Terra.

Em uma obra anterior, *A Condição Humana* (1991), Hannah Arendt explica que os seres humanos são condicionados pelo mundo que criam ou com o qual entram em contato. Entende que os objetos mundanos só existem na medida em que participam do universo humano, e que portanto a existência humana só “é” em função deste mundo objetivado. A condição humana é este condicionamento ao mundo, este produto do impacto do mundo, noção de ser em construção, logo completamente diversa de uma noção de natureza humana. Ela denomina *vita activa* às três atividades fundamentais, condições pelas quais a vida é dada ao homem na Terra: o labor, que corresponde ao próprio processo vital, biológico do homem; o trabalho, que se refere à mundanidade, que modifica a natureza e produz todo o mundo artificial; e a ação, elemento essencial da vida política.

A ação, única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que homens, e não o Homem, vivem na terra e habitam o mundo. Todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política; mas esta pluralidade é especificamente a

condição - não apenas a conditio sine qua non, mas a conditio per quam – de toda a vida política (Arendt, 1991:15).

A Antiguidade identificava a política à liberdade. Arendt recupera o sentido grego da política entendida como liberdade, não no sentido de um livre arbítrio, uma liberdade de escolha, mas de uma capacidade de agir, no sentido de desencadear processos.

O milagre da liberdade está contido nesse poder-começar que, por seu lado, está contido no fato de que cada homem é em si um novo começo, uma vez que, por meio do nascimento, veio ao mundo que existia antes dele e vai continuar existindo depois dele (Arendt, 2004: 43-44).

Para Aristóteles, embora constituísse uma continuidade à vida familiar, a política não era algo natural. Para se viver na *polis*, o homem precisava libertar-se das necessidades da vida. Portanto ele não poderia estar submetido ao labor, como o escravo, ou ao trabalho para o sustento diário. Mesmo o domínio que o senhor exercia em sua casa não era político, embora pudesse libertá-lo para a vida política.

A coisa política entendida nesse sentido grego está, portanto, centrada em torno da liberdade, sendo liberdade entendida negativamente como o não-ser-dominado e não-dominar, e positivamente como um espaço que só pode ser produzido por muitos, onde cada qual se move entre iguais (Arendt, 2004:48).

Arendt insiste na caracterização dessa liberdade de sentido grego, desvinculada tanto da igualdade de todos perante a lei como da justiça. Tratava-se de um espaço determinado espacialmente, o espaço da *polis*, onde, livre tanto das formas de coação como das obrigações da casa (da família), o homem usufruía do direito à atividade política, onde, entre iguais, “*regulamentavam todos os assuntos por meio da conversa mútua e do convencimento recíproco*” (2004: 48).

Assim, esta atividade da *polis*, “*de preferência uma atividade de conversa mútua*” (2004:49), requeria uma relação de igualdade entre seus membros, de modo que a atividade do pensamento pudesse ser avaliada e interpretada por seu valor de argumentação, desligada de quaisquer relações de servidão ou dependência.

Arendt enfatiza que esta liberdade implicava em um risco - o risco de abandonar relações de segurança e dependência – e lançar-se na aventura da interlocução política, identificando-a ao ideal homérico da vida entre iguais; assim, a *polis* é fundada após o

retorno dos aventureiros, de forma que o falar pudesse substituir e preservar os grandes feitos.

Pois um dos traços essenciais mais notáveis e excitantes justamente do pensamento grego é que nele, desde o começo – ou seja, já em Homero – não ocorre tal separação de princípio entre falar e agir, e o autor de grandes feitos também deve ser sempre, ao mesmo tempo, um orador de grandes palavras – e não apenas porque grandes palavras precisam acompanhar os grandes feitos, explicando-os, por assim dizer, feitos esses que, ao contrário, cairiam mudos no esquecimento, mas porque o próprio falar era compreendido a priori como uma espécie de agir (2004:56).

Tal liberdade equivale, por um lado à espontaneidade kantiana, capacidade que o homem tem de começar, por si mesmo, um novo começo, o que formaria a base da filosofia da liberdade que inspirou a Revolução Francesa²⁵.

Por outro lado, na liberdade de externar opiniões característica da *polis* o movimento é menos individual e resulta mais do confronto das idéias de todos. Mas, como observa Arendt, citando Burke, mesmo o agir “*jamais pode realizar-se em isolamento*” (2004: 58). E embora as atividades humanas em grande parte se dêem em esferas não políticas, a liberdade de falar só é possível em um contexto político.

Trata-se aqui talvez da experiência de ninguém poder compreender por si, de maneira adequada, tudo o que é objetivo em sua plenitude, porque a coisa só se mostra e se manifesta numa perspectiva, adequada e inerente à sua posição no mundo. Se alguém quiser ver e conhecer o mundo tal qual ele é ‘realmente’, só poderá fazê-lo se entender o mundo como algo comum a muitos, que está entre eles, separando-os, unindo-os, que se mostra para cada um de maneira diferente e, por conseguinte, só se torna compreensível na medida em que muitos falarem sobre ele e trocarem suas opiniões, suas perspectivas uns com os outros e uns contra os outros. Só na liberdade do falar um com o outro nasce o mundo sobre o qual se fala, em sua objetividade visível de todos os lados (Arendt, 2004:60).

Essa liberdade não é, entretanto, o objetivo final da política, que variou bastante ao longo dos séculos, mas seu **conteúdo** e **sentido** original.

Mas Arendt mostra que este entendimento original será refutado por vários filósofos da *pólis*, começando por Parmênides, que localizou no indivíduo o caminho da verdade, ou em Platão, com a figura do rei-filósofo-legislador e com a fundação da academia, onde a

²⁵ Arendt mostra que esta espontaneidade kantiana, liberdade de poder começar, embora constitua parte fundamental da política, é, na verdade, pré-política.

liberdade para o conversar se mantinha, como conteúdo privilegiado, porém em um espaço de educação.

O cristianismo dá continuidade à degradação da esfera pública, ao vincular a liberdade à *vita contemplativa*. Para Arendt, sua busca de recolhimento (e conseqüente abominação pela política) sustenta-se na valorização da bondade que precisa ser mantida em segredo. A partir daí, Arendt segue os caminhos pelos quais a política retorna ao pensamento cristão, com o estado secular, depois com Agostinho e a instituição das igrejas, um novo espaço público, despolitizado após a Reforma, que propunha mediar o convívio dos homens através de uma esfera mais elevada. E, se na modernidade o termo política está impregnado pela questão do poder (como força coercitiva) e do Estado²⁶, foi porque a esfera religiosa se privatizou em detrimento da vida e da necessidade, valores que com a revolução burguesa e a ascensão da produtividade individual, é preciso proteger, cabendo ao Estado, mesmo com o uso da força, esta função. Assim, Arendt conclui que o objetivo da política, hoje, não é mais a defesa da liberdade, mas da vida (que era antes apenas um pré-requisito para a liberdade), o que garante aos governos e aos políticos a liberdade para agir politicamente.

Arendt diferencia ainda poder e força (como coerção): para ela, há um poder potencial, inerente a todos os assuntos humanos, que surge onde quer que os homens ajam em comum. Como na sociedade moderna este espaço político é dominado pela força, poder e força se tornam ilusoriamente identificados um ao outro, o que, para a liberdade, é calamitoso²⁷.

Mas, para a tradição política, o não-ser livre é determinado tanto quando o ser humano é coagido pela força como pela “*nua e crua necessidade da vida*” (2004:80), e ambas as situações podem estabelecer limites violentos e repugnantes para a condição humana.

Em seu artigo, Nascimento (2005) mostra como, para Arendt, a necessidade faz degenerar o espaço público na modernidade:

Os homens passam a agir orientados pela necessidade, e isso, segundo Arendt, expressa o primado do trabalho como condição da vida

²⁶ Vide o verbete “Política” de Bobbio, in: Bobbio, Matteucci e Pasquino, Dicionário de Política.

²⁷ Arendt entende a força como força de coerção, o que, como veremos adiante, corresponde à *sociedade política* de Gramsci, enquanto este poder inerente aos assuntos humanos nos parece ganhar um *locus* no conceito gramsciano de *sociedade civil*.

associativa, prescindindo, portanto, da sociabilidade especificamente política. O trabalho, que historicamente sempre fez parte da vida privada dos homens não promove, para Arendt, a sociabilidade própria da vida política, e o fato de ter se constituído, na modernidade, como ordenador da vida social, passa a incorporar os homens como produtores e consumidores. Mas isso significa a privação de um mundo compartilhado de significados e a prevalência dos interesses privados na arena pública (Nascimento, 2005:).

Castoriadis (1987) destaca também a importância do pensamento grego em nosso mundo. Em oposição às sociedades que só reconhecem a própria visão do mundo, a tradição greco-ocidental institui uma certa imparcialidade como ponto de saída para o conhecimento.

O verdadeiro interesse pelos outros nasceu com os gregos, e não passa de um dos aspectos da atitude crítica e interrogadora que eles mantinham frente a suas próprias instituições. Em outras palavras, ele se inscreve no movimento democrático e filosófico criado pelos gregos (Castoriadis, 1987:269).

Julgar e escolher são atitudes criadas na Grécia, base do questionamento político e filosófico. Discordando neste ponto de Arendt, Castoriadis valoriza o lado legislativo da política, que ele entende como “*uma atividade coletiva cujo objetivo é a instituição da sociedade como tal*” (1987:290).

Segundo este autor, a atividade política que constantemente questiona e modifica a instituição social é expressão da atitude filosófica; para entendê-las cabe considerar a visão grega do mundo e da vida explicitada no mito de Pandora contado por Hesíodo: a esperança para sempre encarcerada em uma caixa. Deste modo, abrindo mão da esperança de uma vida após a morte, da certeza de um cosmos ordenado que dê sentido à natureza do ser, e de sua bondade fundamental, o homem grego “*se descobre livre para pensar e agir neste mundo*” (1987:291). Se o mundo emerge do caos e do vazio, cabe então aos homens realizar alguma ordenação possível.

A filosofia, tal como os gregos a criaram e praticaram, só é possível porque o universo não é totalmente ordenado. Se ele o fosse, não haveria nenhuma filosofia, apenas um sistema de saber único e definitivo. E, se o mundo fosse puro e simples caos, não haveria nenhuma possibilidade de pensar. Mas, além disto, ela também condiciona a criação da política (...). E, se um conhecimento seguro e total (épistèmè) do domínio humano fosse possível, a política terminaria imediatamente e a democracia seria tão impossível quanto absurda, já que ela pressupõe

que todos os cidadãos têm a possibilidade de atingir uma doxa correta, e que ninguém possui uma épistèmè relativamente a assuntos políticos (Castoriadis, 1987:292-293).

Para Castoriadis, a essência da vida política grega está em sua processualidade. Trata-se do processo histórico permanente de uma auto-instituição autônoma, cuja soberania necessariamente é o corpo dos cidadãos envolvidos.

Em filosofia política, a questão que se coloca é a da dinâmica entre democracia e representatividade, ou entre os sistemas de democracia participativa ou por representatividade. Castoriadis esclarece que a representação não tem lugar na democracia grega – e nisto ele concorda com Arendt. Na *polis* grega, quando havia representações, nas instituições políticas ou administrativas, estas eram escolhidas por voto para fins específicos, mas a permanência dos eleitos nos cargos era constantemente submetida ao escrutínio dos cidadãos.

Castoriadis explica que a *ecclèsia*, Assembléia do Povo, é a instância que legisla e governa a vida pública, onde todos têm o direito de tomar a palavra (*isègoria*), todas as vozes têm o mesmo peso (*isopsèphia*), e devem falar com franqueza (*parrhèsia*). Esta *democracia direta* (1987:295), a *ecclèsia* assistida por um Conselho (a *boulè*), onde não havia juizes profissionais, mas júris escolhidos por sorteio, não admite “especialistas” para os assuntos políticos. A perícia (*technè*), é sempre ligada a uma atividade técnica, e reconhecida em seu domínio. Mas o juiz de um especialista é o usuário, e não um outro especialista, e quanto aos assuntos públicos, o usuário é a própria *polis*.

A *politéia*, então, não é um Estado como o entendemos atualmente, mas “*designa tanto a instituição/constituição política como a maneira pela qual o povo se ocupa dos assuntos comuns (...) A idéia de um Estado, isto é, de uma instituição distinta e separada do corpo de cidadãos, teria sido incompreensível para um grego*” (1987:298).

Tomando esta dimensão processual da constituição da *polis* grega, Castoriadis mostra que este corpo político de certa forma é uma associação “pré-política”, na medida em que toma explicitamente como tarefa a sua auto-constituição política. Assim, ele entende que a “*sociedade civil*”²⁸ é, em si, um objeto de ação política instituinte” (1987:299), onde se forma o domínio público e de onde devem estar excluídos os interesses privados.

²⁸ Grifo nosso.

Castoriadis detém-se na questão da responsabilidade deste espaço político. Postula a importância da “coragem, a responsabilidade e a vergonha (*aidôs, aischunè*)” como determinantes éticos para a ação política.

Apenas a educação (Paidéia) dos cidadãos enquanto tais pode dotar o “espaço público” de um autêntico e verdadeiro conteúdo. Mas essa Paidéia não é, basicamente, questão de livros ou verbas para as escolas. Ela consiste, antes de mais nada e acima de tudo, na tomada de consciência, pelas pessoas, do fato de que a polis é também cada uma delas, e de que o destino da polis depende também do que elas pensam, fazem e decidem; em outras palavras: a educação é participação na vida política. (1987:302).

Castoriadis propõe então a criação de um *tempo público* como estratégia educacional.

Entendo por tempo público não a instituição de um calendário, de um tempo “social” ou de um sistema de referências temporais sociais – coisa que, evidentemente, existe em toda a parte -, mas sim a emergência de uma dimensão onde a coletividade possa inspecionar seu próprio passado enquanto resultado de suas próprias ações, e onde se abra um futuro indeterminado como campo de suas atividades (Castoriadis, 1987:302).

Assim, se a sociedade reconhece sua autonomia e a responsabilidade pela autoria de suas normas; se suas ações são produto de sua liberdade fundamental; se as normas são, então, criações históricas, a sociedade deve debruçar-se sobre a questão da justiça e das boas ou más leis que cria. Como vimos em Arendt, há um risco implícito no exercício da liberdade, cujas conseqüências é preciso assumir. Mas, devido à mesma premissa, é possível e necessário, na *polis*, também corrigir e aperfeiçoar.

Retomando a questão que Hannah Arendt se propôs, de pensar o sentido da política, Castoriadis entende que a *polis* compreende não apenas o espaço em que os homens podem revelar-se, através das palavras e dos atos. Tomando a *Oração fúnebre* de Péricles como formulação inspirada do pensamento político, Castoriadis aponta para o uso de um verbo que designa ao mesmo tempo uma atividade e um estado de ser. Uma proposta estética.

Em sua “Oração fúnebre”, Péricles mostra implicitamente a futilidade dos falsos dilemas que contaminam a filosofia política moderna e, de maneira geral, a mentalidade moderna: o “indivíduo” contra a “sociedade” ou a “sociedade civil” contra o “Estado”. O objetivo da instituição da polis é, a seus olhos, a criação de um ser humano, o cidadão ateniense, que existe e vive na e pela unidade destes três elementos: o amor e a “prática” da beleza, o amor e a “prática” da sabedoria, o cuidado e a responsabilidade para com o bem público, a

coletividade e a polis (...), e não é possível separar esses três elementos: a beleza e a sabedoria tal como os atenienses as amavam e as viviam somente poderiam existir em Atenas. O cidadão ateniense não é um “filosofo privado”, nem um “artista privado”: ele é um cidadão para quem a arte e a filosofia tornaram-se modos de vida. Tal é, penso eu, a verdadeira resposta, a resposta concreta da democracia antiga à questão referente ao “objeto” da instituição política (Castoriadis, 1987:312-313).

Entendemos que, assim como Arendt postula que no fazer político fala e ação transformadora se equivalem, aqui também Castoriadis transpõe a ação política a uma ética de vida. Uma vez que entendemos a tarefa do profissional de saúde mental como uma atividade cotidiana, é claro que não estamos falando de espaços deliberativos, mas de ações que só fazem sentido em uma sociedade democrática, onde seja possível apostar que o somatório do trabalho cotidiano sobre as mentalidades encadeie um processo de transformação mais geral.

O pensamento de Antonio Gramsci nos ajuda a avançar o esclarecimento acerca do trabalho político do profissional de saúde mental. Como explica Bobbio (1987, 2004), Gramsci mantém a distinção entre Estado e sociedade civil, porém as substitui por outras oposições. Diferente de Marx, Gramsci entende a sociedade civil como super-estrutura; não como a esfera das relações econômicas, estruturais para Marx, mas como o espaço a partir do qual se forma o poder ideológico. Por outro lado, a sociedade política compreende as funções de força e coerção para a conservação do domínio.

Desta forma Gramsci nos fornece ferramentas úteis para uma aproximação aos movimentos que evoluem nas malhas da sociedade. Gramsci opõe a fragmentação característica da modernidade à proposta de uma visão totalizante do espaço social, onde os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais são esferas estreitamente vinculadas. Sem negar a determinação econômica, debruça-se sobre os fenômenos superestruturais da ordem capitalista: a política e a cultura.

Gramsci analisa criticamente os fenômenos sociais de sua época, os séculos XIX e XX italianos, uma época caracterizada pela expansão do capitalismo, consolidado a partir da exclusão das classes subordinadas.

Trata-se de um pensamento construído e organizado durante um processo histórico de transformação da realidade. Suas idéias são avessas ao abstracionismo puro, e só adquirem

sentido quando engajadas em um processo emancipatório, voltado para o presente “como ele é agora”.

Os conceitos de Gramsci não são estruturas rígidas; ele os desnaturaliza, pois os concebe como produtos históricos mutantes dentro dos quais operam as forças de forma dialética e contraditória. Daí a natureza política de sua teoria. São conceitos forjados a partir da experiência viva, seja quando analisa os movimentos sócio-políticos italianos do fim do século XIX/ início do século XX (Simionatto, Coutinho), seja mesmo através da observação de seu próprio corpo e seus processos de mudança, como base para uma teorização política acerca das mudanças sociais e políticas (Pizza).

Sua “filosofia da práxis” operacionaliza a articulação entre determinismo e liberdade que caracteriza o homem, através da consciência das contradições da sociedade e de suas próprias contradições, o que produz um conhecimento que se transforma em ação, organizando uma vontade coletiva.

Para Gramsci, as possibilidades de transformação e de conquista de poder pelas classes subalternas não passam apenas por uma transformação do plano econômico (como proclamam os autores marxistas clássicos). Ele valoriza a luta que se dá no campo das idéias, dos valores e da cultura, luta que é engendrada no interior da *sociedade civil*.

No mundo capitalista moderno, a luta pela mudança implica em uma conquista de *hegemonia*, que só se concretiza quando há *consenso* e não pode realizar-se unicamente pelas forças coercitivas do Estado. Surge assim a noção de um *Estado ampliado*, capilarizado na *sociedade civil*, locus ativo e determinante do poder hegemônico, permeado por contradições, englobando tanto a burguesia como as classes subalternas.

O termo *hegemonia* vem do grego *egemonia*, que significa “direção suprema” dos chefes dos exércitos, os condutores, guias.²⁹

²⁹ Belligni (2004: 579-581) explica que para a literatura política moderna o termo designa a supremacia de um Estado-nação ou comunidade político-territorial dentro de um sistema, que exerce sobre as outras uma preeminência militar, econômica e cultural, condicionando-lhes as opções por seu prestígio ou grau de coerção. Implica, portanto em uma relação interestatal de potência que prescinde de regulamentação jurídica. “Segundo este critério, poder-se-ia definir a Hegemonia como uma forma de poder de fato que, no continuum influência-domínio, ocupa uma posição intermediária, oscilando ora para um ora para outro pólo” (Belligni, 2004: 579). Os escritores marxistas falam em hegemonia não apenas em relação ao sistema internacional ou à relação entre Estados, mas também nas relações entre as classes sociais e os sistemas políticos, instituições e aparelhos públicos e privados. Ainda assim permanecem presentes as duas acepções, uma tendendo a ressaltar a dimensão política, do domínio e do aspecto coativo, como é o caso dos teóricos da Terceira Internacional (Lênin, Bukharin, Stalin, etc). Entretanto, parece prevalecer, sobretudo na cultura política italiana, o significado da direção intelectual ou moral através da qual a classe dominante ou aspirante ao domínio

Para Antonio Gramsci, em uma sociedade de classes a supremacia se exerce através de modalidades complementares e integradas de domínio e hegemonia. O domínio se impõe aos antagonistas através da coerção da sociedade política; já a hegemonia se exerce sobre os grupos aliados através dos mecanismos hegemônicos da sociedade civil. Todo Estado conjuga ambos os elementos. O Estado, assim ampliado, é um somatório entre a sociedade política e a sociedade civil. Sendo assim, os conflitos sociais e a luta de classes perpassam também os aparelhos estatais, daí a importância de sua democratização. Os movimentos sociais são o fermento básico para as lutas e mudanças.

A sociedade civil está implicada na negociação dos poderes, e o Estado atua de modo coercitivo, mas também buscando o consenso, em um processo dialético, conflituoso e contraditório onde a democratização é obtida como resultado das lutas.

Para Gramsci, a mudança social é um processo gradual de construção da contra-hegemonia ao poder dominante, no qual os intelectuais assumem papel relevante. Ele entendeu que nas sociedades capitalistas do Ocidente industrial, com “estrutura maciça”, a ação hegemônica torna-se crucial para a conquista, a construção e a gestão do Estado. Assim, a força que ambiciona o poder (contra-hegemônica) deve primeiro tornar-se hegemônica no bloco social antagônico, sendo um pré-requisito estratégico para qualquer classe revolucionária (vide as metáforas gramscianas da “guerra de posição”, ou ocupação gradual do campo inimigo).

Desta forma, é possível falar-se em uma instrumentalização hegemônica, seja no parlamentarismo, nos partidos liberal-democráticos, na opinião pública e nos órgãos de informação e suporte do mercado para a burguesia capitalista, ou nos conselhos operários, nos sindicatos, ou ainda no partido revolucionário e nos intelectuais da classe operária, para o proletariado que almeja o poder.

Se o homem é (como em Marx), história e síntese das relações, as mudanças se tornam possíveis na associação de indivíduos que persigam um objetivo comum. Para Gramsci, o Estado enquanto sociedade política é um aparelho, um instrumento de dominação, subordinado à sociedade civil e destinado a desaparecer com a transformação da sociedade.

consegue ser aceita legitimamente, obtendo o consenso e a passividade da população diante das metas impostas.

À luz do pensamento grego, a utopia gramsciana nos parece a proposta de uma recuperação de uma política de sentido grego, isenta das relações de domínio.

Gramsci resgata o papel da cultura como constitutiva do processo capitalista e na formação de uma consciência crítica: etapa essencial à implantação dos processos democráticos que possam fazer frente a uma ideologia dominante. Isto nos torna a todos parte ativa do cenário político e da forma como o poder é exercido. Daí o papel fundamental, em Gramsci, dos intelectuais como formadores de novas consciências comprometidas com a transformação da realidade.

Gramsci emprega o termo “*catarse*”, como sinônimo de política, para designar esta trajetória de mudança, a passagem de um momento corporativo (econômico, egoístico-passional, individualista) a um *momento ético-político*, de abertura para a liberdade e para novas iniciativas, momento de passagem a uma consciência universal que formará um novo bloco histórico, elaboração de estrutura em superestrutura, do objetivo ao subjetivo.

A passagem, portanto, da necessidade à liberdade – movimento inaugural da *polis* grega - , aponta para uma concepção do ser humano como ser social, resultado da articulação entre determinismo e liberdade. Por um lado, as condições históricas e os fatores econômicos, estruturais para o homem. De outro, a ação, práxis política produzida pela consciência e vontade universal. Toda forma de práxis implica a potencialidade para a *catarse*, para a travessia da esfera de recepção passiva do mundo à totalidade.

Os conceitos de Estado ampliado e de sociedade civil conferem abrangência a um *princípio educativo* no processo de hegemonia social. Em seus escritos sobre o sistema educacional, por exemplo, Gramsci discorre sobre a função deste intelectual, e a difícil tarefa de instruir e educar grupos sociais que tradicionalmente não adquiriram as aptidões adequadas. Na relação com o educador, o discente não pode ser considerado como “pura passividade”, mas como um produto da fração da sociedade civil da qual ele participa. Por um lado, o papel do docente é impor a disciplina como forma de aquisição das ferramentas que o habilitarão, mais tarde, a pensar por si mesmo. Por outro, este processo só contará com a participação do discente se a escola for realmente “ligada à vida”. Daí sua condição de *organicidade*, e também a do intelectual *orgânico*: o que interfere e toma parte da realização humana; que é integrado ao social; o nexa instrução-educação só se realiza se contar com o trabalho vivo do professor/intelectual.

Fortalecer o espaço público e as formas de democracia direta e combater a individualização e o esmaecimento do coletivo que é incentivado pelas elites são algumas de suas funções.

O modo de ser do novo intelectual não pode mais consistir na eloqüência, motor exterior e momentâneo dos afetos e das paixões, mas numa inserção ativa na vida prática, como instrutor, organizador, “persuasor permanente”, já que não apenas orador puro – mas superior ao espírito matemático abstrato; da técnica-trabalho, chega à técnica-ciência e à concepção humanística histórica, sem a qual permanece “especialista” e não se torna “dirigente” (especialista + político) (Gramsci, 2004:53).

Como vimos, a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira visa exatamente uma transformação social, a de afetar o papel do louco na cultura, de empoderá-lo com uma cidadania que a identificação com o estatuto de doente psiquiátrico obliterava.

É preciso, portanto, pensar a prática do profissional de saúde mental como prática política, como práxis social cujo objetivo – a transformação social – conforma uma luta hegemônica, uma luta de valores. Mesmo sem a amplitude partidária que o intelectual orgânico de Gramsci adquire, vemos algo deste novo intelectual, portador de um princípio educativo junto à sociedade civil, como uma das faces do profissional de saúde mental, que deve ser coletivizada na equipe.

No campo macropolítico, as propostas da Reforma Psiquiátrica atravessam e são atravessadas por inúmeros interesses e tensões. Um cenário político onde a participação dos conselhos municipais de saúde e de instituições da sociedade civil, como associações de usuários e de familiares, embora ainda limitadas e tímidas³⁰, apontam para a formação de parcerias fecundas para a construção das práticas produtoras de contratualidades.

O cotidiano dos serviços, entretanto, configura um campo de forças em que, longe de um dualismo estratificado, o que se delineia são microcosmos compostos por seres humanos afetados pelos interesses e por circunstâncias, que redirecionam a todo momento os vetores. Por um lado, pensamos que os valores inerentes à Reforma Psiquiátrica podem constituir princípios de uma *imagem-objetivo*, no mesmo sentido que Mattos (2001) dá à noção de integralidade, um enunciado de características desejáveis politicamente, um norte ético para o trabalho cotidiano.

³⁰ Sobre a função ainda incipiente dos conselhos municipais de saúde como práticas de controle social do SUS, vide, por exemplo, Guizardi et al (2004).

Mas no jogo de forças do dia-a-dia, não é raro que parcerias inusitadas possam surgir, ou que alianças tidas como sólidas sejam desfeitas, em determinados momentos do processo.

O profissional de saúde mental está imerso neste universo e seu trabalho é uma proposta de mudança.

II.2 – A Práxis Humana: *Contraintes* e Criação.

Aqui nos remetemos ao conceito de “práxis” como ação individual e social, que é central no pensamento de Marx. O materialismo histórico parte da práxis, pois só entende a natureza como um produto do trabalho do homem. O homem é produto da natureza, ao mesmo tempo em que a produz. É portanto o trabalho que torna o homem “verdadeiramente humano”, pois, “atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (Marx, 2002:211, *apud* Barros, 2005:145). Foi o estudo das relações capitalistas no interior das unidades produtivas que o levou à formulação do conceito de *práxis social*.

Embora venha da Antiguidade, o termo práxis em Marx é o elemento fundamental de transformação da sociedade e da natureza pela ação dos homens.

Na primeira tese sobre Feuerbach, Marx define práxis como atividade prático-crítica, atividade humana perceptível em que se resolve o real concebido subjetivamente. Gozzi (2004) explica que noção de atividade rompe com o materialismo naturalístico iluminista, ao postular que a natureza só tem sentido na medida em que é modificada pelo homem. Em Marx, a natureza compreende tanto o material, do qual o homem se apropria, como a sociedade. A práxis faz a realidade natural entrar no processo produtivo, privando-a de autonomia e definindo sua utilidade. Embora o homem só possa modificar a natureza seguindo as suas leis, para o materialismo histórico não pode existir uma natureza original que seja estranha ao processo histórico. Na medida em que corresponde à identificação da mudança ambiental com a atividade humana, a práxis surge como autotransformação ou como atividade que se modifica a si mesma ao modificar o ambiente.

A relação com a teoria está presente em Marx quando ele conceitua a práxis como *atividade perceptiva*, ação e conhecimento ao mesmo tempo, diferente da contemplação. Ela existe desde o início e é a base do pensamento teórico, fundamento do conhecimento

em termos monísticos e dialéticos: “*nada está no intelecto que antes não tenha estado nos sentidos; mas também nada está nos sentidos que antes não tenha estado no intelecto... os homens só conhecem, de fato, aquilo que fazem*” (Gozzi, 2004: 991).

Além de ser o fundamento do pensamento, a Práxis é também o seu critério de verdade.

A práxis significativa é a práxis transformadora do social, articulação entre teoria e prática. A práxis teórica possibilita a crítica e a elaboração dos projetos de transformação. Mais importante, contudo, é a práxis que é fruto da atividade produtiva, centrada no mundo do trabalho. A práxis política é a articulação entre práxis teórica e práxis produtiva.

O trabalho cotidiano do profissional de saúde mental deve portanto refletir a articulação entre as diretrizes da política de saúde mental - os valores da Reforma Psiquiátrica -, e o seu território específico. Cada ação realizada deve supor esta relação, que está sempre remetida a uma coletividade. Uma vez caracterizada a proposta social desta Reforma, é possível pensar a equipe de profissionais como um primeiro protótipo desta rede que se pretende formar. A equipe é então um grupo que partilha os mesmos objetivos, que se move na mesma direção e cuja interação se pauta também, nos princípios que visa implementar.

Nesta perspectiva, o trabalho se apresenta como processo de experimentação e negociação, de confrontos e consensos, onde o profissional realiza mais ou menos, mas sempre na continuidade de um tempo construído, os seus objetivos.

Assim, se a realidade é historicamente construída, também o é a sociedade, com seus valores e suas normas, e mesmo o saber científico com seu estatuto de verdade.

Em sua tese de doutorado, publicada em 1943, sobre *O Normal e o Patológico*, Georges Canguilhem (2006) questiona a teoria de Claude Bernard, de que em biologia existe continuidade entre o normal e o patológico, sendo a diferença entre ambos de caráter unicamente quantitativo. Este entendimento tornou-se dogma no campo médico do século XIX, tendo sua contrapartida filosófica nas idéias de Augusto Comte.

Canguilhem, ao contrário, parte da evidência de uma diferença qualitativa entre doença e saúde. Em sua crítica a Bernard, Canguilhem prioriza o doente e a vida, ou seja, a clínica, uma prática que mostra que as doenças são modos novos de vida. Ele afirma que é pela doença que a ciência se constitui, e não pela saúde, e que a medicina só existe como

arte da vida porque o ser humano considera negativamente, como patológicos, certos estados, considerados em relação a uma polaridade.

Achamos que, dessa forma, o vivente humano prolonga, de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e ao seu desenvolvimento tomados como normas... Achamos [...] que, para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (Canguilhem, 2006:86).

Há, portanto, uma *normatividade biológica*, e Canguilhem insiste em que a vida é raiz de qualquer atividade técnica. Assim, é também a vida que faz do normal um conceito de valor, e não um fato estatístico. A *anomalia*, por exemplo, só é reconhecida como objeto pela ciência se for sentida como limitação e perturbação, como obstáculo ao exercício das funções. O anormal não é o patológico, embora todo patológico seja anormal. Da mesma forma, um meio só é considerado normal quando o ser que ali vive mantém melhor sua norma.

Dentre as evidências que sustentam sua argumentação, destaca-se a análise da doença e da anomalia. Diferente da anomalia, a doença é crítica, altera um curso. Uma pessoa é doente em relação aos outros e a si mesma. Já a anomalia é constitucional; seu portador não pode ser comparado a si mesmo.

A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras formas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio –, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (canguilhem, 2006: 103).

Em seguida Canguilhem aborda o trabalho teórico de Quêtelet, que interpreta as variações biológicas pelo cálculo das probabilidades. O *homem médio* é o tipo humano a partir do qual o desvio é mais raro quanto maior for, o que mostra a existência de uma regularidade (ontológica). Ele identifica frequência estatística e norma, mas Canguilhem argumenta que aspectos como hereditariedade, tradição, hábito e costume dificultam na

realidade este tipo de prognóstico. Assim, na ausência de uma linhagem pura, as flutuações não podem ser consideradas apenas interferências do meio. Então, a frequência estatística não expressa uma normatividade vital, mas social.

Um traço humano não seria normal por ser freqüente; mas seria freqüente por ser normal, isto é, normativo em um determinado gênero de vida... (Canguilhem, 2006:116)

A uniformidade de características humanas expressas nas médias não indica um determinismo, mas um esforço de um coletivo de organismos. Canguilhem acredita que exista escolha (inconsciente) de determinadas normas, na medida em que oferecem em determinado meio as melhores condições de vida de um determinado grupo humano.

Mas, sobretudo, o homem é o animal que, por meio da técnica, consegue variar, no próprio local, o ambiente de sua atividade (Canguilhem, 2006:132).

A saúde e a doença, portanto, e o limite entre o normal e o patológico, se tornam imprecisos se pensados em uma série de indivíduos, mas pode ser pensado, em um indivíduo, na sucessão do tempo. E o fenômeno patológico é, para o ser individual, uma mudança estrutural, pois a doença implica em uma transformação da personalidade.

O doente é doente por só poder admitir uma norma. Como já dissemos muitas vezes, o doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo (Canguilhem, 2006: 138).

A doença, para um corpo, é possibilidade de inovação e criatividade; uma nova dimensão de vida, que porta uma positividade.

É preciso, portanto, em qualquer interpretação de sintomas patológicos, levar em consideração o aspecto negativo e o aspecto positivo. A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação (Canguilhem, 2006:139).

A saúde é, então, a potência de um corpo em instaurar novas normas, diante das infrações ao habitual.

Quanto à ciência, Canguilhem lembra que os seres humanos não vivem entre leis, que são abstrações teóricas, mas entre seres e acontecimentos que ressignificam as leis.

Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de

acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história (Canguilhem, 2006:149).

Não é nosso objetivo aprofundar aqui a importância que o trabalho de Canguilhem alcançou na filosofia e na história das ciências modernas. Cabe apenas, nesta etapa de nossa exposição, explicitar a fecundidade de seu pensamento com relação à potência do homem na criação de seu mundo. Mais especificamente, em nosso caso, como suas idéias permitem pensar o campo do trabalho, ou melhor, da atividade humana.

As análises do processo de trabalho desenvolvidas pela ergologia e pela psicodinâmica do trabalho francesas referem-se a um campo múltiplo, que procura pensar em diferentes abordagens a relação entre trabalho e saúde.

Central a estas disciplinas é o conceito marxista do processo de trabalho, que o analisa em uma dimensão histórica e social. Como vimos, este modelo parte de uma concepção diferenciada de homem, entendendo o trabalho como práxis que produz a natureza e também a própria subjetividade humana.

Em *O Fator Humano*, Dejours (2002) opõe dois tipos de abordagem teórica acerca do fator humano no trabalho. A primeira está centrada na falha humana e voltada à segurança no trabalho, e a segunda, centrada no gerenciamento dos recursos humanos e voltada à qualidade.

Para a primeira, é possível caracterizar a situação de trabalho de forma integral. Refere-se à noção de prescrição e disciplina e às abordagens cognitivas. Já a segunda refere-se à cultura e a valores, domínio das ciências sociais e da psicologia social.

Quanto ao conceito de trabalho, o primeiro grupo supõe um modelo correto e dado da atividade. O erro é pensado em termos de negligência ou incompetência do trabalhador, ou na prescrição, desconsiderando a questão da *decisão*, da deliberação do agente, evidente nas situações de trabalho onde a incerteza interfere.

Se consideramos essa dificuldade essencial a toda situação de trabalho, deve-se admitir que o trabalho não decorre jamais da “execução”, mas que todo trabalho implica uma parte de gestão da distância entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, isto é, que ele decorre ainda, por um lado, de uma dimensão estritamente humana, e mesmo inter-humana, resultante da ação (Dejours, 2002:25).

Já os que pensam o fator humano em termos de recursos procedem à análise das condutas, entendidas como englobando o comportamento, parte objetiva do ato, mais uma parte não visível, o que possibilita a discussão sobre iniciativa, motivação e engajamento. Mas, adverte Dejours, estas análises centram-se nas relações entre pessoas ou sistemas, mas eliminam o trabalho como atividade e organização prescrita.

Dejours ressalta que uma análise que envolva a ação do homem sobre o meio é necessariamente problemática devido à incerteza do impacto do meio sobre o homem, uma relação entre mundos heterogêneos. A heterogeneidade é efeito da própria introdução do homem na natureza. Pela ação o homem escapa das leis da natureza e constrói uma história, e constrói também suas próprias leis. Assim, se o homem e seu mundo são mudança e movimento, não se pode eliminar da noção de fator humano tudo que escapa às leis da natureza, ao pressuposto fisicalista de leis imutáveis e a-históricas, que elimina qualquer interioridade e, como bem observa Dejours, acaba por introduzir um julgamento moral, ao identificar o componente não objetivável do trabalho à falta de inteligência ou à patologia.

Mas o risco de um outro pressuposto, psicologista, é conceber todas as interações como ocorrendo no interior do mundo humano, onde o ambiente de trabalho é apenas o contexto, ou, no pressuposto culturalista, onde a interiorização dos fatos da cultura é vista como um fenômeno passivo.

Dejours vale-se da *antropologia das técnicas* como uma abordagem crítica, onde, na relação entre os sujeitos, qualquer julgamento, conflito ou reconhecimento refere-se ao fazer do sujeito, postulando um sistema com três elementos (ego, real, outro). O ato transforma o mundo real e materializa a relação ego-mundo real, através de uma mediação ou instrumentação, e supõe sempre um engajamento corporal de quem o executa. A técnica é sempre uma técnica do corpo, mas é também uma técnica cultural e racional. Pois, situada de alguma forma em relação a uma tradição, sua eficácia é julgada pelo outro, que está, pela tradição, ligado ao ego.

Nesta perspectiva, a técnica é ato de transformação do mundo e do homem, estando na ordem humana e não apenas na ordem natural, e a tecnologia é o homem engajado no ato técnico.

A ergonomia é uma disciplina que procura adaptar o trabalho às pessoas, cujo marco teórico foi dado por Leplat e Hoc (apud Vieira, 2004), com a diferenciação entre *tarefa* e

atividade. Pois entre a tarefa prescrita e a tarefa executada ocorre uma defasagem, um processo de *renormalização*, em cuja gestão o social encontra-se radicalmente implicado. O conceito de atividade vem da psicologia soviética de Vigotsky e inspira-se em Marx. A essas duas etapas do trabalho correspondem direções de pesquisa, seja a *ergonomia da tarefa*, que projeta a prescrição sobre a atividade, seja a *ergonomia da atividade*, como a ergonomia situada de língua francesa, que tem como objetivo analisar as situações de trabalho para transformá-las, priorizando a análise da atividade.

A tarefa é aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer. A atividade é, em face da tarefa, aquilo que é realmente feito pelo operador para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa (Dejours, 2002:39)

Sem esquecer que o trabalho possui um contexto econômico que o diferencia do lazer (e promove um critério utilitarista para a eficácia sobre o meio), Dejours (2002) entende que o *real do trabalho* é o que resiste ao conhecimento técnico-científico, o que nos escapa e instiga à investigação, e é apreendido como experiência. Real como substantivo, diferente da realidade como um estado de coisas. No trabalho, é o real que induz, necessariamente, a um desrespeito à prescrição, a um reajuste, pelo operador, dos objetivos e da técnica. Neste sentido, a falha humana é inerente à relação eu-mundo.

Abordando a questão do risco na atividade humana, Nouroudine (2004) postula que durante o processo de renormalização das situações de trabalho, a infração em relação às normas antecedentes é condição necessária à construção dos saberes-fazer de prudência, úteis para a eficácia e para a saúde no trabalho. Assim, o correr risco ganha positividade na atividade humana. Sobre a adaptação entre o ser vivo e o meio, o autor invoca Canguilhem.

A relação do homem com o meio de vida é o caldeirão de problemas a serem tratados (mas jamais definitivamente acabados), de soluções a serem encontradas (mas jamais as únicas boas possíveis). Isso significa que a adaptação não é um estado estabilizado. Assim, o caráter provisório da adaptação inscreve o risco, além daquele intrínseco a esse processo, no centro das atividades humanas. Os homens encontram-se permanentemente na exigência de recriar indefinidamente a adaptação, ao mesmo tempo gerando o risco que ela comporta (Nouroudine, 2004:47).

Leplat (apud Muniz, 2000) vê a tarefa como *contrainte* (pressão, algo que constrange) para o operador, e a atividade como algo que transforma a tarefa e o próprio operador.

Para realizar a tarefa, o operador se depara com diversas fontes de *variabilidades*. Em síntese, a prescrição é redefinida devido à variabilidade do mundo (como em Canguilhem, o meio é sempre infiel).

Muniz (2000) distingue a variabilidade técnica (os imprevistos tecnológicos) e a variabilidade humana, que divide entre uma variabilidade intra-individual (a variabilidade psíquica e fisiológica de cada indivíduo) ou inter-individual (a variabilidade psíquica e fisiológica de todos).

O conceito de *atividade subjetivante* é usado por Dejours para mediar a interação entre o homem e o ambiente de trabalho. Nas ciências sociais, refere-se às atividades, que mobilizam a inteligência do corpo e do pensamento, intencionais porém nem sempre simbolizadas (conscientemente) que permitem aos homens o enfrentamento do real.

Esta *inteligência astuciosa* mobilizada pelo real foi caracterizada pelos gregos como *metis*, inteligência engajada nas atividades técnicas, como na fabricação (*poiesis*). Está enraizada em uma espécie de mimetismo corporal, é criativa e prioriza a habilidade em detrimento da força.

Assim, a noção de *inteligência da prática* (astúcia) apresenta, segundo Dejours, dois paradoxos: no primeiro, é invenção e criação, mas é também *tricherie*, quebra-galho; a atividade implica sempre em uma transgressão à tradição e à norma. O segundo lado paradoxo envolve a discrição, o recurso ao segredo para a elaboração dos macetes que conferem autonomia e poder em relação à estrutura e aos demais companheiros de trabalho. Isto tem um efeito contraditório, pois acaba por isolar o agente na responsabilidade pelos seus atos. Só a publicização, a exposição no espaço público (como define Arendt), divide as responsabilidades e insere o achado na tradição, reconhecendo-o como ato técnico. E é a *confiança* entre as pessoas que torna possível a visibilidade.

Dejours entende que toda atividade de trabalho é regulada pela interação entre pessoas, onde destaca este aspecto da confiança, que suspende as relações de força no trabalho.

Como dissemos, o conceito de fator humano não pode ser estabelecido somente sobre a dimensão individual da relação sujeito-tarefa. Ela deve ser pensada a partir da intersubjetividade e das interações (onde a visibilidade é uma forma particular) no coletivo de trabalho. Mas não há aqui coletivo que não seja estabelecido sobre a dinâmica da confiança entre seus membros. Estimar, avaliar ou caracterizar o fator humano numa situação de trabalho é

necessariamente fazer referência de modo explícito às relações de confiança entre os membros do coletivo de trabalho (Dejours, 2002:53).

A tarefa demanda assim, uma integralidade que não se realiza somente no indivíduo, mas na interação entre os membros de um espaço público. A confiança é garantia desta integralidade, e se fundamenta em competências éticas; *diz respeito à equidade dos julgamentos pronunciados pelo outro sobre a conduta do ego, no triângulo dinâmico do trabalho (2006:53).*

A psicodinâmica do trabalho de Dejours diferencia dois tipos de julgamento social (julgamentos da atividade, e não julgamentos do ego): o julgamento de utilidade, que é a avaliação utilitarista, proferida pela hierarquia, e o julgamento de beleza e originalidade, proferido pelos pares, e o mais importante, pois diz respeito a valores comuns entre os sujeitos.

O reconhecimento é a forma específica de retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia na organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência (Dejours, 2002:55-56).

Como observam Neves et al (2004), o julgamento no campo social não é apenas um julgamento de pessoas, mas de seus fazeres, de suas atividades, daí a importância do mundo do trabalho para um processo de construção social da identidade.

Esta etapa de avaliação e de arbitragem é uma atividade normativa essencial do trabalho coletivo, principalmente daqueles que coordenam as atividades e inteligências individuais.

Na organização dos modos operatórios, Dejours preconiza que, para uma gestão prudente e racional do processo de trabalho, deve haver espaços para livre discussão entre os agentes.

Ora, os argumentos da discussão sobre a organização real do trabalho, já vimos, não são de ordem técnica. Eles são também relativos aos desejos, às crenças, às posições ideológicas e às escolhas éticas dos indivíduos que trabalham e intervêm no espaço de discussão. Em outros termos, a natureza dessas idéias ou desses pontos de vista decorre da opinião, que é apenas uma opinião estabelecida sobre as considerações que não competem a um único conhecimento científico (...) O fator humano não pode ser reduzido nem à sua dimensão científica ou técnica, nem à sua dimensão psicológica (Dejours, 2002:58).

Dejours relaciona teoricamente o espaço de discussão ao conceito de espaço público, um espaço aberto à deliberação coletiva e que permite chegar a um consenso ou a uma decisão racional.

Para que esse espaço seja efetivo, é preciso que os componentes possam compreender-se; isto não se dá naturalmente. Referindo-se à inteligibilidade dos espaços, Dejours ressalta a dissimetria freqüente na esfera de simbolização verbal da experiência, geralmente reflexo de um desequilíbrio nas relações sociais. E, como vimos em Arendt (1991, 2004), onde há dissimetria, não há espaço político. A autenticidade das idéias expressadas é condicionada pelas relações de poder, e requer equidade nas relações.

Por esta razão, Dejours pressupõe que, para além do conceito de atividade, a análise da atividade coletiva do trabalho deve ser abordada através da teoria da ação (práxis), pois inclui uma atividade de construção de normas e valores.

Em termos mais teóricos, somos assim conduzidos a admitir que o trabalho não pode ser apreendido somente pelas categorias clássicas da produção (poiesis). Ele implica também categorias teóricas da ação (práxis), onde todos os elos intermediários (visibilidade, confiança, julgamento, reconhecimento, arbitragem, discussão, racionalidade comunicativa) são as categorias extraídas da “teoria da ação” (Dejours, 2002:61).

Assim, uma tal epistemologia da ação, que focalize a relação do homem com o mundo na ação, não pode rejeitar a subjetividade, ao pensar a verdade. A partir de seu itinerário teórico, Dejours destaca três dimensões a serem levadas em conta, em uma análise do fator humano no trabalho.

A primeira é a dimensão biocognitiva, ou do real do corpo, do corpo biológico e dos processos cognitivos. Este conhecimento permite a eliminação de procedimentos não razoáveis e o aumento da automatização, mas tem limites, pois os automatismos são também sujeitos a falhas, e os modos operatórios estandardizados, que desprezam o que lhes escapa, fazem aparecer novas tarefas que regulem os automatismos. Portanto eles não podem prescindir do homem para a produção.

A segunda é dimensão social intersubjetiva da técnica e do trabalho.

O trabalho supõe uma ação coordenada de pessoas que se compreendem, se opõem, lutam entre si ou concordam, sobre a base de princípios que não decorrem apenas da técnica, mas também da ética, dos valores e das crenças (Dejours, 2002:95).

Por fim, a dimensão da mobilização subjetiva, do que engaja os homens e mulheres no agir, envolvimento de personalidades e inteligências nos atos de trabalho.

Dejours propõe a identificação, na clínica da relação do homem com o trabalho, de um nível que integre as três dimensões do funcionamento humano.

Este seria o lugar da *cooperação*, onde convergem as contribuições individuais e grupais, e que diz respeito à moral prática da ação.

Ligar a noção de fator humano à noção de cooperação é indicar que a dimensão que sobredetermina o fator humano é de ordem sociológica, estando os outros dois componentes, fisiológico e psicológico, em posição secundária (Dejours, 2002:97).

Avaliar o fator humano no trabalho é, para Dejours, avaliar a qualidade da cooperação e dos coletivos de trabalho. Uma metodologia para tal incluiria tanto a quantificação dos desempenhos coletivos (dos sucessos e dos erros), como uma avaliação qualitativa, que passe pela palavra dos agentes e registre a dinâmica contribuição/ retribuição/ reconhecimento.

A partir de uma crítica ao modelo taylorista³¹ de trabalho, a *ergologia* surgiu na França, na década de 80, através de um coletivo pluridisciplinar de formação. Inspirada pelas idéias de Canguilhem, da ergonomia situada e da comunidade alargada de pesquisa de Oddone, na Itália, a ergologia propõe um novo modo de produção de conhecimento, caracterizado pela inter-relação entre as disciplinas e pela participação dos trabalhadores na elaboração do saber.

Vimos como Canguilhem apresenta uma concepção ampliada de saúde. Saúde como luta contínua, como conquista permanente, como possibilidade de adoecer e poder recuperar-se, como, enfim, a possibilidade de instaurar novas normas na diversidade das situações.

Também para a ergologia, efetivamente, a influência do Movimento Operário Italiano (MOI) de Ivar Oddone, desde as décadas 60/70, é marcante. Sua proposta de uma comunidade científica ampliada, priorizava, no debate científico, a transdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores como portadores de saber. Seu objetivo era, assim, tanto ampliar os limites de uma visão elitista do conhecimento científico, quanto aumentar o poder de ação do coletivo dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho e sobre si

³¹ Vide nossa introdução.

mesmos. Segundo Brito (2004), a perspectiva política deste modelo se coloca na discussão do dia-a-dia dos trabalhadores, na micropolítica do trabalho cotidiano.

A inspiração em Oddone trouxe importantes ferramentas metodológicas, como a instrução ao sócio e a técnica de autoconfrontação.

Para Yves Schwartz, um de seus principais pensadores, a ergologia não é uma disciplina, mas um conjunto de normas para a produção do conhecimento no campo do trabalho. Transdisciplinar, a ergologia se alia à tradição marxista ao entender a história construída pelo homem em uma ação transformadora da natureza.

Coerente com a concepção de Canguilhem sobre a participação da espécie humana em produzir modos de vida ante a infidelidade do meio, Schwartz destaca o *caráter industrial do homem* que o taylorismo desconsiderava, pretendendo o trabalho como a repetição invariável das tarefas; Schwartz observa que tal proposta marcou também a produção de conhecimento, com a idéia de que o trabalho na sociedade capitalista aliena os homens, o que ele chama um *taylorismo de duplo efeito*³².

A renormalização da atividade singulariza a experiência de trabalho, é fruto desta atividade industrial que ultrapassa o domínio de disciplinas específicas.

Yves Schwartz valoriza a experiência como fonte para a compreensão das situações de trabalho, em uma relação dialética com o conhecimento científico. Propõe um modelo de produção de conhecimento, o *dispositivo de três pólos*, que articule as contribuições das diferentes disciplinas (pólo dos conceitos), os saberes e valores dos trabalhadores, gerados nas atividades (pólo das forças de convocação e reconvocação), e por fim o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que faz a liga do modelo.

Os saberes produzidos no segundo pólo convocam as disciplinas a pensarem a experiência de trabalho, as forças de convocação, que acabam por transformarem a própria disciplina, reconvocando-a. Mas o terceiro pólo implica em uma posição de humildade e respeito ante o conhecimento do outro. Duraffourg (1999) explica.

A dialética entre o pólo da experiência e o pólo dos conhecimentos é orientada por um terceiro pólo, o mais importante, aquele dos valores e da ética, segundo Yves Schwartz, e que eu denomino Política. É esse terceiro pólo que esclarece os objetivos e os interesses, e arbitra as negociações entre os dois outros pólos, entre os diferentes “pontos de vista” (...) Esse terceiro pólo é o operador do conjunto, ele representa a

³² Apud Muniz, 2000:20.

consideração do papel político da transformação e permite a materialização do processo social (Duraffourg, 1999, apud Muniz, 2000:22-23).

Para Brito (2004), os três pólos encontram-se em uma relação dialética, sem anterioridade de um sobre os demais, mas o terceiro pólo faz a liga do dispositivo, porque *“trata de ética necessária à construção das relações de parceria, apoiada em determinada filosofia da humanidade, numa maneira de ver o outro como seu semelhante”* (2004:102).

A *atividade* resulta de num processo de renormalização da tarefa. O trabalho prescrito inclui as condições da situação de trabalho e as normas antecedentes. Se a ergonomia conceituou o trabalho prescrito e o trabalho real, a ergologia usa o termo *normas antecedentes* para designar um aspecto do trabalho prescrito; um conceito que se pretende abrangente, compreendendo as aquisições da inteligência, da experiência coletiva e dos poderes estabelecidos. Schwartz explica que o termo possui um caráter híbrido, devido a três aspectos: o primeiro é exprimir um dogmatismo científico sustentado por um poder social; o segundo é sua dimensão de construção histórica; o terceiro é que as normas indicam valores do bem comum que são dimensionados na organização e no ambiente de trabalho, valores que funcionam como princípios de ação.

O conceito de normas antecedentes permite a Schwartz (2006) ver o trabalho como *atividade industriosa*, como um *debate de normas* que, embora presentes no ambiente de trabalho, ultrapassa este ambiente. Portanto, as normas antecedentes são construções históricas heterodeterminadas e indicam valores de bem comum, redimensionados, institucionalizados no ambiente de trabalho. Para Schwartz os valores de bem comum (ex: saúde) são *valores não dimensionados*, difundidos na vida social e que se corporificam como valores dos protagonistas da atividade industriosa, ou se tornam valores dimensionados nas normas antecedentes. Segundo Tellez e Alvarez (2004), *“esses valores são objetos de debates, de conflitos, de arbitragens políticas. De certa maneira, são valores que transcendem como idéias reguladoras as conjunturas nas quais vão operar, mas que devem funcionar em princípios de ação em todas as circunstâncias”* (2004:74). Os valores, portanto, orientam as escolhas, mas podem estar também dimensionados na prescrição.

A gestão da atividade, como problema humano, está ligada à variabilidade, e portanto aos momentos históricos.

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Ora, o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição – mesmo que o seja, em parte (Schwartz, 2004:23).

Para Schwartz (1994), mesmo em uma administração taylorista de trabalho, os operadores transformam as prescrições para atingir outros objetivos, como a produtividade e a economia corporal. A atividade é lugar das *dramáticas do uso de si*.

[...] dizer que o trabalho é uso de si significa dizer que é lugar de um problema, de uma tensão problemática, um espaço de possíveis sempre negociáveis: não há execução, mas uso, e isso supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, ainda que não aparentemente; a tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas [...] (Schwartz, 1987: 194, apud Muniz, 2000:26).

Há uma dialética entre o *uso de si pelos outros*, que inclui as normas e limitações que heterodeterminam o sujeito, e o *uso de si por si*, onde o sujeito busca escapar das *constraints* que caracterizam o real do trabalho, constituindo as renormalizações.

A gestão das atividades implica em uma negociação de eficácias, onde o trabalhador negocia o uso que fará de si, de modo a realizar uma ação eficaz. Há, portanto, um plano individual de negociações, mas em uma ação coletiva, uma *negociação entre sinergias* (Muniz, 2000). A gestão individual da atividade é, portanto, uma negociação de eficácias, onde:

“A instância que negocia essas negociações tem quase sempre forte arquitetura coletiva. Ela própria é em grande parte procedente de negociações com os organogramas. As sinergias são sempre mais ou menos construídas, oriundas de alquimias entre atividades e valores compartilhados, de regras patrimoniais, de éticas de serviço” (Schwartz, 2004:30).

O setor de serviços, como o setor saúde, que tem como objeto de trabalho outros seres humanos, torna mais complexa a avaliação da *competência* do trabalhador, dada a dimensão relacional da atividade.

Uma especificidade encontrada no setor de serviços é o fato de estar face a face com o usuário. A relação direta com ele faz com que sua participação na prestação seja imediata e que o próprio momento do encontro seja de construção conjunta, cujo desfecho nem sempre é previsível. Pode-se exemplificar com a relação vendedor-cliente ou com a relação médico-paciente. Este forte caráter interacional da relação de serviços também coloca outra dificuldade em sua avaliação. No setor de serviços é difícil circunscrever o começo, o meio e o fim da prestação. Como dizer exatamente em que momento acaba uma relação entre médico e paciente? Ou uma relação de cuidado entre enfermeira e paciente? Como identificar no processo de cura do paciente o que exatamente foi resultado do trabalho dos profissionais de saúde ou do empenho e desejo do paciente de se cuidar e tratar (Muniz, 2000:31)?

Cada usuário, dependendo dos objetivos que o profissional deseja alcançar na atividade, delimita para o profissional um determinado *horizonte de uso*, que guia um repertório de ações. Por exemplo, dependendo de como os trabalhadores de saúde entendem o cuidado, cada qual elabora um cardápio específico de usos de si.

Dejours (2002) já ressalta que a noção de competência não deve ser naturalizada, pois depende de um contexto ético e social, sendo coletiva, antes de ser individual. Mas para Schwartz (apud Muniz, 2000), a competência envolve diversos “ingredientes” que é possível avaliar separadamente.

O primeiro deles refere-se à repetição de um protocolo; são as normas antecedentes ou de registro 1, e correspondem à faculdade humana de criar conceitos, e elaborar formas de intervenção que controlem a variabilidade do meio e possibilitem a previsão dos resultados.

A segunda dimensão da competência é dada pela experiência e pela singularidade; é a da renormalização induzida pela infiltração do histórico.

Trata-se de saberes que estão impregnados no corpo das pessoas e cujo aprendizado ocorre pela imersão na experiência, ou seja, pela vivência concreta das situações no que elas têm de singular. A avaliação desse segundo ingrediente é extremamente complexa, já que não implica apenas o domínio cognitivo, mas, como diria Schwartz (1997), a globalidade do ser humano, o corpo-si, que aprendeu a se construir à medida que fabricava seu meio de trabalho de uma maneira específica (Muniz, 2000:33-34).

O terceiro ingrediente da competência é a capacidade de articular os dois primeiros, de dialetizar conceitos e técnicas com as situações singulares, para definir um desempenho eficaz em cada ação.

O quarto se dá por uma avaliação qualitativa que confronta os valores e as dramáticas de usos de si. Ele depende das condições de trabalho, de como estas condições favorecem ou não o desenvolvimento de competências.

O quinto significa a recorrência do quarto item sobre os anteriores, ou seja, como os valores do meio influenciam diretamente os anteriores.

O sexto ingrediente é a chamada *qualidade sinérgica*, a interação das diversas sinergias, o que é mais do que a soma dos desempenhos individuais, na medida em que as competências individuais se transformam na negociação com as outras. Mas esta qualidade também depende de condições que possibilitem seu desenvolvimento.

A questão da competência remete, ainda, às dramáticas do uso de si na diferenciação entre o *pólo da eficácia*, que avalia um ato com relação aos objetivos visados, e o *pólo da eficiência*, que considera os meios empregados para a produção da atividade. Para Schwartz, ao considerarmos a gestão das atividades não se pode dissociar estes pólos, e a gestão individual é uma negociação de eficácias, de instâncias negociantes, de formas de apropriar eficácia e eficiência e negociá-las, relacionando-as às sinergias dos parceiros ou equipes nas situações reais.

Em seu trabalho de pesquisa em um hospital universitário, Muniz (2000) percebe a dinâmica dos valores presentes no diálogo coletivo - atravessado tanto pelas histórias individuais como pela história do sistema público e da instituição, assim como na gestão individual, nas dramáticas de uso de si, onde o debate eficiência-eficácia questiona até que ponto os meios usados para atingir determinados objetivos efetivamente realizam ou não estes objetivos.

Esse processo de polarização reenvia todos para um campo de “valores sem os quais não há escolha nem arbitragem”. O hospital é, assim, um campo de negociações a partir de diferentes valores que permeiam a atividade. Os indivíduos ou grupos não têm a mesma força nesse campo de negociações, porém a importância da atividade de cada um é um trunfo significativo na hora das decisões (Muniz, 2000:106).

Assim, analisar os processos de trabalho implica não apenas a descrição da organização do processo e da divisão de trabalho, mas também a dinâmica entre os

membros da equipe atualizada na atividade, nas renormalizações e reinvenções, síntese das determinações e dos interesses ali presentes.

II.3 – O Trabalho em Equipe na Saúde: Contribuições Teóricas sobre as Interações entre Saberes e Práticas em Saúde Mental.

Entendemos que as diretrizes políticas da Reforma Psiquiátrica, portando valores dimensionados e embutidos nas tarefas dos profissionais de saúde mental, pressuponham, para sua realização, um certo modo de funcionamento da equipe profissional. Os modos de funcionamento, aqui, referem-se às formas de interação entre os profissionais e seus saberes, e destes com seus objetos de trabalho, que pretendemos investigar nas atividades da equipe responsável pela assistência nas residências terapêuticas de Carmo.

Então, se a tarefa é política, sua realização é fruto de um incessante processo de negociações, que perpassa todas as esferas em que o trabalho se desenvolve.

Se, ao fim, o trabalho construir uma nova hegemonia no interior da sociedade civil – um novo estatuto para o louco, este será produto de um processo cotidiano, pautado nos encontros em que Merhy (2004) identifica um *trabalho vivo em ato*. Encontros que engendram a dinâmica dos serviços com a rede de saúde e com os demais recursos territoriais.

Pensando a vida social das cidades na avaliação do impacto da Reforma Psiquiátrica, Baptista (1999) destaca as pequenas intervenções tecidas na cotidianidade como práticas micropolíticas.

Micro não no sentido de menor, mas indicando uma outra dimensão da luta política; a micropolítica dá-se em um campo de forças onde insurgem-se fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando idéias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas (Baptista, 1999: 117).

Para tanto, o autor propõe que os profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica tenham como metodologia a atenção “ao ato subversivo da criatividade” (1999:127), onde pequenos atores e ações realizam estratégias micropolíticas, transformando imagens neutralizadas (estereótipos) em corpos e existências singulares.

É importante para a Reforma Psiquiátrica uma noção abrangente de rede e de território. Não um território geográfico, mas um território de referências afetivas, sociais e

culturais. Não apenas a rede de saúde, mas também com a justiça, a educação, com o terceiro setor, as organizações sociais. Isto dá uma idéia da complexidade do trabalho e do que ele envolve de negociações. Entendemos que esta rede vai sendo tecida caso a caso, no estabelecimento de vínculos e relações que vão criando atalhos e facilitações (ou não) para novas investidas.

Neste campo, o profissional assume a função de um negociador interessado, um mediador entre o portador de transtorno mental e o corpo social. Na discussão das especificidades, entendemos que o profissional não perde sua especificidade, é através dela que ele deve falar, mas ele se move em um terreno que não é mais o hospital e o consultório, mas uma arena política de negociações.

É interessante notar a linguagem da técnica de referência psicológica, ao trabalhar com a equipe a questão do vínculo e da convicção necessárias ao trabalho: ela lança mão do conceito de “palavra verdadeira” de Dolto e centra o foco na relação transferencial. Já a técnica de referência assistente social estimula os cuidadores a trabalharem as relações sociais e de autonomia dos moradores. Tendo em vista uma mesma meta, a reinserção social e afetiva dos moradores, cada um deles “trabalha a massa” com suas ferramentas específicas. Não se trata de negar as diferenças e especialidades, mas, como aponta Barros (2005), os especialismos, a ilusão de onipotência do técnico e a falsa suposição de que seu saber dá conta do objeto e que é o grande centro do processo de trabalho. Diferente de especialidade, o especialismo tem, segundo a autora, “*o sentido de uma prática que se autoriza como o único discurso possível sobre determinados temas, desqualificando aqueles que não seriam autorizados pela ‘academia’*” (Barros, 2005:5).

Basaglia observa que, em uma psiquiatria democrática, se o técnico perde seu poder no plano institucional, ele aumenta a sua autonomia na mediação com o poder político. A ciência e a técnica devem ser usadas como instrumentos de libertação e não de opressão, o que só é possível “se, dentro de cada intervenção técnica, levarmos constantemente em consideração os jogos de poder implícitos aos papéis” (Basaglia, 2005: 235).

Numa perspectiva de trabalho em que o foco passa a ser o usuário-centrada, onde a ação profissional se move em torno do projeto terapêutico, as relações de poder entre os membros da equipe são necessariamente abaladas.

Em oposição àquelas equipes que mantêm a disjunção das especialidades, Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) propõem a imagem da orquestra musical como metáfora para o trabalho em equipe na saúde:

“A ação em concerto – baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da diversidade de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe – é fundamental para que a integridade da equipe se mantenha. Isto porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente” (Gomes et al, 2005:114).

Peduzzi (2001) opõe em sua tipologia dois tipos de equipes, segundo a forma como se dá a interdisciplinaridade e a articulação dos saberes: a equipe como agrupamento de agentes, e a equipe como integração de trabalhos. Na primeira as ações são justapostas, os agentes estão meramente agrupados, e trabalham com a noção de autonomia plena na execução de suas atividades; na segunda os agentes se articulam; há complementaridade e interdependência das diversas autonomias; há *agir comunicativo* (Habermas)³³ na elaboração de um projeto assistencial comum, construído em um processo participativo de intervenções e ações coletivas nas quais as fronteiras do modelo biomédico são “borradas”.

Assim como Peduzzi, Campos (2003) preconiza equipes de trabalho pautadas pelo *agir comunicativo* de Habermas e pela construção dos projetos terapêuticos. Para este autor, o desafio para o profissional que realiza uma clínica *ampliada* é passar do campo das certezas e regularidades que faz parte da produção dos saberes ao campo da imprevisibilidade do trabalho cotidiano.

Campos sugere que, como princípio, deve haver um reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado, o que obrigaria profissionais e organizações de saúde a adotarem uma “cultura da comunicação”. A *clínica ampliada* seria, assim, a clínica das construções coletivas, das gestões colegiadas e unidades de produção compostas por equipes multiprofissionais.

Mas o que caracteriza estas equipes? Do agrupamento de profissionais à formação do espaço de interação que caracteriza o *agir comunicativo*, uma mudança de registro é

³³ Habermas decompõe o conceito de trabalho em dois componentes: a ação racional dirigida a fins - que abarca a ação instrumental, orientada por regras técnicas, e a ação estratégica, orientada por valores - e a interação, que se refere ao agir comunicativo, “às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação” (Peduzzi, 2001: 105).

necessária. Emerson Merhy (2004) caracteriza o espaço de interação entre os atores como a formação de um espaço “entre” as diversas especificidades, um espaço de intercessão, potencialmente criador e transformador para os próprios profissionais envolvidos. Para este autor, o que possibilita este deslocamento é o reconhecimento do usuário como ator protagonista da arena. Esta posição central do usuário em sua integralidade, em suas amplas e possíveis demandas ao sistema de saúde, vai de encontro à forma hegemônica em que se dá o processo de trabalho em saúde na modernidade – marcado pela tecnologia e pretensão de cientificidade, centrado na doença e não nos sujeitos. Para Merhy, não basta a reorganização do processo de trabalho sem uma mudança nas mentalidades dos trabalhadores e dos usuários; a mera normatização das equipes pode contribuir para a manutenção das ações médico-centradas. Ele propõe a substituição desta racionalidade médica pela racionalidade do cuidado, operada pelas tecnologias leves do *trabalho vivo em ato*.

Trata-se de valorizar a dimensão do encontro como espaço privilegiado para a construção de novas realidades. Refletindo sobre equipe de saúde e integralidade, Ceccim (2004) considera que, diante da complexidade que envolve as questões de saúde, é preciso alcançar uma perspectiva “entre-disciplinar”, um “lugar mestiço”, ou “terceira margem”, que reinterpreta os limites profissionais e permite uma intervenção coletiva. Em sua formulação do “quadrilátero da formação” em recursos humanos, Ceccim afirma o trabalho em saúde como comportando uma luta ético-política, pautada na permeabilidade ao controle social, no agenciamento de sociabilidades, na ampliação da autonomia, da capacidade de intervenção e exercício de criatividade dos usuários nas ações e serviços de saúde. Em oposição a uma organização dita *administrativa* – cujo modelo é o da equipe desportiva, onde os indivíduos se articulam com o objetivo do produto -, propõe o dispositivo (Foucault) dos *coletivos organizados*, cujo objetivo está no processo de produção.

O coletivo organizado não pode ser a liga que vincula indivíduos hierarquizados, mas a permanente desindividualização (contato com a multiplicidade e com a alteridade) e deve mobilizar modos de funcionamento que produzam emancipação, núcleos de tendência social (construção de mundo) e processos de subjetivação. A desindividualização é uma ocupação micropolítica (expressão inventada por Guattari) de encontrar os focos de unificação, os nós de totalização e os processos de subjetivação que devem ser desfeitos, a fim de seguirmos

a formação do novo, o que está emergindo de forma inédita, a atualidade (no sentido de Foucault) ou a poderosa vitalidade orgânica (coletivo organizado) dos corpos não-fisiológicos (Corpo sem Órgãos, no sentido de Deleuze) (Ceccim, 2005: 171).

Octavio Bonnet (2005) propõe de forma lúdica esta direção do trabalho em equipe: para este autor, a fim de alcançar a “terceira margem”, os membros da equipe devem aprender a “brincar” com as hierarquias, de modo que os diferentes profissionais possam, segundo as situações, alternar-se em uma posição de hegemonia ou de subordinação.

A este campo de produção atravessado pelos inúmeros e variáveis saberes, campo sempre instável, onde se borram as individualidades e especificidades, Guattari chamou *transdisciplinar*.

Com Benevides e Passos (2000), cabe então distinguir, na formação da equipe multiprofissional, a *multidisciplinaridade*, que é a união de diferentes disciplinas em torno de um mesmo objeto, a *interdisciplinaridade*, que é a contribuição de diversas disciplinas para a construção de um objeto comum, em uma “zona de interseção”, e a *transdisciplinaridade*, onde se trata da produção de interferências entre as disciplinas, ou seja, a tônica se coloca nas relações, e não nos termos.

No artigo “A Transdisciplinaridade”, Guattari (1987) diferencia os grupos-sujeito dos grupos-sujeitados. Ele explica que, devido a uma tendência de aprisionamento das forças de mudança em formas instituídas, os grupos não conseguem funcionar todo o tempo como protagonistas de suas ações. Assim, os “coeficientes de transversalidade” seriam os níveis reguláveis de abertura dos grupos para funcionarem numa direção ou noutra.

O campo transdisciplinar é um efeito de “intercessores” (termo criado por Gilles Deleuze em 1990), de elementos que produzem crise, que desestabilizam, e se caracterizam como movimentos de perturbação, de contágio.

Deleuze pensa as relações entre a filosofia, a ciência, e a arte, para ele as três grandes formas do pensamento. Mas ele observa os “ecos e ressonâncias” entre elas; a forma como elas “percutem” umas nas outras, embora cada uma possua seu objeto próprio (os conceitos para a filosofia, as funções para a ciência, e os agregados sensíveis para a arte) e seu trajeto e criação únicos. Em *Conversações* ele indaga e exemplifica:

Como é possível, sobre linhas completamente diferentes, com ritmos e movimentos de produção inteiramente diversos – como é possível que um conceito, um agregado e uma função se encontrem? Primeiro

exemplo: em matemática existe um tipo de espaço chamado espaço riemanniano. Matematicamente muito bem definido, com relação a funções, esse tipo de espaço implica a constituição de pequenos pedaços vizinhos cuja ligação pode ser feita de infinitas maneiras, o que permitiu, entre outras, a teoria da relatividade. Agora, se tomo o cinema moderno, constato que depois da guerra aparece um tipo de espaço que procede por vizinhanças, de modo que as conexões de um pequeno pedaço com outro se fazem de uma infinidade de maneiras possíveis e não são determinadas. São espaços desconexos. Se digo: é um espaço riemanniano, isto parece uma afirmação apressada, e, no entanto, de uma certa maneira está exato. Não se trata de dizer: o cinema faz o que Riemann fez. Mas se tomarmos unicamente esta determinação de espaço: vizinhanças ligadas de uma infinidade de maneiras possíveis, vizinhanças visuais e sonoras ligadas de maneira tátil, então é um espaço de Bresson. Claro, Bresson não é Riemann, mas ele faz no cinema a mesma coisa que se produziu na matemática, há um eco (Deleuze, 1992:154-155).

É, então, pelo efeito dos intercessores, que o processo criativo se dispara. A partir dos desvios. Isto diz respeito a uma certa forma de se conceber a experiência clínica. Como lembram Passos e Benevides (2002), etimologicamente o *clínikos* é o movimento de inclinar-se por sobre o leito, mas é também *clinamem*, desvio. A clínica transdisciplinar, para acolher, desvia-se e produz desvios.

Para estes autores, trata-se de um processo no qual o analista-profissional deve criar intercessores, sendo ele próprio também um intercessor, constituído na experiência, e não através de identidades pré-formadas.

“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, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os a ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar... Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação, parecem ser algumas faces desta clínica transdisciplinar” (Passos e Benevides, 2002:20/22).

Ao pensar a proposta transdisciplinar no processo de formação do profissional de saúde, Barros (2005) insiste na necessidade de uma formação que se perceba como instável, como sempre inacabada, de modo que o profissional mantenha a postura permanente de

quem precisa aprender. E onde possa desenvolver formas múltiplas de ação, escapando da serialização (do produto feito em série) e do especialismo.

Clara é, aí, a noção da possibilidade de afetar e ser afetado, na experiência clínica. Esta não se dá nas formas rígidas ou hierarquizadas, mas nas relações, no espaço de interação e negociação social (daí a interface entre clínica e política). A instabilidade da situação clínica requer esta disponibilidade por parte dos atores. Trata-se da noção deleuziana de afeto, que ele busca em Spinoza. Afeto, aqui, não equivale apenas a sentimento, mas à idéia de afecção (*affectio*), o estado de um corpo ao sofrer a ação de outro. Estes estados de afecção determinam os afectos (*affectus*) ou sentimentos, variações temporais de um estado ao outro. Para Spinoza, o homem exerce sua potência de agir quando sai do terreno das paixões, passando então ao terreno dos afectos ativos ou ações.

Em “Spinoza e as três éticas” (1997), Deleuze explica que *Ética* de Spinoza apresenta três formas de expressão: os signos ou afectos, as noções ou conceitos, e as essências ou perceptos. Se os afectos são paixões, idéias inadequadas, experiências, os conceitos são as idéias adequadas de onde decorrem as verdadeiras ações e que constituem o conhecimento. Para chegarmos aos conceitos, entretanto, é preciso que os signos e afectos nos sirvam de trampolim.

Há portanto uma seleção dos afectos passionais, e das idéias de que eles dependem, que deve liberar alegrias, signos vetoriais de aumento de potência, e repelir as tristezas, signos de diminuição: tal seleção dos afectos é a própria condição para sair do primeiro gênero de conhecimento e atingir o conceito adquirindo uma potência suficiente. Os signos de aumento continuam sendo as paixões, e as idéias que eles supõem permanecem inadequadas: nem por isso deixam de ser os precursores das noções, os sombrios precursores (Deleuze, 1997: 162-163, grifo do autor).

Assim Deleuze ressalta a alegria como o ponto de partida para o desenvolvimento da potência de agir e do conhecimento adequado, o que configura uma posição ética³⁴.

Em Carmo foi possível identificar momentos em que o “rio” dos afectos transborda e atravessa o campo, revelando sua potência em redefinir caminhos, seja em um sentido melancólico, seja como alegria propulsora. Importante elemento das implicações, pensamos ser interessante pensar a alegria na atividade, não apenas como estímulo que antecede e

³⁴ Para um maior aprofundamento acerca do uso que Deleuze faz da teoria dos afectos de Spinoza, ver MACHADO (1990: 64-80).

justifica o trabalho, mas também como sendo gerada na atividade, retro-alimentando o processo como efeito do trabalho sobre o corpo, que o enriquece e potencializa.

Coordenadora de um programa pioneiro de desinstitucionalização no Rio de Janeiro nos anos 90, com implantação de lares abrigados, Gina Ferreira enfatiza, em depoimento, a necessidade de uma disponibilidade afetiva da equipe, de uma boa vontade verdadeira que possibilita a construção das relações.

“Era da maior importância observar a experiência do outro e aprender, não anular. (...) Não podemos estar só colocando a própria experiência no outro e mais nada. É indispensável permitir que a experiência do outro tenha espaço! Isto era válido tanto do ponto de vista dos moradores quanto da minha parte para a equipe também, razão porque acredito ser indispensável adequar as preferências da equipe às dos moradores. Acredito que era importante para que o ato fosse terapêutico que a conduta fosse genuína. A riqueza da experiência, a espontaneidade, o afeto, é que vão constituir a integração e modificar o cotidiano” (Ferreira, 2000:43).

No trabalho de residências terapêuticas, baseado no território social, não é possível reproduzir hierarquias de serviços de saúde. Ou mesmo atuações pautadas por especificidades profissionais. Como refere esta autora:

“A equipe já não tinha a rigidez de manter as especificidades profissionais. Dentro da casa, então, foi naturalmente diluída. Porque na verdade o que proponho, é que nesse habitar, nesse estar dentro, haja esse sentido de estar no mundo; você tem de estar dentro da casa e a casa ser o ponto de partida para estar no mundo. As relações têm que ser dialéticas, de intercâmbio de sentimentos, de vivências de afeto entre moradores e equipe. Essa dialética de que falo é a da experiência de cada um que se permuta. A equipe também teria de se colocar dentro da casa, descobrindo o espaço” (Ferreira, 2000:42-43).

Esta etapa, de “descobrir o espaço”, na construção de um espaço de convivência, é uma experiência coletiva, de encontros entre profissionais e moradores, de aposta na coletivização de uma proposta de trabalho. Há uma etapa preparatória, portanto, para que aquela casa adquira estatuto de moradia, de um espaço ocupado.

Gina Ferreira descreve esta primeira etapa, previa à entrada na casa, onde esta é “construída” dentro de cada um dos futuros moradores: para isto “a base do afeto tem que ser construída. Formar os vínculos para que se possa, inclusive, intervir no momento necessário” (2000: 35). De mesma forma, ela propõe atividades que ajudem a reestruturar a

percepção do esquema corporal, a organização do pensamento, o desenvolvimento de um potencial criativo, visando estabelecer condições para a reinserção social.

“Uma casa não é um tijolo em cima do outro; são os espaços preenchidos por relações e suas tarefas cotidianas que devem estar em harmonia com a vida. Quando retornavam [saíam da internação], nosso trabalho continuava junto a eles: estar na casa, fortalecer os vínculos, fazer as refeições juntos, conversar, comemorar aniversários, arrumar e decorar a casa, enfim...” (Ferreira, 2000:22).

O ambiente da casa é então o laboratório do mundo, e a convivência entre equipe e moradores produz os alicerces que sustentarão a reinserção social.

“O espaço do ponto de vista existencial é sempre fragmentado. Você tem sala, tem cozinha, tem quarto. O espaço só ganha unidade se houver uma finalidade. A finalidade sendo a casa, tem de haver um objetivo dentro dela. O habitar é estar dentro. Na casa há lugar também para o ócio como finalidade. O ócio tem de estar incluído em qualquer projeto, sem o pré-julgamento de que é improdutivo, respeitando a necessidade singular do ócio. É a partir do ócio que você cria alguma coisa, sempre do nada surge a melhor criação. A casa passa a ter uma ambientação totalmente criativa. Sendo o “dentro” ponto de partida, ele organizará o “fora”. Essa criação pode ser uma proposta terapêutica em que vão ser criadas várias estratégias num plano singular ou coletivo” (Ferreira, 2000:44).

O trabalho da equipe de saúde mental, que acompanha os moradores em seu processo de reinserção social, e mais especificamente o trabalho do cuidador, guarda estreitas afinidades com o trabalho dos acompanhantes terapêuticos, atividade surgida nos anos 60, no seio das comunidades terapêuticas, e, portanto, em um contexto de crítica à instituição do saber psiquiátrico. Com o passar do tempo, configurou-se, principalmente, como um ofício para estudantes, profissionais de saúde mental em formação. Se no início foi usado como recurso estratégico para evitar a internação de pacientes psicóticos em crise, complementando o tratamento psiquiátrico, revelou-se aos poucos potente instrumento de mediação entre o louco do lado de fora dos muros do hospital psiquiátrico e a vida cotidiana. Como esclarece Cauchick (2001) sobre a experiência de uma moradia coletiva em São Paulo:

A função do acompanhante terapêutico é acompanhar os moradores, oferecendo sustentação e referência para a construção do cotidiano, como: a organização e manutenção da casa, as possíveis transformações de cada morador em direção à autonomia, a administração da medicação, a escuta-ação das dificuldades individuais e

grupais e a vivência conjunta dos jogos, diversões, festas e programas culturais, na casa ou na circulação pela cidade (Cauchick, 2001: 34).

Considerando o trabalho clínico do acompanhante terapêutico, Araújo (2006) busca o ponto comum entre ética e política que, para ele, compõe o conceito de *amizade*. Apoiado nas idéias de Foucault, afirma que a desospitalização pura e simples não garante um novo lugar social para a loucura, podendo mesmo engendrar formas mais sutis de clausura³⁵. Daí a função do acompanhante terapêutico como agenciador para a promoção da “hospitalidade”, o que se dá através de uma “*política da amizade*”, onde, em relações informais, uma política fora da esfera das leis ou dos contratos e, neste sentido, involuntária, constituam-se para os envolvidos novas formas de experimentar o mundo.

Não ceder aos ditos “bons sentimentos”, não fugir dos tensionamentos das relações, acolher mesmo o incômodo, permitir uma agonística de forças que lutem entre si; tudo isso também faz parte dos sentimentos da amizade. A amizade não é um princípio de tranqüilidade; é uma agonística que busca sempre o bom distanciamento. É essa agonística que uma clínica como a do acompanhamento terapêutico vai ajudar a traçar junto à loucura e aos loucos que acompanha ao colocá-lo no contato direto com as redes sociais. Ser amigo nesse caso é dar à loucura um estatuto público que lhe é de direito, é ir à busca de um espaço que não é mais o da intimidade, mas o da organização social (Araújo, 2006:169).

Os serviços residenciais terapêuticos não são, então, simples abrigos; possuem objetivos específicos e, vistos assim, como locais de trabalho onde se pretende desenvolver ou recuperar autonomia e circulação social, seriam dispositivos provisórios, de passagem para a vida comunitária.

“Não tem prazo [pré-estabelecido] porque não sabemos o tempo interior de cada um e não queremos lidar com o tempo administrativo. Queremos trabalhar confortavelmente, sem qualquer pressão. Os moradores sabem que é provisório. Nunca foi dito a eles que é uma casa para morarem o resto da vida. Quando tiverem condições de sair, com certeza desejarão sair. Quando a autonomia é construída, logo surge um caminho de saída. Observamos que há um momento em que desejam sair, momento este em que desdobramos as ações acompanhando-os por algum tempo fora do Lar, seja para retornarem ao núcleo familiar ou para morarem sozinhos” (Ferreira, 2000:46).

³⁵ O autor refere-se à questão do biopoder, uma forma de controle contemporânea que não opera por práticas disciplinares ou de isolamento, mas na formação das mentalidades e na padronização dos corpos. Vide a obra de Foucault, a partir da *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*.

Desta forma, o trabalho técnico que é executado pela equipe está pautado por uma noção abrangente de cuidado, onde a questão da autonomia difunde-se do auto-cuidado ao exercício dos direitos de cidadania no espaço social.

Analisando as premissas que delimitam o conceito de cuidado em saúde mental, Alves e Guljor (2006) remetem-se ao conceito de liberdade, em oposição ao isolamento do sujeito de seu meio, para observação e tratamento.

Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautada em sua história e de forma singularizada (Alves e Guljor, 2006:227).

O profissional, assim, adquire mais propriamente as funções de um “agenciador”.

Em sua dissertação de mestrado, Silva (2004) mostra como o trabalho da Reforma Psiquiátrica, se, por um lado pretende opor-se ao sentido tutelar que tinha a ordem psiquiátrica (subtraindo direitos e o estatuto de sujeito), por outro lado mantém-se tutelar como modo de regulação social, presente, para o autor, na ênfase que a noção de responsabilidade (seja de usuários, profissionais, familiares ou da comunidade) foi adquirindo no discurso e na prática da atenção psicossocial.

A idéia geral é a de que a dimensão tutelar das atividades de administração pública não se expressa exclusivamente através da atividade pericial de interdição civil ou penal dos loucos, mas também da própria prática da atenção psicossocial, no âmbito da qual ocorrem processos de responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde mental (Silva, 2004: 2).

Delgado (apud Silva) aponta que o diferencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira está no paradoxo de lutar pela autonomia de pessoas tuteladas.

Em sua discussão sobre práticas tutelares, Diaz (2001) define que o papel tutelar do profissional de saúde mental é construir ativamente condições para que o louco estabeleça trocas sociais de valor.

Já Tenório (apud Silva) aponta que atenção integral, cidadania, território, responsabilidade são conceitos norteadores da atividade clínica dos profissionais, cujo trabalho oscila entre tutela e cuidado, autonomia e escuta.

Tykanori (1996) descreve esta função específica da equipe de saúde mental como a tarefa de aumentar o poder contratual do louco. Segundo este autor, o estatuto de doente

mental anula este poder contratual (o valor atribuído a cada indivíduo dentro do campo social, e que media as trocas no interior do universo social). Como consequência, os bens dos loucos tornam-se suspeitos, suas mensagens são percebidas como incompreensíveis, e seus afetos são desnaturalizados (1996:58).

O papel da equipe é, sob tal perspectiva, construir e mediar a efetivação de projetos práticos, através de sua delegação social, “emprestando-lhes” seu poder contratual.

O que se coloca em jogo são as relações de poder que se estabelecem e a posição que o profissional de saúde mental ocupa na relação com o louco e a sociedade. Ora, a relação profissional-usuário não raro se caracteriza pela dependência, que está presente em qualquer relação pedagógica, ou de cuidado. Não é, assim, em muitos momentos, horizontalizada. Pensamos que a diferença está na atenção aos princípios éticos que norteiam o trabalho, mas interessa-nos observar, no cotidiano das práticas, como os valores são negociados, quando tomamos o bordão “por uma sociedade sem manicômios” como referido não apenas à existência de estabelecimentos, mas como efeito de atitudes socialmente dimensionadas com relação à diferença.

Esta mesma atitude ética que na atividade o profissional deve ter em relação ao morador, de negociações construídas através de atenta escuta à singularidade e respeito ao tempo do outro, e de um objetivo emancipador, reproduz-se na relação com a sociedade, pois a atividade política é a única capaz de produzir o consenso e a mudança nas mentalidades. Vejamos um exemplo desta práxis na experiência de Gina Ferreira, no resgate dos laços familiares de pacientes institucionalizados:

“Achar os familiares já era problemático, porque às vezes moravam dentro do sertão de Angra. Tínhamos que subir 3-4 km a pé sob sol escaldante, alcançar lugares onde o jipe Toyota não entrava. Só quando a encontrávamos é que íamos conhecer a miséria em que essa família vivia. Informávamos o que elas tinham o direito a reivindicar junto à prefeitura e ajudávamos a organizar a vida desses familiares, fazendo a aproximação entre eles e os pacientes internados para que pudessem voltar um dia. (...) Era necessário que entendêssemos que também essas famílias eram excluídas, na medida em que não tinham noção de seus direitos nem, principalmente, de exigir do poder público melhor qualidade de vida” (Ferreira, 2000: 21).

Ferreira fala ainda da importância, durante o processo, do investimento na construção de um “capital social”, onde a proposta é amplamente discutida nos fóruns sociais e públicos, para que a moradia possa surgir como demanda social.

A residência terapêutica, portanto, deve adquirir visibilidade para a comunidade, e de algum modo colocar-se como um recurso comunitário, pautado por relações de solidariedade. Em sua experiência em uma residência terapêutica em um bairro da zona sul do Rio de Janeiro, houve troca de serviços com membros da comunidade, e a promoção de jantares e outros eventos em que os convidados “*passaram a divulgar uma outra forma de ideologia; passaram a divulgar a possibilidade da pessoa com transtorno psíquico viver fora do hospital, em ambiente comum. Isto é produzir ideologia externa*” (2000:45).

Eis aí um exemplo do cotidiano do trabalho técnico-político do profissional de saúde mental; voltado à sociedade civil, como intelectual portador de um princípio educativo e, pode-se dizer, envolvido em uma “guerra de posição” para a conquista de uma nova hegemonia. Como a autora entende o seu trabalho:

“Estou falando de direitos sociais. Você não deve oferecer o Lar Abrigado e só com isso achar que resgatou a cidadania da pessoa. Não pode oferecer o Lar e negar o poder de decisão, negar o direito ao voto, o direito ao trabalho. Tudo isso tem que estar conjugado; caso contrário, você estará dando um prêmio de consolação e isto é incoerente. Substitui-se o hospital e não se oferece uma passagem para a pessoa resgatar seus direitos. Esse Lar não vai apenas abrigar, ele vai estimular essas pessoas a ter curiosidade pela vida. Para entender isso é necessário que se tenha compromisso cívico, compromisso maior com a humanidade” (Ferreira, 2000: 55).

Assim, o trabalho político do profissional de saúde mental, particularmente, em nosso caso, as atividades desenvolvidas em um processo de desinstitucionalização, devem ter como consequência um impacto triplo: sobre o morador, sobre a sociedade civil, e sobre o próprio profissional de saúde mental, que em sua práxis constitui a si como participante ativo na construção de uma nova realidade, eticamente interessada.

Conforme declara Araújo (2006, op.cit.), percebendo na atividade de acompanhamento terapêutico sua face política, inseparável do trabalho clínico.

Vemos, com bastante clareza, efeitos clínicos que a cidade em sua forma de se organizar produz nas pessoas que acompanhamos, assim como efeitos políticos que a presença e o contato com pessoas antes impedidas de circular pela cidade produz nessa própria cidade. Efeitos de acolhimento e tolerância implicada com as diferenças (Araújo, 2006: 179).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA.

A pesquisa pretende aliar-se à corrente das ciências sociais onde a realidade é entendida como construção social³⁶, e a cultura, como define Geertz, “é a teia de significados que o homem teceu, a partir da qual ele olha o mundo e onde se encontra preso” (*apud* Victora *et al*, 2000:14). Neste sentido, todo fato, todo objeto científico é construído, e a ciência, um dos modos possíveis de relação com a realidade, que é entendida como processual e multifacetada – mas não menos impositiva.

No que tange à produção de conhecimento acerca da realidade, Minayo (1992) adverte que na pesquisa qualitativa em saúde, apesar da compreensão do sentido ser orientada pelo consenso entre o pesquisador e seu objeto, só é possível compreender se houver um distanciamento e um estranhamento do objeto. A pesquisa científica deve pautar-se na reflexão e na crítica. Se sujeito e objeto são sócio-historicamente construídos, a ética em pesquisa requer a transparência nos procedimentos de coleta e de análise dos dados.

A produção de conhecimento é historicamente determinada, e o pesquisador/analizador está também inserido em um mesmo contexto que produz o objeto de conhecimento. O trabalho intelectual é sempre um ponto de vista – interessado, parcial – sobre um certo objeto, mas nunca uma leitura definitiva, final.

O objeto de pesquisa não é representação da realidade, mas, sendo construído, constrói uma realidade contextualizada. O observador está imerso neste processo.

Em nosso caso, já havia uma relação de longa data com o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), e uma participação ativa no processo de desinstitucionalização do asilo, devido à inserção na assessoria estadual de saúde mental. Isto forçou-nos a cuidar que nossa visão não fosse parcial a ponto de calar contradições que forçosamente se encontram presentes em processos assim.

Em sua dissertação de mestrado, Silva (2004) também fala do incômodo de ser “pesquisador de si mesmo”, ao tomar como objeto de análise os profissionais de um CAPS e a dimensão tutelar de sua prática.

³⁶ Para uma discussão acerca de uma análise crítica desta corrente, especialmente no que se refere às “necessidades de saúde”, ver Camargo Jr (2005).

O conceito de *implicação* é proposto por René Loureau como procedimento privilegiado na análise institucional³⁷. Transportado ao plano do coletivo, um plano ampliado de campos de subjetivação, onde as linhas são múltiplas e irredutíveis ao imaginário edípico, o conceito psicanalítico de *transferência* dá origem, em Guattari, ao conceito de *transversalidade* (dada essa multivetorialidade do campo). Já a *contra-transferência*, para Loureau vai designar o conceito de *implicação*. Apesar de terem depois enveredado por campos diversos – Guattari fundando, em parceria com Deleuze, a esquizo-análise, e permanecendo no terreno da clínica, e Loureau seguindo com a sócio-análise no espaço institucional, ambos postulam a inseparabilidade entre política e clínica, e rompem, um com a pretensão de objetividade da sociologia organizacional, o outro com a separação entre analista/sujeito e analisando/objeto, propondo uma clínica de *analísadores*³⁸ que afete a ambos.

Como em Marx, para o *institucionalismo* conhecer não é apenas observar o fenômeno, pois no ato do conhecimento, a natureza se transforma. O texto final só surge pelo investimento do indivíduo, e esta implicação deve ser colocada em análise, de modo a fazer surgirem os processos de produção (inconscientes), as forças instituintes.

Em 1977, Loureau afirma:

A implicação deseja por fim às ilusões e imposturas da “neutralidade” analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o “novo espírito científico”, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo (Loureau, 2004:92-93).

Em 1990, contudo, Loureau empreenderá uma análise crítica dos sentidos que o termo *implicação* tomou ao longo dos anos. Denuncia um uso pronominal e reflexivo (“eu me implico”, “ele não se implica”) que denota um juízo de valor ligado ao grau de envolvimento e identificação com a tarefa. Atribui tal uso ao mecanismo de exploração da subjetividade do homem no trabalho alienado produzido no Capitalismo moderno, o

³⁷ O Movimento Institucional surge no pós-guerra francês, em uma instituição psiquiátrica (Saint Aubin) com a introdução, por Tosquelles, de práticas grupais horizontalizadas que evoluíram no sentido da articulação entre a clínica e a política. Nos anos 60, a associação com a psicanálise, através de Lacan, trouxe a noção de um inconsciente institucional, nunca aparente, ao qual a *intervenção* deve aceder, no processo analítico.

³⁸ Em um processo terapêutico, um analisador é um dispositivo que, produzindo um desvio ou uma interferência, atua como um catalisador ou revelador de sentido, realizando, por si mesmo, a análise.

“sobretrabalho exigido pela produção de uma mais-valia, de uma rentabilidade suplementar” (2004:189). A esta “ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do ‘implicar-se’” (2004:190), Loureau chamará *sobreimplicação*.

Ressaltando que o essencial para a ética da pesquisa é a análise da implicação, e não a implicação, Loureau observa que a sobreimplicação pode camuflar a implicação, e adverte:

Quando a relação com o objeto ocupa todo o espaço e esvazia os outros campos de implicação existentes (...) psicologiza-se e se sobreimplica um campo. A autonomização de outro campo – o da análise da encomenda social, por exemplo – leva-nos a subestimar os demais, desta vez por um efeito de sociologização. Desse modo, pode-se chegar a negar a existência de um ou outro campo; por exemplo, o libidinal, o da relação com o objeto, ou mesmo aquele, igualmente obscuro e determinante, da relação com a escritura (Loureau, 2004:191).

Analisando os diários de Malinowski postumamente publicados (com censuras), Loureau os toma como um “extra-texto” em relação à obra oficial, o recalcado que lhe dará sentido. O conceito de *fora-texto* (*hors texte*) remete aos sentimentos vivenciados no decorrer da pesquisa, as surpresas, os impasses, que geralmente ficam de fora dos resultados das pesquisas tradicionais, mas assumem importância nas análises institucionais. A implicação é, assim, sempre um “*fora-texto*”³⁹. Pensando em termos da ergonomia e da ergologia, trata-se das motivações subjetivas que, muitas vezes, determinam as escolhas. Neste sentido, a escrita do diário de campo serviu como estratégia de triangulação para a própria atividade da pesquisa, possibilitando, em uma auto-confrontação, a visibilidade de nossa implicação, necessária para a elaboração dos momentos de desconforto e a organização e reorganização de um saber-fazer, nas diversas etapas do desenvolvimento da pesquisa. Nesta dissertação, mantivemos a narrativa na primeira pessoa do singular em algumas observações mais relativas a um “fora-texto”, ou seja, à implicação pessoal.

A “disciplina ergológica”, como aponta Muniz (2000), opera com os resíduos, em contraste com a “disciplina epistêmica” que normaliza as ciências da natureza. À normalização ergológica importa a historicidade, o resíduo e o singular. Esta característica

³⁹O que, no caso do pai da etnografia, se torna parte do processo da pesquisa, com as invenções da observação participante (um caminho inverso ao do distanciamento da ciência oficial) e do diário de campo, no qual Loureau distingue o narrador (o etnógrafo que escreve um diário de campo), o autor implicado (que expõe, em seu diário de pesquisa, preocupações de etnólogo, de filósofo, de escritor), e o autor “real” (de um diário íntimo). A análise destas três instâncias, que nunca podem ser bem delimitadas, ilumina, ainda que fragmentariamente, o contexto da descoberta malinowskiana.

mutável do objeto não invalida a produção de conhecimento, pois como lembra Muniz (op.cit.), mesmo as ciências exatas estão imersas na historicidade, e utilizam ferramentas e uma determinada tecnologia que está disponível naquele momento histórico. E a ergologia também propõe conceitos (trabalho prescrito, trabalho real, variabilidade) que possam constituir uma linguagem comum. Desta forma, a construção de conhecimento no campo da atividade é necessariamente uma produção transdisciplinar e transitória.

Concordamos com Wisner (apud Muniz, 2000), em que a especificidade de cada situação é que determinará a metodologia da pesquisa.

Entendemos que o campo de pesquisa seria o território do município de Carmo, onde estão implantadas as residências terapêuticas. Ali, o propósito era observar o trabalho cotidiano que a equipe responsável pela assistência às moradias executava.

Tomando as idéias de Deleuze e Guattari como inspiração, Merhy et al (1997) propõem analisar o cotidiano como um processo, pois o cotidiano se revela como uma dobra, em que um lado é o das significações, e o outro lado é o dos atravessamentos, das falhas na boa funcionalidade do sistema, ruídos e linhas de fuga que provocam processos instituintes e a emergência de novas intencionalidades.

Estas dobras, das significações e dos sentidos e sem sentidos, são expressões dos homens enquanto operadores do (e sobre o) mundo na sua busca desejante e criadora, que dá sentidos para si e para o mundo com suas ações, operando como uma máquina viva, não definida em todos os seus contornos, como um devir (poder acontecer), como homens em ação enquanto máquinas desejantes e políticas, criadoras de coisas substanciais a partir da virtualidade do mundo das coisas, do nada, e sendo, portanto, em potencial, uma incerteza em ação (Merhy et al, 1997:117).

A equipe que assiste diretamente as residências terapêuticas de Carmo é uma parte da equipe de saúde mental em ação no município. A organização do trabalho se dá em estreita relação com os demais dispositivos de saúde mental do município. Os espaços de discussão e supervisão técnica são comuns aos profissionais dos diversos dispositivos municipais, e é comum também que profissionais tenham mais de uma inserção na rede de dispositivos.

Entendemos que este cenário apresentava uma riqueza clínica cuja observação revelaria os modos de fazer empregados neste momento do processo de desinstitucionalização, um momento ainda inicial da interação com a sociedade civil, um momento de forças instituintes e de formação de atores. Mantivemos portanto a observação

direta dos espaços de reunião dos técnicos, que, por si, são concebidos como espaços de análise. Nestes espaços, assim como nas abordagens individuais, interessava-nos tudo o que emergia como prioridade para a discussão pelos técnicos, entendendo que constituíssem naquele momento seus pontos de atravessamento e impasses, mas também o que surgia como avaliação e pudesse mostrar valores concernentes à tarefa e à sua realização.

As situações de trabalho, sempre singulares, comportam um sentido para cada trabalhador, que procuramos também apreender, pois este sentido relaciona-se com a implicação e muitas vezes condiciona as escolhas que ele realiza no dia-a-dia.

Em sua tese de doutorado, sobre uma pesquisa-intervenção na área de saúde do trabalhador, na qual utilizou o referencial teórico-metodológico da ergonomia e da clínica da atividade, Osório (2002) pontua: *“deve ser analisado o que se faz, o que não se faz, o que se faz para evitar fazer alguma coisa, o que não se pode fazer e o que se gostaria de fazer”* (2002:59).

Operamos a partir dos conceitos da ergonomia, de trabalho prescrito, trabalho real, e renormalização. Mas a ergologia nos mostra que a enunciação que a atividade comporta em parte é verbalizada, mas em parte ela é sub-entendida. Portanto, ela não pode ser mera descrição da ação, e tampouco a explicação verbal dos protagonistas expressa totalmente a “verdade” da atividade.

No processo de análise de uma situação de trabalho, é preciso desencadear um “dispositivo de contradição” para que a atividade, e não apenas a ação, possa aparecer. Na “instrução ao sócia” este dispositivo está no jogo dramático da proposta (“me ensine, como se eu fosse você”) que pretende revelar a subjetividade no planejamento e no desenvolvimento das escolhas e das ações. Na “autoconfrontação cruzada”⁴⁰ é a visualização que sustenta a reflexão do operador acerca de sua gestão da atividade.

Como a pesquisa baseava-se na observação do cotidiano, esperávamos que os espaços instituídos para supervisão e acompanhamento do trabalho pudessem “colocar em análise” estes profissionais e sua atividade, revelando assim os elementos que pretendíamos.

⁴⁰“Instrução ao sócia” e “autoconfrontação cruzada” são métodos de análise do trabalho (o primeiro, como vimos, criado por Oddone no MOI, e o segundo criado por Clot na clínica da atividade).

Interessava, portanto, a forma como a atividade se desenvolvia, as negociações que eram realizadas e os recursos mobilizados. Assim foi que o trabalho de campo foi conduzindo à clínica que era ali realizada.

Nossas intervenções nestes espaços visavam uma maior explicitação, pelos atores, da gestão de sua atividade. Isto, é claro, era possível em maior ou menor grau, dependendo do tipo de atividade observada. Em atividades grupais da equipe, como as reuniões de trabalho, ou durante a atividade direta profissional-usuário, nos diversos dispositivos assistenciais aos quais tivemos acesso, a posição de observador não permitia um aprofundamento, exceto quando considerávamos pertinente uma intervenção nossa em determinado sentido. Nos contatos individuais, ao contrário, era possível abordar questões que nos interessaram em momentos anteriores. Para tanto, o diário de campo servia como guia principal, para, durante o desenvolvimento da pesquisa, indicar pontos a serem esclarecidos ou mesmo o planejamento de etapas subseqüentes.

Estes dispositivos do trabalho em Carmo, as reuniões e supervisões, são locais em que o trabalho é colocado em análise, um espaço de auto e heteroconfrontação servindo como fonte para a observação das *contraintes*⁴¹ e renormalizações da atividade.

Somente em duas ocasiões mobilizamos a equipe para uma discussão específica acerca de nosso tema, pretendendo aprofundar mais especificamente uma abordagem ergológica, buscando revelar o processo de renormalização. Uma foi uma oficina com um grupo de cuidadores (dezesseis ao todo, mais uma técnica de referência) que coordenamos, que por coincidência acabou fazendo parte de uma tarefa proposta pela supervisora da SES ao programa municipal de saúde mental, que visava discutir o que estes profissionais identificavam como impasses, em seu trabalho, a uma assistência ética e responsável.

A segunda foi uma oficina específica com um cuidador, onde procuramos abordar mais especificamente a gestão de seu processo de trabalho. Sua escolha deveu-se a indicações de coordenadores e supervisores e através da nossa própria observação de seu trabalho, que revelava uma direção de atividade política da forma como a entendíamos.

Houve uma terceira tentativa, de uma oficina somente com um grupo de técnicas de referência, que tinha também como objetivo uma reflexão sobre o trabalho que realizavam,

⁴¹ Vide N.R. n° 10, na Introdução.

porém devido à mobilização que uma determinada intervenção de gestores estaduais e municipais vinha causando na equipe, esta discussão dominou a oficina.

Em termos de uma análise ergonômica do trabalho, então, poderíamos dizer que a atividade de referência que nos permitiu uma modelagem mais aprofundada do processo de trabalho coletivo nas residências terapêuticas de Carmo foi a atividade da “Casa Vermelha”, e, mais especificamente, as atividades de um determinado cuidador. Consideramos que as observações das atividades dos demais profissionais desta residência (cuidadores e técnica de referência) e as atividades dos demais técnicos de referência e das coordenadoras do programa de residências terapêuticas de Carmo igualmente importantes, no sentido em que permitem incluir e considerar a atividade deste cuidador como parte de uma atividade coletiva. Outro espaço importante foram os ambientes sociais onde pudemos observar também a inter-relação entre os usuários, profissionais e membros da sociedade civil.

Durante três meses freqüentamos, por dois dias consecutivos na semana, o município de Carmo e seu programa de residências terapêuticas. As ações foram planejadas da seguinte forma: durante o primeiro mês acompanharíamos as coordenadoras do programa; no segundo mês, uma técnica da referência, e no terceiro, uma residência específica. Isto nos possibilitaria uma aproximação gradativa a um espaço mais íntimo, mais privado do cuidado, no qual interessava observar a dinâmica dos agentes entre si, com a rede e com o objeto de cuidado, os moradores.

Sentia isto como uma necessidade, de um tempo para que fosse aceito pelos moradores e cuidadores. Por outro, também para mim era necessário um tempo de adaptação. Por aspectos pessoais, desde o início temia esta entrada e permanência nas casas, onde estaria em outro lugar, lugar de pesquisador, visita: em minha cabeça não mais o médico que entrava nas enfermarias para avaliar e intervir; certamente com mais direitos, aqueles que o mandato terapêutico nos autoriza. Acostumado a uma posição diferenciada na hierarquia do sistema de saúde, sentia esta intromissão nas casas como uma invasão, altamente dependente de uma autorização do outro (Diário de Campo, 28/09/06).

Muitos pacientes eram conhecidos, a maioria de forma superficial, e elegemos a residência que pareceu mais interessante, uma onde moravam pacientes complicados, alguns com os quais tivemos dificuldades em lidar, anteriormente. O “desafio maior”,

disseram as coordenadoras, em nosso primeiro encontro. Com efeito, ali a técnica de referência e os cuidadores imprimiam ao trabalho as características que nos interessava observar. Houve, então, uma avaliação positiva por parte nossa e da coordenação sobre o trabalho que era desenvolvido lá, isto é, sobre a práxis, embora a atividade resultasse de inúmeras *contraintes*, de grandes obstáculos. Nossa inserção, ali, naquele cenário, também não seria uma tarefa simples.

Houve momentos difíceis, e no fim, analisando, percebemos que o movimento não se deu em um mesmo sentido, da superfície para o interior. O percurso foi feito de avanços e recuos, como se estivéssemos fazendo *snorkelling* em uma enseada de corais, mergulhando em apnéia a partir de determinados pontos que nos atraíram e nas profundidades que nosso fôlego possibilitava visualizar, a uma distância variável, com maior ou menor acuidade. Mas certamente a “casa vermelha” foi o sítio onde nosso olhar mais se concentrou.

A partir dos mergulhos, podíamos voltar ao mesmo ponto, porém enriquecidos por uma outra perspectiva. Participar da reunião das coordenadoras com as técnicas de referência ou com a equipe de determinada residência em diferentes momentos do processo nos possibilitava a ressignificação ou a colocação de outras questões.

Muitas vezes me senti outsider, incomodado em estar ali meio desterritorializado. Temia o peso de minha posição como membro da equipe do gestor estadual [a Assessoria de Saúde Mental da SES-R], tentando evitar intervir a partir daquele papel, chegando a sentir-me culpado diante das dificuldades dos técnicos com os gestores. Percebi em momentos a tensão entre os níveis estadual e municipal e preocupei-me em evitar que fosse visto como “espião” (Diário de Campo, 28/09/06).

Como observamos, havia uma preocupação com a “implicação do pesquisador” na ação de desinstitucionalização, para que nosso olhar pudesse apreender os diversos vetores que se materializassem. Para impor uma maior disciplina, hospedamo-nos na pousada local, recusando o convite de permanecer na casa alugada pelos técnicos de nível superior que não moram em Carmo.

Impossível fugir entretanto ao convívio social. Retornaremos a este ponto, profícuo, a nosso ver, para a análise micropolítica.

Quanto à nossa intervenção no campo, fomos solicitados algumas vezes para intervenção técnica. Tivemos que sair de uma sessão clínica onde acontecia uma discussão

interessante para atender junto com a equipe de uma residência, a um morador surtado no meio da rua. Não havia outro psiquiatra mais próximo, naquele momento. Expusemos, junto com os cuidadores, o caso ao médico de plantão do hospital geral para onde o levamos. Enquanto estávamos em pesquisa, respondemos a técnicos de referência e a cuidadores sobre indicações e uso de alguns psicofármacos usados. Coordenamos uma oficina com cuidadores, conforme uma indicação da supervisora clínico-institucional.

Pudemos estar mais confortáveis, à medida em que isto acontecia. Fomos percebendo – agora nos damos conta – que a forma como pudemos inserir-nos nele não implicou em que nos despíssemos de nosso papel de profissionais engajados de saúde mental, com nossa história específica. Não pudemos largar de mão as nossas “valises”, como diria Merhy (2002).

Mas tínhamos que dedicar-nos a focalizar os outros papéis, perceber a atuação destes outros personagens e da clínica que eles realizam. Do desenho que eles formam. “Formou!”, concluiria aqui um destes técnicos, de especial liderança. “Formou!”, repetiriam todos, cúmplices. Mas, para isto, foi preciso que nos mantivéssemos *outsiders*, em alguma dimensão.

Entendemos ainda que as residências terapêuticas constituem muito mais um dispositivo de passagem, entre o manicômio e a vida comunitária. Estes dispositivos são casas comuns, espalhadas pela cidade. Mas elas não são casas próprias, não pertencem aos moradores. São ambientes onde eles podem apropriar-se de um lugar social. Neste sentido elas são dispositivos da Saúde, e os profissionais que ali atuam são profissionais de saúde.

Voltamos à imagem do mergulho na enseada para caracterizar este trabalho. O que pretendemos produzir é então um mapeamento, uma *cartografia* do atual estado da arte do trabalho da equipe responsável pelo cuidado aos moradores dos serviços residenciais terapêuticos de Carmo.

Fazer uma cartografia, [...] seria traçar as linhas que estão compondo um determinado território, as que estão dele escapando produzindo desterritorializações, as que estão se recompondo produzindo reterritorializações (Benevides de Barros, op.cit.,1994:179).

Não pretendemos revelar a realidade, mas constituir o produto de um movimento interessado, exibindo um recorte do real, e designar uma certa pluralidade, uma certa polifonia.

Abdicamos da noção de verdade, partindo do entendimento que a realidade é processual, permeada por contradições que a impulsionam e modificam.

Ressaltamos que esta não se pretende uma pesquisa avaliativa, mas de caráter exploratório, investigativo, pretendendo identificar formas como se dá aquilo que chamamos o trabalho político em saúde mental, e entendendo o campo social como cenário privilegiado para esta intervenção⁴².

Gestão da atividade, trabalho político e as formas de interação entre os profissionais da rede serão nossas principais categorias de análise, em um plano molecular.

Nosso objeto de pesquisa não é o morador, mas a equipe de profissionais e a gestão de uma atividade que julgamos política.

Tanto o morador como a sociedade civil, entretanto, são objetos de trabalho para o profissional de saúde mental. E é neste espaço inter-relacional que situamos o ponto de observação.

Optamos por apresentar os exemplos clínicos, retirados de nosso diário de campo, identificando por letras os diferentes atores de cada vinheta. Para além do sigilo necessário à ética em pesquisa, a escolha de letras – e não de nomes fictícios, outra alternativa – refere-se ao nosso objetivo com o uso dos exemplos, o de ressaltar relações, modos de relação e de subjetivação, e não identidades. Desta forma, a atribuição das letras é aleatória e só demarca cada pessoa em cada vinheta clínica. A, ou B, ou Y, em um exemplo clínico, não correspondem às pessoas identificadas com as mesmas letras, em outro exemplo.

Passaremos agora à descrição de nosso cenário de pesquisa, contextualizando o processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) e a atual organização dos dispositivos municipais de saúde mental.

III.1 – Sobre o Processo de Desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB):

O município de Carmo está localizado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, a cerca de 200 km da capital, e quase na divisa com Minas Gerais, pelo lado de Além

⁴² Não se trata de negar a importância dos estudos quantitativos em saúde, uma avaliação que outros estudos devam realizar, inclusive com a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas, acompanhando no tempo o processo de desinstitucionalização que ali se dá.

Paraíba⁴³. Sua população é de aproximadamente 15.000 habitantes. A cidade de Carmo, fundada no século XIX, preserva um ar bucólico de interior. A praça principal, no alto do vale, é um retângulo cercado por árvores sempre geometricamente bem podadas. Em sua cabeceira, destaca-se, em plano mais elevado, do alto dos degraus cinzentos de pedra, a fachada simétrica e tripartida da matriz de Nossa Senhora do Carmo, onde o granito emoldura as paredes brancas, conferindo a simplicidade austera do estilo colonial tardio.

O Hospital Estadual Teixeira Brandão fica a oito quilômetros do centro da cidade, na estrada que segue até Nova Friburgo, na zona rural. A “Colônia”, como é chamado, ocupa uma área de 449 hectares, substituindo um antigo quartel de montaria do exército. Foi fundada em 16 de novembro de 1947, para ser um asilo psiquiátrico do tipo colônia agrícola, como o Hospital Colônia de Carmo, e em 1948 recebeu o nome do famoso psiquiatra que manteve até a extinção. Sua clientela, do sexo masculino, foi agregando cronicamente pacientes com problemas psiquiátricos das cidades do entorno, que acabavam ficando para sempre, em sua grande maioria não por causa do descontrole dos quadros, mas por abandono familiar, muitas vezes fruto de estigma e de problemas socioeconômicos, que a distância de suas casas e a ausência de uma rede de cuidados extra-hospitalar só fazia corroborar. Muitos vinham transferidos de outras instituições psiquiátricas que eram extintas, ou municipalizadas.

Há 30 anos o HETB era dirigido por um mesmo diretor. Em 2001, por ocasião da visita técnica da Secretaria do Estado de Saúde (SES-RJ) que inicia as ações de reorientação da assistência, possuía 400 leitos cadastrados pelo SUS.

Esta visita técnica incluiu membros da Assessoria de Saúde Mental (ASM), os Superintendentes de Saúde e de Saúde Coletiva e da Vigilância Sanitária da SES-RJ, além do Secretário Municipal de Saúde do Carmo e sua equipe. Como conta Fonseca (2005), em seu artigo sobre a ação da ASM:

“Durante dois dias foi possível estabelecer um perfil preliminar das ações assistenciais prestadas por este estabelecimento. Em linhas gerais, pode-se afirmar que tratava-se de uma instituição asilar típica, com graves distorções assistenciais, próprias deste tipo de modelo. Aliado a este perfil soma-se também uma intensa deterioração de sua capacidade física instalada. A Unidade não atendia aos critérios técnicos contidos nas portarias ministeriais vigentes” (Fonseca, 2004).

⁴³ Vide, em anexo, a localização de Carmo no mapa do Estado do Rio de Janeiro.

A partir desta visita, foi elaborado, sob a coordenação da ASM, o PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO HETB, que suspendeu as internações (em princípio temporariamente), implantou um serviço de porta de entrada para as emergências psiquiátricas no hospital geral da cidade (filantrópico), extinguiu os espaços de isolamento de pacientes, e estabeleceu um cronograma de obras emergenciais e da realização de um mapeamento das áreas construídas (que revelou o perfil de funcionários e não funcionários que viviam na área hospitalar, com interferência – de forma geral perniciososa - na dinâmica assistencial) e uma agenda de discussão com a equipe do hospital para discussão coletiva dos novos projetos terapêuticos.

Em abril de 2001, a ASM realizou um censo entre os pacientes do HETB, visando conhecer o perfil da clientela. Foram examinados 220 internos e seus prontuários. Eis, em linhas gerais, as características reveladas⁴⁴:

- A faixa etária de maior frequência (30,8%) ficava entre 40 e 49 anos.
- 64,3% estavam internados há mais de 10 anos.
- 62,7% não possuía qualquer tipo de renda.
- Quanto à escolaridade, 52,1% eram analfabetos; 29,8% tinham o primeiro grau incompleto.
- Entre os municípios de origem, apenas 12,9% eram de Carmo. 13,4% vieram do Rio de Janeiro.
- 49,8% não tinham vínculo familiar. Apenas 19,9% possuíam um vínculo estável.
- Quanto ao diagnóstico psiquiátrico (CID-X), 45,4% estavam no grupo dos transtornos esquizofrênicos ou esquizofreniformes (F20-F29); seguiam os portadores de retardo mental (F70-F79), com 24,6%; os transtornos ligados ao uso de álcool (16,4%); e os transtornos mentais orgânicos (F00-F09), com 10%.
- Menos da metade (48,9%) permaneciam internados devido ao transtorno mental; 31,2% por situação de precariedade social.
- 47,9% realizavam atividades sistemáticas no dia-a-dia; 35,4% perambulavam a esmo pelo hospital; 8,2% passavam os dias na cama, e 2,9% permaneciam deitados no chão.

⁴⁴ Fonte: Assessoria de Saúde Mental da SES-RJ.

O censo avaliava ainda parâmetros como a fala (61,8% comunicava-se verbalmente de forma clara e inteligível), locomoção (93,6% andava sem dificuldades).

Nos vários itens referentes à autonomia nas atividades da vida diária, verificou-se que a média possuía autonomia, mas necessitava de supervisão. 65% reconheciam o valor do dinheiro sem precisar de orientação. Quanto à socialização, uma média em torno de 60% estabeleciam boa interação interpessoal e vínculos afetivos (por exemplo, apenas 24,3% demonstravam indiferença à presença do outro).

Considerando a adesão às atividades oferecidas no hospital (oficinas, videoteca, atividades esportivas, etc) a média dos não participantes ficava acima dos 50%. Para as atividades externas, a adesão era ainda menor (apenas 18,1% faziam compras sozinhos).

A partir do censo a ASM colocou quatro de seus membros nas supervisões às equipes diárias que foram formadas, iniciando o trabalho de reorientação da assistência. Aquelas foram redivididas em mini-equipes multiprofissionais (nível superior e nível médio), cada uma das quais responsável (referência) para um determinado grupo de pacientes.

Não pretendemos nesta dissertação analisar a intervenção da ASM em sua vertente política ou técnica. Basta registrar que foi um processo tão rico quanto difícil. De muitos embates e encontros. Assinalamos aqui os marcos principais da trajetória política:

Em abril de 2002 é assinado um Termo de Co-gestão entre o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Carmo, para viabilizar a proposta de reorientação. A SES criou o Conselho Técnico-Administrativo (CTA), composto de membros das duas instâncias para acompanhar e coordenar a ação. A antiga direção da unidade foi exonerada e substituída por alguns membros do CTA.

Este período durou apenas oito meses. Devido a divergências políticas internas, o município solicita ao Estado o rompimento do convênio. A SES então implanta o Colegiado de Gestão, composto por 10 membros, entre funcionários do HETB (inclusive a nova direção) e membros do nível central da SES (ASM). Dias depois, em dezembro de 2002, o Ministério Público (MP) media a assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) pelo Estado e município, definindo ações e responsabilidades e estabelecendo prazos e penalidades. Entre as ações pactuadas, estava a construção de 20 residências terapêuticas, e a cessão, do Estado para o município, dos terrenos onde seriam construídas ou reformadas.

No primeiro semestre de 2003, o PNASH-Psiquiatria visita o HETB e a avaliação o coloca abaixo da pontuação mínima. Adequações imediatas são determinadas, mas a revistoria da comissão do PNASH realizada três meses depois não comprova mudanças. Em 18 de junho de 2003, a Portaria MS nº 150 divulga a desclassificação e determina que “se adotem as medidas necessárias para o descredenciamento da unidade junto ao SUS” (Brasil, 2004).

Frente a isto, o TAC sofre aditamento, estabelecendo novas metas, prazos e responsabilidades, com vistas à extinção da unidade.

A ação da ASM muda então sua direção. Já não se trata de reorientar a assistência e reabrir o HETB (embora com número limitado de leitos para internação), como era o projeto original. A tarefa passa a ser o planejamento do fim do hospital. Isto implica na potencialização das atividades técnicas voltadas para a ressocialização e desospitalização da clientela, com ênfase nos projetos das residências terapêuticas e na preparação da clientela.

Como dissemos, não é o objetivo desta dissertação relatar ou analisar o rico processo que foi a ação de desconstrução do HETB pela ASM. É necessário ressaltar, contudo, o que é, talvez, óbvio: que isto envolveu ao mesmo tempo a construção e estruturação da rede municipal de assistência em SM.

Em todo o processo, a vontade política e a intervenção mediadora do MP foram fundamentais. Mas o que, pensamos, garantiu a continuidade do processo foi a adesão de pessoas, nos vários níveis e instâncias, que acreditaram na proposta e responderam a ela fazendo cada qual a sua parte – e às vezes um pouco mais - para a sua realização. Acima de tudo, entretanto, em nossa avaliação, o que mais surpreendeu foi a resposta dos internos, em termos de crescimento e autonomia, na medida em que se instalavam nos novos dispositivos, suas casas.

Em março de 2005, foi inaugurado um Centro de Convivência (batizado com o nome de Paula Cerqueira, a Assessora de Saúde Mental da SES-RJ que deu início ao processo) em Barra de São Francisco, um distrito rural, próximo ao HETB, onde havia sido inaugurada uma residência terapêutica, sendo ambos os dispositivos posteriormente transferidos para a área urbana da cidade.

Em dezembro de 2005 ocorreu a cerimônia oficial de fechamento do HETB, um momento de celebração do qual participaram políticos, técnicos e ex-pacientes. Na verdade

o que a data marcou foi a saída de todos os pacientes do HETB das enfermarias e sua alocação nas residências terapêuticas, e não a extinção formal da unidade, que ainda hoje está cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

O processo de desinstitucionalização do HETB ainda não terminou. Ele caminha – como o foi sempre – com inúmeras dificuldades – no sentido da municipalização total, ao sabor das negociações políticas.

Cerca de 90 pacientes do HETB foram reintegrados às suas famílias, desde o início do processo. Cerca de 153 moram hoje nas residências.

III.2 – Organização dos Dispositivos:

Atualmente o número de serviços residenciais terapêuticos do município de Carmo soma 29 casas. Dezessete delas encontram-se na área urbana (o núcleo urbano), e doze na área do antigo HETB, o núcleo rural. Duas terapeutas ocupacionais dividem a coordenação do programa municipal de residências terapêuticas.

No urbano a equipe de cada moradia compreende quatro profissionais cuidadores que trabalham em regime de plantão diurno e noturno, 12x36 horas.

Em algumas residências há ainda um cuidador diarista, de segunda a sábado. Aos domingos o diarista é substituído por antigos funcionários do HETB que lidavam com os pacientes, embora não fossem especializados.

A coordenação da equipe das casas é feita pelos técnicos de referência, de nível superior. Cada técnico de referência é responsável por duas a quatro casas.

Na área urbana há uma residência de cuidados intensivos e uma de cuidados semi-intensivos (originalmente foi inaugurada apenas uma residência de cuidados intensivos, que posteriormente foi desdobrada, por exigência do Ministério Público). A de cuidados intensivos possui quatro cuidadores, mais um diarista e um auxiliar de enfermagem em plantão de 24 horas.

O núcleo rural compreende doze serviços residenciais terapêuticos.

A equipe rural é formada por dois cuidadores diurnos para cada casa e um cuidador diarista para um grupo de casas (o grupo da sede, o do Paquequer, etc).

As rurais também possuem os técnicos de referência.

As coordenadoras gerais dividem em regime de co-coordenação todas as residências terapêuticas, mas cada uma tem também suas referências individuais.

É recomendado que as técnicas de referência realizem reuniões semanais com as equipes de cuidadores de cada serviço residencial.

Cada coordenadora geral reúne-se semanalmente na sede do programa com suas técnicas de referência para informes e encaminhamentos. Mas realizam também reuniões com os cuidadores ou com equipes de determinada residência, quando é detectada alguma dificuldade.

O programa de saúde mental de Carmo possui atualmente um Caps II, um ambulatório de saúde mental e um centro de convivência, referências básicas para as residências terapêuticas. As emergências são atendidas no Hospital Nossa Senhora do Carmo (HNS Carmo), hospital geral filantrópico onde estão credenciados pelo SUS oito leitos para internações psiquiátricas de curta permanência. Os coordenadores de cada dispositivo reúnem-se semanalmente com o coordenador municipal de saúde mental.

Durante o período em que realizamos o trabalho de campo, o programa municipal de saúde mental vinha recebendo supervisão institucional, uma ação promovida pelo gestor estadual (a ASM/SES-RJ), planejada para um tempo limitado (cerca de oito encontros) com o objetivo de organização da rede. Quinzenalmente reuniam-se na sede do programa, durante todo o dia, os coordenadores do programa e dos diversos serviços, membros da ASM que têm a região serrana como referência, e a supervisora, que era a ex-coordenadora estadual de saúde mental, idealizadora e condutora do processo de desinstitucionalização do HETB. Estivemos presentes em poucos destes encontros, uma vez que deslocamos progressivamente nosso campo de observação, dos gestores para um nível mais molecular da equipe.

Foi possível, entretanto, identificar os efeitos da supervisão na ativação da interação entre os profissionais de rede de saúde. Isto se deu pela criação de um certo número de dispositivos e ações, como a sessão clínica (um potente espaço de discussão de casos aberto a toda a equipe) e oficinas com os cuidadores. Houve maior sistematização dos demais espaços de discussão, revisão do fluxo das ações, das funções e dos projetos terapêuticos, e reuniões de capacitação em saúde mental foram realizadas para os técnicos do hospital geral. Teve início um estágio com duração de um ano, para estudantes de medicina,

psicologia e enfermagem, que atuarão como agentes terapêuticos para casos individualizados, sob supervisão conveniada entre duas universidades (uma federal e outra regional), a ASM e o programa municipal de saúde mental.

A formação das equipes das residências rurais, por exemplo, sofreu modificações no período em que lá estivemos. Em determinados grupos de residências, os funcionários antigos do HETB que solicitavam transferência foram liberados e a equipe restante foi remanejada. Alguns fatos contribuíram para esta mudança: a percepção de que não se podia contar com aqueles funcionários insatisfeitos pesou, além da mobilização de entidades corporativas que, na SES, pressionaram diretamente os gestores para a transferência.

Os profissionais de saúde mental de nível médio (auxiliares de enfermagem) e superior não moram no município. Por isto, eles dividem sua carga horária de trabalho em dois dias da semana consecutivos, concentrando-se o nível superior principalmente no meio da semana. As coordenadoras possuem maior disponibilidade de tempo, permanecendo três e quatro dias.

Já os cuidadores e os antigos funcionários estaduais do HETB moram na cidade. Daí a percepção das coordenadoras e dos técnicos em geral que “conta-se mais com os cuidadores” no trabalho cotidiano.

CAPÍTULO IV: CARTOGRAFIA DO TRABALHO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE CARMO.

Continuemos nossa aproximação à equipe que assiste aos moradores dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) de Carmo. Apresentamos um perfil destes profissionais, segundo categorias molares, identificando alguns intercessores oriundos deste nível.

A heterogeneidade dos vínculos empregatícios caracteriza as formas de contrato de trabalho no município do Carmo.

Os profissionais de nível superior são, em sua maioria, estatutários quanto à vinculação. Foram admitidos via concurso público, para o HETB. Com a extinção do hospital e municipalização da ação, muitos pleiteiam a transferência para o Rio de Janeiro ou para municípios mais próximos de suas residências. Grande parte dos auxiliares de enfermagem se coloca na mesma situação. No caso do nível médio, os conflitos com o gestor estadual ou com os gestores municipais se intensificam. Como os recursos financeiros ainda não estão municipalizados, o município de Carmo não arca com a constituição da equipe, e o gestor estadual resiste à liberação dos estatutários, de modo a não descobrir a assistência. Tal estratégia gera insatisfação por parte dos técnicos, causando boicotes, abandonos, enxurradas de licenças médicas e várias formas de *actings*. Estes técnicos de nível médio organizaram-se corporativamente, escrevendo e encaminhando denúncias e manifestos aos diversos setores da SES e a suas entidades representativas, no sentido da realização de seus interesses. No núcleo rural, espaço do antigo HETB, onde esta mão de obra está mais concentrada, o quadro se torna mais grave. Os auxiliares recusam-se a permanecer nos núcleos de residências, junto aos moradores, argumentando precariedade de condições de trabalho, como o isolamento e a falta de meios de comunicação entre os núcleos mais distantes e a sede ou a cidade, problemas crônicos do HETB. Crônico também é o desaparecimento de medicamentos e outros insumos dispensados, a dificuldade no controle e a pouca adesão à proposta técnica. Em um círculo vicioso, a insatisfação retro-alimenta os as distorções e os conflitos entre os funcionários e gestores.

Entre os profissionais de nível superior estatutários essa insatisfação pela não liberação é mais amena. Vários profissionais expressam o desejo de serem liberados, argumentando a distância de Carmo, o tempo e os gastos financeiros com a locomoção, ou

a ausência de gratificação financeira dos cargos ocupados. Todos, entretanto, expressaram a satisfação pelo trabalho de ressocialização realizado por eles, na assistência aos ex-moradores do HETB. Como indicadores, a melhora clínica e de autonomia dos ex-pacientes foi bastante valorizada.

A diferença do trabalho nos núcleos urbano e rural é de forma geral enfatizada e relacionada ao perfil funcional dos profissionais. O núcleo rural é identificado ainda como o espaço de maiores dificuldades de trabalho, com o antigo HETB, com suas distorções, boicotes e resistências à realização de um projeto de mudança, visível no abandono dos moradores à sua própria sorte. Existem, é claro, diversas exceções, funcionários antigos ou mais recentes, moradores de Carmo ou não, extremamente dedicados ao cuidado daqueles moradores mais comprometidos.

A maior parte dos funcionários estatutários foi admitida no HETB por ocasião do início da intervenção da Assessoria de Saúde Mental da SES-RJ (ASM), estando mais comprometidos com a proposta técnica. Mas, repetimos, isto não é a regra.

Entre os antigos funcionários do HETB, há um quantitativo de moradores de Carmo, que exerciam atividades de enfermagem, embora não tivessem formação para tal. Muitos fizeram posteriormente cursos técnicos, incentivados pelo antigo diretor do hospital. Entre estes, há os mais disponíveis e comprometidos com a assistência, e aqueles mais resistentes à desconstrução do hospital psiquiátrico. Tal diversidade também é encontrada entre os profissionais antigos de nível superior.

O programa de saúde mental próprio do sistema municipal é de constituição recente e possui profissionais de nível médio ou superior admitidos por concurso público, espalhados principalmente nos serviços municipais. Mas a maior parte da mão de obra, mesmo nestes dispositivos, é vinculada ao Estado, ou possui uma dupla vinculação, como alguns coordenadores.

A ASM mantém ainda alguns profissionais de nível superior com bolsa de trabalho, em funções de referência. Os ex-diretores clínico e de enfermagem do HETB são os representantes mais diretos da ASM na ação de desinstitucionalização, atuando como supervisores e organizadores do trabalho técnico. Mas a ASM ainda monitora a ação através dos membros de sua equipe responsáveis pela região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

Como foi dito, o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é o documento formal de pactuação das ações e definição das responsabilidades, que implica o Estado, através da ASM, na condução técnica do processo de desinstitucionalização do HETB.

Quanto aos cuidadores, são profissionais não especializados, contratados pelo Estado através de uma firma terceirizada, para esta função. A primeira turma recebeu treinamento técnico em um curso de capacitação organizado e ministrado pela ASM e pelo programa municipal de saúde mental, mas os cuidadores que foram admitidos posteriormente não receberam o treinamento formal.

Ocorre que a firma contratante não é uma instituição de prestação de serviços de cuidados em saúde, mas de apoio hospitalar, e estes cuidadores são, em suas carteiras profissionais, auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD). Este fato vai gerar importantes distorções no entendimento e cobrança pelos diversos gestores, do trabalho desenvolvido.

Na oficina com os cuidadores dos serviços residenciais, surgiu ainda outro ponto de conflito: estes cuidadores, moradores do território, denunciaram uma “rixa” com alguns dos antigos funcionários do HETB, que sentem-se, segundo eles, preteridos pelos gestores em favor dos novos cuidadores, obstaculizando a integração da equipe e favorecendo a divisão em campos opostos.

IV.1 – Primeiras Implicações: Efeitos da Macropolítica.

Como Walt (1996, op.cit), pensamos que a definição de uma agenda política e sua implementação constitui um processo dinâmico, que depende de uma infinidade de fatores que pressionam nos diversos sentidos.

No caso da Reforma, podemos apontar neste momento inúmeros interesses que, parafraseando Arendt, se opõem à razão pública. Significativa no campo da política pública de saúde mental é a oposição à política oficial do MS que fazem os antigos proprietários dos hospitais psiquiátricos privados que se ressentem da diminuição de recursos financeiros do nível central para a remuneração de seus serviços.

Nos últimos tempos intensifica-se um ataque também por parte de entidades corporativas, as corporações médicas, movidas por interesses de classe ameaçados por

organizações de trabalho em saúde menos hierarquizadas (conflitos presentes na Saúde como um todo e não apenas da área de saúde mental).

Na ação de desinstitucionalização do município de Carmo, especialmente, as entidades da classe da enfermagem de nível médio têm pressionado bastante no questionamento às especificidades do trabalho desenvolvido pelos auxiliares de enfermagem, assim como ao papel do cuidador e sua intercessão com o trabalho específico da enfermagem no cotidiano das residências terapêuticas. É importante registrar o quanto estas reivindicações, vindas muitas vezes sob forma de denúncias, são reiteradamente geradas pelos auxiliares de enfermagem de vínculo estatutário, insatisfeitos e desejando a transferência da unidade.

Pensando os fatores que possibilitaram a ação de desinstitucionalização do HETB no estado do Rio de Janeiro, é preciso explicitar o papel do gestor estadual, um psiquiatra ligado desde os anos 70 ao movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta formação do gestor rendeu um cuidado diferenciado para a condução da política estadual de saúde mental. Basta citar o fato de que seu primeiro coordenador estadual de saúde mental nomeado é hoje o coordenador nacional da política. A ASM/SES-RJ é o dispositivo para a condução técnica desta política. Assim, a vontade política do Secretário Estadual de Saúde e uma assessoria técnica atuante e liderada por profissionais comprometidos com os valores da Reforma Psiquiátrica instituíram mudanças significativas no panorama da assistência psiquiátrica do Estado, a partir de 2000, implementando as normatizações do MS.

Emblemáticas desta política são as duas extensas ações de desinstitucionalização em desenvolvimento, a do HETB e da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi⁴⁵.

A efetivação da ação de Carmo, é claro, incluiu e inclui uma intensa negociação política local. À medida que o processo avança no sentido da municipalização dos recursos, caberá a esta instância assumir o protagonismo da condução, caminho garantido pelas diretrizes do SUS.

⁴⁵ Vide, por exemplo, Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental/SES-RJ: período 2004-2006, de dezembro de 2006.

Por enquanto, a ação de desinstitucionalização que acontece no município de Carmo é, ainda, majoritariamente uma ação do Estado. A maior parte dos profissionais em ação no programa municipal tem vínculo estatutário ou é contratada com recursos do Estado.

O Ministério Público Estadual acompanha o desenvolvimento do processo e o TAC periodicamente revisto é o instrumento que define seus passos e as responsabilidades das instâncias. Em nível municipal, a intersetorialidade na condução da ação ocorre através da participação freqüente da Promotora Pública da Comarca de Carmo, parceira na definição de estratégias e na solução de impasses.

Há, entretanto, uma característica do vínculo funcional dos cuidadores contratados pelo Estado, via firma terceirizada, de grande interferência na dinâmica da assistência prestada. Trata-se de uma firma prestadora de serviços de apoio hospitalar, e não de assistência em saúde. Os cuidadores são contratados como auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD), responsáveis, em unidades de saúde, por tarefas de limpeza ou administrativas. Este contrato produz contradições no entendimento da natureza da tarefa por parte dos supervisores da firma ou dos próprios cuidadores.

Estes verbalizaram em uma oficina a dificuldade de terem que lidar com vários chefes (“muitos caciques”), cada um com uma exigência diferente; alguns diziam-se “perdidos, sem saber a quem satisfazer”.

Durante o período em que acompanhamos as reuniões, eram freqüentes as queixas de técnicas de referência de que alguns cuidadores insistiam em restringir seu trabalho a estas ações de suporte, como cozinhar e manter a casa limpa, negligenciando o que era entendido ser o trabalho clínico dos cuidadores, a reinserção social. Em ocasiões, esta diferenciação do trabalho chegava a surgir como uma dicotomia, difícil de ser conciliada. Uma das residências resolveu esta *contrainte* contratando uma profissional de limpeza autônoma, diarista, a fim de “liberar os cuidadores” para o acompanhamento mais direto aos moradores.

A manipulação pelos cuidadores do dinheiro dos diversos benefícios que os moradores recebem esteve em evidência como tema de debates envolvendo diretamente os gestores. Em certo período, a firma contratante baixou uma norma, proibindo tal prática.

O trabalho em torno do uso do dinheiro pelos moradores é entendido pelos coordenadores como etapa importante da desinstitucionalização, como veremos adiante. O

controle sobre os gastos é tarefa complexa e bastante regulada. Geralmente as técnicas de referência realizam este monitoramento através de livros de prestação de contas e checagem de notas fiscais. O acompanhamento aos bancos para o recebimento dos benefícios e os gastos do dia a dia eram feitos pelos cuidadores, que, conforme observado, estão presentes no cotidiano em frequência bem maior que os técnicos de referência. A proibição da firma gerou uma crise no campo e a Promotora Pública foi mais uma vez consultada a legislar com bom senso. Por fim, ficou estabelecido que os cuidadores poderiam manipular cotidianamente o dinheiro dos moradores, prestando contas às técnicas de referência, mas que somente estas poderiam receber o dinheiro e deveriam reter consigo os cartões bancários dos moradores. A crise foi aparentemente solucionada, não retornando às pautas das reuniões, mas em uma oficina que realizamos a técnica de referência apontou como uma dificuldade para o trabalho que ela realiza o fato de dispendir grande tempo da assistência nas filas em caixas de banco, em detrimento de outras atividades. Sua adesão à regra estrita, entretanto, não parece ter sido seguida por outras técnicas de referência, que possivelmente lançaram mão de outros recursos, de infração à regra, assumindo os riscos na negociação das eficácias, evitando a pressão na realização da atividade.

Muitos conflitos que surgem no cotidiano do trabalho e que envolvem a relação entre as categorias profissionais diz respeito à figura do cuidador. Trata-se de um profissional recém-chegado ao campo da saúde e de estatuto jurídico e funcional ainda indefinido. Não existe como profissão, e não há sequer um consenso de que deva constituir-se como tal. Atividades como dar a medicação são realizadas por qualquer cuidador informal, mas a enfermagem reivindica para si este monopólio, no campo do trabalho em saúde. Os próprios cuidadores rejeitam a responsabilidade da realização de determinadas tarefas, como fazer curativos, mas há casos em que seus argumentos atentam para a falta de uma capacitação técnica que lhes dê maior segurança para isto.

A insegurança do vínculo empregatício estabelecido pelo gestor estadual é outra fonte de atravessamentos. Quando terminei o período de pesquisa de campo, o salário dos cuidadores estava entrando no segundo mês de atraso consecutivo. A firma alegava que o Estado estava atrasado com o pagamento dos serviços e a situação tornava-se grave. Havia relatos de que chefes de família já não tinham como alimentar suas proles. Na oficina com

os cuidadores, quando o problema estava se intensificando, o salário atrasado foi colocado em primeiro lugar entre as dificuldades de trabalho⁴⁶.

O período de mudança de governo estadual, a partir de 2007, lançava sobre estes vínculos empregatícios temporários e sobre o futuro da ação como um todo um clima nebuloso de instabilidade e insegurança.

Concluindo, não há como negar os reflexos dos movimentos da macropolítica no trabalho cotidiano das equipes de saúde. Embora garantida por documentos e mecanismos oficiais, como a Lei 10.216 e outras que apontam para os direitos do portador de transtornos mentais, criam incentivos financeiros como as bolsas de desinstitucionalização e o TAC, que em princípio sustentarão a ação mesmo em caso de mudanças políticas, a operacionalização maior ou menor para a sua continuidade será sempre marcada pela configuração do cenário político geral. Ao mesmo tempo, características de implicações pessoais, como foi a do gestor estadual, podem ser determinantes. Efetivamente, o papel da sociedade civil deve ser decisivo no jogo de forças, e o fato das residências se localizarem no espaço comunitário dá maior visibilidade às condições de saúde da clientela e às possibilidades do controle social.

IV.2 – Olhando Mais Perto o Trabalho em Equipe do Programa de Serviços Residenciais Terapêuticos de Carmo:

Descreveremos especificamente a equipe mais diretamente envolvida no cuidado às residências terapêuticas. Partiremos dos níveis mais amplos da coordenação, para chegar aos cuidadores. Embora, por razões metodológicas, optemos ainda pela descrição das categorias profissionais, o que nos importa, agora, é deixar falar um plano micropolítico, um nível de que já implica na renormalização da tarefa – o modo como os profissionais realizam suas atividades, os agenciamentos que determinam as implicações dos técnicos. Identificados alguns dos elementos da macropolítica que impactam o trabalho dos

⁴⁶ Continuamos acompanhando a situação como membro da ASM/SES e quando o atraso dos pagamentos já entrava no terceiro mês é que foi resolvido; houve empenho dos gestores (ASM e do próprio Secretário Estadual de Saúde junto ao prestador) e da Promotora Pública de Carmo neste sentido, mas enquanto estivemos no campo os cuidadores se ressentiam da falta de esclarecimentos pelos gestores acerca da situação. Soubemos que em muitas residências houve paralisações e falta de cuidadores. Na oficina que realizamos com eles, a falta de pagamento surgiu como o primeiro problema à realização de um trabalho ético e responsável, mas eles enfatizavam que levavam o trabalho adiante por consideração aos moradores, entendendo que seus empregadores não eram eles, e sim os gestores.

profissionais para a realização da tarefa, importa-nos agora evidenciar o cotidiano dos técnicos. O debate de normas na relação dos agentes de cuidado entre si (no mesmo ou em diferentes níveis hierárquicos), com os demais dispositivos de saúde mental do território e com o restante da rede municipal de saúde, e também com setores e membros da sociedade civil. Por fim, os agenciamentos que caracterizam o trabalho com o morador.

Segundo Peduzzi, o grande indicador da integração de uma equipe de saúde é dado pela construção do projeto assistencial, o eixo em torno do qual se dá cotidianamente a dinâmica do trabalho e da interação. Para corresponder à complexidade das ações de saúde, tal projeto terapêutico não pode estar restrito ao modelo médico hegemônico: deve abrir-se à multiplicidade das demandas e intervenções dos atores envolvidos, usuários e profissionais, produzindo a integralidade das ações.

Observamos em Carmo o planejamento assistencial, sustentado pelos coordenadores e supervisores, de uma revisão da dinâmica de cuidado para os moradores na rede local de atenção psicossocial. Esta revisão centrava-se na estratégia de repensar os projetos terapêuticos dos moradores. Como nos exemplos:

A coordenadora, em reunião com as técnicas de referência, as estimula a rever periodicamente os projetos terapêuticos de seus moradores. Fala sobre a revisão que o coordenador médico começou a fazer, em conjunto com a equipe do núcleo rural, daqueles moradores. Exemplifica com um caso de mudança do projeto com sucesso, de um paciente que só deverá ser acompanhado em consultas mensais no ambulatório de Carmo, pois o que o deixa bem é permanecer no núcleo rural, onde todos os dias ele varre uma determinada área; os dispositivos de que dispõe o programa municipal de saúde mental, no momento, não apresentam maior interesse para ele (Diário de Campo, 27/09/2006).

A técnica A⁴⁷. conta que agora a assistente social X é a técnica de referência de alguns de seus moradores no Caps, e que vem discutindo com ela e com os cuidadores os projetos terapêuticos. Combinaram, para determinado morador, que deverá ir ao Caps para a oficina de música, que parece atraí-lo. Mas ele deverá ir sem a presença do cuidador B, a quem é muito ligado, de modo a tentar que ele se descole um pouco dele e estabeleça novas relações. Combinaram ainda que estes acordos serão revistos no prazo de um mês (Diário de Campo, 27/09/2006).

⁴⁷ Sobre o uso das iniciais como forma de identificação dos atores nas vinhetas clínicas, vide Metodologia.

Podemos citar exemplos do “borramento” das especificidades no trabalho da equipe:

- A enfermeira F. é elogiada pelas coordenadoras, pois segundo elas possui um “dom” especial para conseguir resolver casos junto ao INSS (Diário de Campo, 05/07/2006).

- Ou ainda a avaliação positiva do trabalho da enfermeira H:

“Eu estudei quatro anos para ser enfermeira; eu de repente virei também administradora... dinheiro é dos outros, então é muito sério... na Colônia⁴⁸ eu sempre falava: “eu não fico com o dinheiro de ninguém”... e agora estou ficando” (Diário de Campo, 12/07/2006).

A mesma enfermeira que encontramos no comércio horas depois da chegada de uma moradora do sexo feminino à residência, e que nos diz encantada que veio comprar roupas de menina para vesti-la (tratava-se de uma neuropata grave, muito franzina e de comportamento bem regredido).

- A diretora do HETB, em reunião técnica, descreve sua intervenção no caso de um paciente bastante problemático: ela realizou visita domiciliar, em outra cidade, a fim de localizar a família dele e conhecer melhor o caso, esclarecendo as condições que o levaram, anos atrás, a matar um membro da família.

- Em reunião, as técnicas de referência elogiam a atuação de um médico clínico do ambulatório que foi à residência de um morador para avaliá-lo.

- O médico psiquiatra do ambulatório elege como estratégia a ida ao núcleo rural para avaliar alguns pacientes mais difíceis.

O campo de ação dos profissionais está organizado segundo hierarquias, que correspondem a posições de poder. O território, entretanto, onde está localizado este campo, com suas coordenadas temporo-espaciais estabelecem contingências ao trabalho que transversalizam as práticas dos diversos profissionais. Assim, a diretora do HETB é vizinha de uma das residências, estabelecendo relações talvez mais frequentes com alguns moradores do que seus próprios técnicos de referência. O mesmo se dá com a

⁴⁸ No HETB.

disponibilidade temporal dos técnicos, que determina as intervenções, embora crie também problemas na integração das comunicações, como veremos.

Assim, se tomarmos o trabalho de cada um dos técnicos, veremos que as coordenadoras, por exemplo, realizam na prática freqüentes intervenções diretas aos moradores, junto ou sem a presença dos técnicos de referência das residências. Como nos exemplos:

A coordenadora realiza diversas visitas domiciliares junto aos familiares de uma nova moradora, vinda de outro município. A intervenção se dá tanto no sentido da avaliação, como de preparar a família para a chegada da moradora, vinculá-los aos dispositivos de saúde mental do território, encaminhar a regularização de documentação e benefícios, etc (Diário de Campo, 12/07, 27/07, 02/08/2006).

Diante de dificuldades da equipe com determinado morador, a coordenadora vai à residência, onde reúne-se com os moradores e cuidadores presentes e discutem o comportamento de L. A coordenadora impõe limites (Diário de Campo, 02/08/2006).

Estando mais disponíveis devido à carga horária, as coordenadoras não se atêm a tarefas específicas. Fora as reuniões freqüentes com os demais coordenadores e gestores, e com as técnicas de referência, realizam uma assistência diretamente nas residências terapêuticas, que visitam constantemente. Este trabalho clínico mais direto junto aos moradores é valorizado por elas. Assim, moradores e cuidadores se reportam diretamente a elas, principalmente na ausência das técnicas de referência, e vice-versa. Administram, no período em que lá estão, a operacionalização do trabalho cotidiano. Viabilizam transporte, que é uma grande dificuldade. Organizam escalas de trabalho para cobrir substituições onde há falta.

Ambas são profissionais dedicadas e mantêm um bom relacionamento entre si. Uma delas tem maior familiaridade com os instrumentos da parte burocrática e acaba arcando com boa parte dela. Quando estão ambas presentes, procuram dividir suas referências, mas atuam bastante juntas. Assim, elas redividem sua tarefa, de acordo com suas afinidades.

Os supervisores incitam-nas a delegarem mais aos técnicos de referência e cuidadores estas tarefas mais executivas para que se dediquem mais à interação com a rede mais ampla e com os canais de gestão, mas as coordenadoras argumentam que as ocorrências que

caracterizam o cotidiano capturam o seu trabalho. Por outro lado, a presença das coordenadoras no cotidiano das moradias acaba por qualificar, ali, o trabalho desenvolvido.

A coordenadora está ao telefone tentando resolver um problema. A técnica de referência P. passou-lhe um “pepino”, tem que arranjar algum acompanhante para um morador que deverá realizar exame complementar para doença neoplásica dali a dois dias, em um feriado. O exame é em Friburgo. Ela fala ao telefone com a auxiliar no HETB, a quem pede ajuda. Pensa que o ideal seria ter um auxiliar de enfermagem como acompanhante, mas diz que um cuidador atento a estas questões é o bastante. A auxiliar parece acertar o esquema. A coordenadora pergunta a seu L., motorista da Kombi da prefeitura, se é ele quem trabalhará no dia marcado. Ele confirma. Ela o elogia e explica sobre o exame e sobre o paciente que ele conduzirá (Diário de Campo, 06/09/2006)

Há um sentimento de que o trabalho é pesado e que não recebem gratificação remunerada pela função, mas valorizam a tarefa e o vínculo com os moradores, que conhecem há muito tempo. Expressam, entretanto, desejo de serem transferidas também para o Rio de Janeiro, onde moram. Sua insatisfação piora com a impotência para resolver questões que interferem negativamente no trabalho. Questões salariais, por exemplo, pesavam bastante, ao final do tempo da pesquisa.

É importante vermos o trabalho em saúde mental do município de Carmo como um processo, realizado a partir da desinstitucionalização do HETB. Os atores que lideravam este processo naquela instituição encontram-se no momento atual em uma situação transicional, onde os papéis não estão, muitas vezes, definidos na estrutura formal. Entretanto, são personagens importantes como liderança técnica da ação. O diretor clínico e o diretor de enfermagem intervêm diretamente junto aos moradores, na assistência. Realizam atividades de ambulatoriais, de acompanhamento clínico, e procedimentos de emergência, quando disponíveis no território. Mas também realizam supervisões, coordenam reuniões clínico-institucionais, planejam e organizam o trabalho. Conduzem o processo, guiados pela proposta ético-clínica da desinstitucionalização. Juntamente com a diretora do HETB, são os representantes mais diretos da ASM e da SES, embora originalmente fizessem parte da equipe técnica, estando no mesmo nível hierárquico. Tendemos a ver, aí, uma das explicações para a horizontalidade das ações, pois caracteriza um trabalho que, se não foi idealizado, foi sendo construído, na prática, por um certo

conjunto de pessoas. O panorama atual, o que quer mostrar esta cartografia, é o instantâneo de uma história coletiva e se situa em um certo meio de caminho.

Pode-se, aliás, ver todo o momento atual como uma grande transição, em termos da constituição da equipe técnica e da condução de um projeto de desinstitucionalização. Mas o próprio conceito de processo torna dispensável a idéia de transição, já que entende a realidade como o movimento de forças instituintes. Se pensarmos em um nível macro, molar, há, certamente, uma transição entre a gestão estadual e a municipalização. Em uma nova gestão, os atores territoriais certamente mudarão. O quadro estadual tende a ser substituído por profissionais vinculados à rede municipal. Os recursos financeiros entrarão no orçamento da saúde municipal. Tendo, esperamos, a mesma ética por norte de trabalho, atuarão com diferentes modos de fazer, o que nos conduz, outra vez, ao plano micropolítico.

A diretora do (ex)HETB é a grande gestora dos recursos financeiros do Estado que ainda aportam no município para a unidade. Embora excluído do sistema hospitalar do SUS, sem o faturamento das AIHs que é repassado ao município, existem ainda os recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde (REDE-FES) e recursos de insumos (medicamentos, por exemplo) que eram destinados à unidade, e que são ainda vitais para a operacionalização da ação. Sua diretora é a grande gestora destes fundos, e ainda da parte administrativa dos recursos humanos com vínculo empregatício estadual. Sendo ainda, representante da SES, é referência para os cuidadores contratados para o Estado para a firma terceirizada. Sua presença é dominante no núcleo rural, mas se estende bem mais, face à abrangência potencial de suas intervenções. Nasceu e vive em Carmo. Sua formação não é na área da saúde, mas na educação: é professora e pedagoga, além de empresária exitosa. Sua nomeação para a direção do HETB deveu-se à sua inserção na política local, onde vem consolidando sua influência. De início resistente à proposta técnico-assistencial, que em verdade desconhecia, impôs-se como personagem política no trabalho cotidiano das discussões e negociações, resultando em sua cumplicidade com a proposta técnica. Sua figura encarna o elo entre diferentes instâncias (instituições) e interesses, que ela media: estado e município, público e privado, política local e proposta técnica. Constituiu-se como grande analisadora/intercessora do processo de desinstitucionalização do HETB, transversalizando o campo e sendo, em sua práxis, por ele afetada. Assim, sua relação é

intensa tanto diretamente junto aos moradores, quanto nas discussões sobre os projetos terapêuticos, onde suas intervenções são discutidas e legitimadas como ações tecno-assistenciais.

As técnicas de referência são todas mulheres; funcionárias estatutárias ou contratadas pelo Estado: são profissionais de nível superior, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas. Moram no Rio de Janeiro ou em outros municípios da região serrana. Estão presentes dois dias na semana. Enquanto estão no município, ou fora dele – são muito solicitadas fora do horário de trabalho, por telefone - operacionalizam o trabalho cotidiano das residências, orientando os cuidadores, distribuindo tarefas. Monitoram os gastos realizados, controlando as contas da casa. Monitoram também os ganhos dos moradores e seus gastos pessoais. Realizam o contato com outras instâncias da rede, quando necessário. Em suma, são responsáveis pelos projetos terapêuticos dos moradores e pela sua operacionalização.

Estas são profissionais estão bastante inseridas em atividades que extrapolam suas especificidades técnicas, para o que encontram-se disponíveis. Há também um nível de desejo explícito de transferência, por parte das que moram no Rio. Mas todas as que ouvimos foram unânimes em relacionar sua satisfação profissional com o trabalho de inclusão social realizado junto aos moradores, ressaltando uma melhora de sua condição, em comparação aos resultados que eram conseguidos no antigo HETB.

Já vimos como a organização do trabalho em Carmo é marcada pela disponibilidade dos atores no território. Toda atividade é, portanto, executada pelos atores presentes e, desta forma, as reformatizações se dão conforme os saberes-fazer específicos que são ali mobilizados. As coordenadoras apontam:

“ Na prática, conta-se mesmo é com os cuidadores” (Diário de Campo, 05/07/2006).

Na atuação das técnicas de referência, há um estímulo explícito à autonomia dos cuidadores para a condução diária do processo, sob sua supervisão. Elas tendem a estimular a capacidade deles de dividir tarefas e procurar soluções aos problemas que se apresentam.

A técnica A. diz que procura estimular os cuidadores a que resolvam as coisas sozinhos, a que “encontrem as respostas, que na verdade eles já sabem quais são”, e que não precisam consultá-la para tudo; percebe que eles estão mais autônomos com o tempo e a experiência. “Eu acho que equipe é troca”, diz ela (Diário de Campo, 17/08/2006).

Quem são, então, estes cuidadores, estes profissionais mais próximos dos moradores, aqueles “com quem se conta”, na avaliação das coordenadoras do projeto?

Já assinalamos que os profissionais que realizam este trabalho constituem uma categoria heterogênea: alguns são os antigos funcionários do HETB, naturais de Carmo; muitos dos quais só tardiamente fizeram o curso técnico de auxiliar de enfermagem. Estes estão mais lotados no núcleo rural, ou no núcleo urbano, em plantões de finais de semana. Muitos são dedicados profissionais do cuidado, com grande conhecimento da clientela e parceiros da proposta técnica da desinstitucionalização. Muitos outros são tidos como “problemáticos” pelos gestores, portadores dos antigos vícios nas relações com os ex-pacientes do HETB e resistentes à proposta técnica. Atentos às contradições e insuficiências do sistema, denunciam e reivindicam coisas, tensionando freqüentemente a relação com os gestores. Outros já ingressaram no HETB como auxiliares, via concurso público estadual. Como dissemos, uma grande maioria reivindica transferência para os municípios onde residem, argumentando a extinção da unidade estadual. Os gestores tentam estabelecer uma política para as liberações (primeiro as transferências para unidades estaduais, depois para outras unidades públicas), mas os conflitos, que às vezes envolvem entidades corporativas, são freqüentes. Os técnicos denunciam precariedades de condições de trabalho (por exemplo, falta de comunicação no HETB, falta de banheiros para os profissionais nas residências urbanas).

O grande contingente de cuidadores das residências da área urbana são, então, aqueles contratados pela firma terceirizada pelo Estado. Firma de limpeza que gera certa discordância de objetivos com a proposta técnica, como já notamos.

São moradores e naturais de Carmo ou do entorno, portanto sua familiaridade é com o território. São, por excelência, os executores do projeto técnico, se o entendemos como a combinação de um cuidado qualificado, que inclui não só as tarefas de proteção e tutela, mas, especificamente, um trabalho de autonomização e uma mediação junto à sociedade civil para a construção de uma reinserção inclusiva pautada no direito e na cidadania.

Um certo número destes cuidadores, portanto, priorizam sua atuação para a execução do primeiro objetivo, o de um cuidado mais tutelar. Depende, é claro, um pouco, do tipo de morador de quem se cuida. Nas residências de cuidados intensivos, naturalmente, com

moradores com graves limitações físicas, entende-se que as atividades de enfermagem são prevalentes.

A este ponto, gostaríamos de tecer algumas considerações sobre a dicotomia autonomia- tutela no contexto clínico. Pensamos que qualquer que seja o nível de comprometimento que o morador possua, é necessário reconhecer, ali, uma outra vida, cuja normatividade indica a potencialidade para a mudança. O cuidado em saúde é, a nosso ver, mesmo em situações de dependência intensa (e talvez por isto mesmo) um fazer sempre dialogado. Há um pouco do conceito de *mãe suficientemente boa*, de Winnicott (1978), a mãe que, para possibilitar o crescimento do filho, não pode ser totalmente boa, pois é preciso deixá-lo um pouco em falta, o que o levará ao movimento transformador da realidade. A regulação da maternagem, entretanto, dependerá do vínculo estabelecido, e requer atenção e sensibilidade.

O outro de quem cuidamos é vida que se impõe, a nós e ao mundo, mundo social, como cidadão, como um ser que porta direitos e deveres. Pensamos que esta ética imponha a qualquer trabalho em saúde o viés político que, no caso do louco, a reforma psiquiátrica de tradição basagliana visa recuperar. Para usar um exemplo no campo da arte, citamos o filme de Pedro Almodóvar *Fale com ela*⁴⁹. Como ali, o exercício do cuidado em uma dimensão relacional, dimensão de negociação, pode operar milagres. Como ver a neuropata G, algumas semanas após sua chegada, em uma relação de diálogo com a equipe de cuidadores e técnicos. Comunicação muda, da parte dela, mas plena de sentidos e mútuos entendimentos. No trabalho em saúde, a entrada para a autonomia se dá pelo fazer político que existe na comunicação entre dois seres livres, embora um deles seja o cuidador, e o outro, o que é cuidado. Isto quer dizer que a relação de cuidado, o trabalho, é sempre negociado.

Fora as reuniões regulares nas residências com os técnicos de referência, os cuidadores só participam de reuniões com os coordenadores e gestores em ocasiões pontuais, geralmente por convocação dos coordenadores ou gestores, quando há informes importantes ou problemas a resolver. Em oficina realizada com estes profissionais, eles reivindicaram um maior espaço institucional para a interlocução e discussão de questões.

⁴⁹ Filme do diretor espanhol Pedro Almodóvar, *Habla con Ella*, no qual um enfermeiro cuida de uma mulher em coma.

Ao mesmo tempo, denunciaram um medo de se exporem criticamente junto aos patrões e serem retaliados por suas observações, um reflexo da precariedade do vínculo e de como se dão as relações de poder entre patrão e empregado.

Como não possuem formação técnica e só os primeiros contratados receberam capacitação inicial para o trabalho de cuidado, a condução técnica das residências fica mais na responsabilidade das técnicas de referência. Daí a importância da sessão clínica como espaço de educação permanente.

Em nossa pesquisa, escolhemos acompanhar uma residência cuja técnica de referência e cuidadores priorizavam o trabalho de reinserção social e tentaremos explicitar como se dão algumas destas ações, junto ao morador e à sociedade civil.

IV.3 – A Integralidade no Trabalho Cotidiano da Equipe: Micropolítica dos Encontros.

Procuramos evidenciar alguns vetores que cortam o campo do cuidado e que influenciam (transversalizam) a atividade dos profissionais que assistem às residências terapêuticas de Carmo. Descrevemos até agora aqueles que se colocam em um nível macropolítico (como a tarefa da Reforma Psiquiátrica Brasileira), ou molar, incidindo de forma mais geral sobre os grupos. Passaremos agora à dimensão micropolítica da atividade, expondo o trabalho cotidiano e seu fluxo produtivo, atentando para os vetores atuantes nos encontros e nas relações entre os membros da equipe ou com a rede de saúde. Pretendemos realizar uma abordagem que revele a integralidade do cuidado, conforme Pinheiro (2001, *op.cit.*), na perspectiva da interação entre os trabalhadores de saúde.

No trabalho realizado, veremos, estas instâncias macro e micropolíticas são todo o tempo elementos que conduzem a atividade, solidificando um saber-fazer, ou reorientando os procedimentos.

A questão micropolítica - ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social - diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de molar) com aqueles que chamei de molecular. Entre esses dois níveis não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica (Guattari, F. & Rolnik, S., 1986: 127).

Uma primeira consideração é sobre o valor dos afetos na realização da atividade. Já observamos, com Deleuze, a função da alegria como combustível para a potência da ação e dos efeitos inibitórios das paixões tristes.

Tomemos o exemplo do convívio social em Carmo: o prazer e a descontração das relações de amizade ali estabelecidas, atualizadas nos almoços do bom e barato restaurante a quilo, nas deliciosas tortas de chocolate e cafés do bistrô, e nos bares em volta da praça, à noite: os papos, a cerveja, o forró das quartas-feiras.

Pensamos que seja importante trazer à consideração a importância destes espaços *after hours* na dinâmica da equipe técnica. A nosso ver, a qualidade destas relações gera um “plus” para o trabalho conjunto que mantém a unidade da equipe e reforça a proposta do projeto. Em seu artigo “Alegria e alívio nos Caps” (2004), Merhy ressalta o valor destas qualidades para a realização da tarefa em saúde mental. Se o alívio se dá pelo compartilhamento das tarefas, perpetrado pelo trabalho em equipe e pela formação de uma rede, a alegria é o facilitador do processo.

Partindo do princípio de que só produz novos sentidos para o viver [tarefa dos profissionais de saúde mental] quem tem vida para ofertar, vou procurar pensar sobre uma equipe alegre, que não exaure, que atua na crise como oportunidade. (...) Espinosa me ajuda a pensar – de forma bem livre – que a vida em produção, como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma destas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isto, tomo este empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegres. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso (Merhy, 2004: 9-10).

Pudemos observar nas ocasiões de convívio social os agenciamentos objetivos que são feitos: da comunicação de informes à discussão de casos, estabelecimento de novas estratégias, pactuações e encaminhamentos.

Em uma cidade pequena como Carmo, é interessante ver como a equipe técnica convive e realiza nestes espaços considerados privados seu projeto de trabalho. Ir ao forró é também conviver com M., morador que passa os dias e noites em pé na praça, a tudo observando, e convidá-lo a sentar em nossa mesa. É discutir a internação de um paciente com uma de suas referências informais, o dono de restaurante onde vamos comer.

E poder perceber, na interação com a sociedade civil, que estatutos vão sendo colocados em jogo, no tecido social, para o portador de transtorno mental, para os ex-pacientes do HETB. Esta percepção é um indicativo da capacidade daquela equipe em afetar-se e poder realizar uma intervenção nesta sociedade; tarefa legítima daqueles profissionais de saúde. Troca transdisciplinar, aberta às possibilidades de interação com o território.

O que torna possível a integralidade do cuidado é o *vínculo*. Para Merhy (1997; 2004), a noção de vínculo implica em responsabilidade e compromisso com o usuário.

O vínculo é um valor ressaltado pela supervisora do programa. “*Que se entenda que não existe o paciente que não adere ao tratamento: nestes casos devemos pensar em estratégias para nos acercarmos a ele e em como o serviço pode transformar-se para atraí-lo*” (Diário de Campo, 20/07/2006). Eis colocada a lógica das ações de saúde usuário-centradas.

Campos preconiza o vínculo como recurso terapêutico:

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro (Campos, 2003: 68-69).

Para Franco et al (1999), o vínculo e o acolhimento funcionam como pré-requisitos para a responsabilização clínica; o vínculo ordena o processo de trabalho e qualifica a ação de saúde como prática de integralidade.

Em Carmo, percebe-se que existe vínculo e responsabilização pelo usuário, entre cuidadores e técnicos de referência. Como o primeiro elo da cadeia, o vínculo mais próximo dos moradores é com os cuidadores. Mas os vínculos afetivos também se dão com outros níveis da equipe técnica. Grande parte destes técnicos convivem há vários anos com estes usuários, muitas vezes ocorrendo o que eles mesmos descrevem como relações de amizade.

Na antiga Colônia, percebiam-se vínculos de natureza perversa, com o incontável registro das explorações às quais os pacientes eram coagidos. Com a desinstitucionalização e a tomada de responsabilidade pelo coletivo de trabalho, a meta do cuidado integral trazendo a vigilância e o monitoramento dos benefícios sociais que os moradores recebem, há maior transparência das relações, o que coíbe o estabelecimento ou a continuidade daquelas práticas. No período em que freqüentei o município, ocorreram ao menos duas intervenções da equipe técnica neste sentido.

De uma forma geral, os vínculos entre profissionais e moradores apresentam características positivas, orientando-se pela humanização, pela paciência, pela convivência. Segundo Spinoza, poderíamos supô-las paixões alegres.

Ocorre - faz parte - que estes vínculos, essa suposta potência de agir que é instituinte, se cristalice em formas, que são personalizadas. Na vida, no terreno das paixões, nem sempre somos sujeitos; há momentos em que somos sujeitados, e por vezes as paixões nos assujeitam.

Destacamos alguns fragmentos que ilustrem a riqueza das formações de desejo envolvidas e de como impactam o processo de trabalho. Pelo lado dos moradores, o valor dos vínculos afetivos no projeto terapêutico:

Em uma residência, os cuidadores comentam sobre L., recém-saído do núcleo rural e bastante ensimesmado. Eles notaram sua adaptação progressiva à casa. No início ele se limitava a permanecer no quarto e no banheiro. Aos poucos foi descobrindo outros espaços. Um lugar na cozinha. Um certo canto do quintal. Agora ele apaixonou-se por uma das cuidadoras. Ele, que no HETB vivia sumido pelos matos, veste sempre sua melhor roupa e fica, na porta da casa, a esperá-la, em seus dias de trabalho(Diário de Campo,17/08/2006).

No Caps, encontro Y., cuidadora. Ela acompanha cinco moradores. Pergunto como vão as coisas na casa e quem foi para o lugar de X., que voltou para o HETB. Ela me diz que o novo morador é C. e que ele está bem na casa. Diz que está para visitar X. no núcleo rural, mas hesita, pois teme que ele piore ao vê-la. Sabe que ele continua em crise, lá. Contam-lhe que ele grita por ela, grita que quer hamburger. Diz que precisa visitá-lo (Diário de Campo, 17/08/2006).

Do lado dos técnicos, também se percebe como o vínculo gera os sentimentos e um certo modo de implicação:

Entramos em uma primeira casa e a cuidadora é uma senhora simpática. Está calçando meias e sapatos em B. A coordenadora intervém, diz a ela que ele sabe calçar-se sozinho. A cuidadora conta que soube que ele está prestes a mudar-se para uma RT na cidade e que chorou muito de pena. Diz que sabe “que a gente não pode se apegar, mas vou sentir muita falta dele!” (Diário de Campo, 26/07/2006).

Percebe-se ainda a força dos vínculos afetivos quando, em reuniões técnicas (assunto freqüente), técnicos de referência e cuidadores dizem quem são os moradores “que não podem sair” (ser transferidos).

Entendemos desta forma também a resistência de uma técnica de referência em ser transferida para outro serviço de saúde mental dentro do município. Em reunião, os coordenadores justificam-na, contando como ela acompanhara os moradores desde a preparação para a saída do HETB e está muito satisfeita com seu trabalho nas residências terapêuticas.

Às vezes estas paixões, essas interferências demasiado humanas, adquirem um matiz negativo:

Sessão clínica, discussão de caso. E., morador difícil. A cuidadora fala de como sentiu-se “ofendida” pelas agressões verbais do morador (freqüente expressão da impulsividade com que ele costuma reagir às frustrações), levando a sério o conteúdo delas, e comprometendo a continuidade do trabalho com ele naquela residência. Na sessão clínica o envolvimento pessoal da cuidadora é evidenciado e acolhido, ao mesmo tempo em que se propõem estratégias de abordagem ao morador (Diário de Campo, 13/09/2006).

- Espaços de reunião:

A intensidade com que o trabalho gera sentimentos na equipe torna os espaços de reunião fundamentais para a análise das implicações e sua relação com a condução do processo.

Além disto, como vimos em Dejours (2002), os espaços de discussão entre os agentes promovem o reconhecimento, importante elemento para a formação das competências éticas que possibilitam a construção de um fazer coletivo. As reuniões podem ser espaços

de discussão de problemas mais administrativos, ou mesmo para a supervisão clínica, mas o que nos importa é o modo como a direção técnica se faz por pactuações com os atores (técnicos) envolvidos, possuindo assim um caráter de deliberação conjunta.

Muito se fala da grande “necessidade” que possuem os serviços de saúde mental de realizarem “reuniões”. Os atores precisam falar do que fazem, do trabalho que realizam. Mesmo coordenadores se queixam da grande quantidade de tempo gasto em encontros de discussão e planejamento. Pensamos, por um lado, que isto se deva à processualidade da construção do trabalho em saúde mental. Trata-se de campos a serem constituídos, de experiências únicas onde o caminho é feito a cada passo, onde não há cartilhas. Por outro lado, isto evidencia a complexidade do trabalho, e da tendência, que decorre do investimento dos atores nos projetos, aos envolvimento pessoais.

Em sua oficina, alguns cuidadores explicitaram a demanda de um “apoio psicológico” para o trabalho (comparando-se aos moradores, que possuem o apoio na rede assistencial). Entretanto, foi maior consenso a necessidade de um espaço conjunto, um espaço “como aquele” (o que a oficina oferecia) para que pudessem expor suas dificuldades.

Participamos de várias reuniões durante o período da pesquisa de campo e testemunhamos sua potencialidade para a consolidação do trabalho da equipe.

No que se refere aos técnicos de nível superior, elas ocorrem com certa regularidade. Semanalmente há as reuniões das técnicas de referência com a coordenadora responsável. Quanto aos cuidadores, reúnem-se com as coordenadoras das residências de maneira informal, ou formalmente, quando há algum problema pontual. Geralmente são problemas que afetam os moradores ou a dinâmica da casa. Exemplos:

Reunião com a equipe da casa V. para discutir o caso de um morador que foi internado em hospital psiquiátrico: tenta-se pensar que aspectos estariam influenciando seu comportamento agressivo, que estratégias tomar daquele momento em diante, como se daria o acompanhamento durante o período em que permanecesse internado, e a implicação da equipe e dos outros moradores na crise do paciente (Diário de Campo, 27/09/2006).

Reunião da equipe da casa S. para planejamento da organização do trabalho da equipe e com os demais moradores acerca da chegada de uma nova moradora, vinda de longe. Discute-se o perfil clínico da moradora, a partir de informações do

serviço de onde provém. Discute-se ainda sobre a situação sócio-familiar da mesma, a partir de informações de cuidadores que conhecem-lhe os familiares. Os cuidadores descrevem as adaptações que já realizaram na estrutura arquitetônica para recebê-la (Diário de Campo, 12/07/2006).

Em reunião entre coordenadores e equipe de uma residência que agrupa moradores especialmente difíceis, os coordenadores trazem a proposta de mudanças de moradores. A técnica e os cuidadores discutem entre si e chegam a um consenso (Diário de Campo, 27/09/2006).

As técnicas de referência deveriam realizar semanalmente as reuniões com os cuidadores nas casas. Mas pelo que pudemos apreender, isto nem sempre acontece; no máximo reúnem-se com os cuidadores que estão de plantão no dia da atividade. Algumas técnicas de referência, entretanto, o fazem com regularidade.

Em algumas, como a que acompanhamos mais de perto, as reuniões semanais envolvem os moradores das residências, num formato interessante. Eles assistem e participam, alguns mais ativamente, outros mais pontualmente. Moradores mais comprometidos circulam, alguns parecem indiferentes, mas revelam sua atenção por vezes de uma forma não verbal.

As reuniões entre as coordenadoras e as técnicas de referência servem para informes gerais e a operacionalização de procedimentos, como a viabilização da ida de algum morador a um exame fora do município, caracterizando-se como canal de comunicação entre a residência e a rede de saúde em geral. Geralmente são casos que necessitam a intervenção das coordenadoras ou de alguma instância maior de gestão, pois com relação à resolução dos problemas cotidianos, observamos bastante autonomia por parte das técnicas de referência ou mesmo dos cuidadores.

Como muitas vezes os problemas se repetem ou não são solucionados por dificuldades, em princípio, alheias àquele espaço de gestão, a impressão é que às vezes a reunião se transforma em um palco de queixas e críticas. Percebe-se que a coordenadora tentava evitar a paralisação das discussões e propunha encaminhamentos para as questões, ou apontava para outros dispositivos que pudessem fazê-lo. Através da troca de experiências, as próprias técnicas, entretanto, muitas vezes propunham alternativas de encaminhamento.

A reunião também é bastante usada, pelas coordenadoras, para discutir assuntos que lhes dizem respeito diretamente, como espaços democráticos de negociação. Exemplos:

A coordenadora consulta as técnicas de referência sobre a possibilidade de liberação de alguns cuidadores para o núcleo rural, de modo a viabilizar, lá, uma alteração na organização do trabalho proposta em reunião dos coordenadores dos serviços. A técnica R. concorda com a liberação do profissional (Diário de Campo, 02/08/2006).

As técnicas usam o espaço ainda para falar de problemas de seu próprio trabalho. Exemplo:

A técnica X. queixa-se de não conseguir que a maioria de seus cuidadores abstraia-se do trabalho de limpeza e cozinha e estimule os moradores nas tarefas de reinserção social, como irem juntos ao mercado, escolher o que comprar, etc. Já a técnica T. conta como resolveu o problema em uma de suas residências contratando uma faxineira especialmente para este serviço (Diário de Campo, 30/08/2006).

Típico exemplo de *tricherie*, quebra-galho que não tem, para Dejours, sentido pejorativo, designando “as infrações cometidas no exercício do trabalho cotidiano para alcançar o máximo dos objetivos das tarefas fixadas pela organização do trabalho” (Dejours, op. cit., 2002:50). Como o objetivo de reinserção social é valorizado pela coordenação técnica, a publicização da infração à norma é consentida, o que se faz no espaço de trocas que é a reunião, podendo então constituir uma opção de renormalização para o fazer coletivo.

Muitas vezes as técnicas trazem também problemas que afetam os cuidadores. Todas tomaram o partido de seus cuidadores quanto à questão do atraso de pagamento, cobrando da coordenação que lhes fosse dada ao menos um esclarecimento formal, por parte dos gestores.

Estas reuniões entre coordenadores e as técnicas de referência servem, ainda, como triagem para reuniões entre as coordenadoras e os profissionais de determinada residência, ou mesmo para reuniões entre as coordenadoras, os profissionais e os moradores de determinada casa. Tais dispositivos são disparados em função de alguma situação mais problemática.

A técnica queixa-se de não saber o que fazer para mobilizar alguns de seus moradores que “não querem fazer nada”, ou seja, não se mobiliza por qualquer das atividades que lhe são oferecidas, seja na residência ou em alguns dos dispositivos municipais de saúde mental. Fala-se da sessão clínica como espaço de discussão e supervisão para os casos mais complicados (Diário de Campo, 27/09/2007).

- Sessão clínica:

A sessão clínica é um espaço potente de discussão de casos, supervisão e elaboração de estratégias. Foi implantada no período em que estivemos no campo, a partir da supervisão clínico-institucional. Nesta etapa do processo assistencial no município, destinava-se aos casos “difíceis”.

Em uma das discussões, foi apresentado o trabalho clínico com um morador bastante regredido do núcleo rural, os procedimentos e estratégias que a equipe, liderada pela técnica de referência, vem elegendo, a cada momento, para estabelecer o vínculo com ele, e a evolução do caso. O investimento e o trabalho conjunto de toda a equipe, sob constante discussão, a ênfase no estabelecimento de um diálogo e um estranhamento de parâmetros manicomial de adaptação foram alguns dos elementos de destaque do encontro (Diário de Campo, 30/08/2006).

Em outra, realizada no Caps, discute-se as dificuldades da equipe no trabalho de um morador. A apresentação da técnica de referência procura contextualizar o comportamento agressivo do morador através de sua história familiar, utilizando o genograma como instrumento de anamnese. Com isto ela buscava dissolver as resistências da equipe em relação a ele. A dificuldade é explicitada pelos diferentes cuidadores e busca-se uma estratégia para a condução do caso, a ser reavaliada posteriormente (Diário de Campo, 13/09/2006).

Pensamos que devido à implantação recente, a sessão clínica ainda conta com a presença de muito poucos técnicos e cuidadores. Há uma boa participação dos presentes, nas discussões, nas sessões observadas. Técnicos sugerem alternativas para o manejo ou problematizam questões psicopatológicas, e os cuidadores também contribuem com suas experiências próprias. Cada qual fala a partir de sua experiência e especificidade técnica, sendo a estratégia negociada. Nas discussões de casos difíceis, a direção da coordenação visa manter a perseverança do investimento clínico da equipe, apontando caminhos que

ajudem a ampliar as possibilidades de manejo. Os vários atores falam do trabalho que realizam, descrevendo e refletindo sobre a atividade e a forma de lidar com as *contraintes*. Fora as equipes dos serviços residenciais e as coordenadoras, participaram os diretores clínicos e de enfermagem do HETB, sempre presentes nas reuniões técnicas, e uma psicóloga do ambulatório. Pensamos que as presenças dos coordenadores e profissionais dos outros dispositivos de saúde mental possa potencializar a sessão clínica como espaço para a discussão de projetos terapêuticos e conseqüente formação e educação continuada, qualificando o trabalho técnico e integrando a equipe e as ações de saúde realizadas.

- Interações com os demais dispositivos de saúde mental:

O serviço residencial terapêutico é um local de trabalho para o cuidador e para o técnico de referência, um dispositivo de saúde mental no processo de desinstitucionalização. As ações específicas de saúde, entretanto, são realizadas nas unidades públicas de saúde, às quais os moradores devem estar vinculados.

Abordaremos agora as relações da equipe do programa de residências terapêuticas com os demais serviços da rede municipal.

Começemos pela interação com os demais dispositivos da rede de saúde mental.

Em Carmo o acompanhamento psiquiátrico e psicológico aos moradores é realizado no CAPS ou no ambulatório de saúde mental. O CAPS oferece o acompanhamento diário com oficinas, segundo os projetos terapêuticos. Há também o centro de convivência, com oficinas diárias abertas à comunidade.

Conforme notamos, a supervisão clínico-institucional propôs mudanças na dinâmica dos serviços, como a revisão dos projetos terapêuticos e o papel do CAPS como organizador do cuidado. Durante o tempo da pesquisa de campo, freqüentamos bastante o CAPS, mas nosso foco principal era a relação entre as equipes. Observamos que o CAPS é uma referência para as equipes dos serviços residenciais principalmente pelo fato de ser a sede executiva do programa municipal. Questões burocráticas como a solicitação de transporte, a marcação de consultas, ou o acompanhamento de documentação e benefícios são agenciados na unidade. Na sede administrativa do programa municipal, não há telefonia fixa, daí o fato do uso prevalente do CAPS para os procedimentos que requerem o contato telefônico. Os coordenadores do programa municipal e das residências terapêuticas são

mais facilmente encontrados lá. Também os psiquiatras, durante a maior parte dos dias da semana, estão lotados no serviço, e são responsáveis pelos atendimentos às emergências. Mas há dias em que só há psiquiatras no ambulatório, então estes se tornam a referência das emergências. Esta lógica, meio que geral no que se refere à assistência de saúde mental do município, de que a disponibilidade dos técnicos é que conduz as referências, decorre da organização do trabalho em um território que não é aquele onde vivem a maioria de seus técnicos. Isto confirma a idéia de que é a resolutividade que determina os itinerários terapêuticos.

Vale observar que com exceção da coordenadora do CAPS, os demais psiquiatras da rede de saúde mental são originários do HETB, e já acompanhavam ou conheciam muitos de seus pacientes. Se, por um lado, isto facilita as intervenções clínicas, por outro gera uma certa fragmentação e certa confusão de condutas e responsabilidades, onde a supervisão procurava intervir.

Assim, alguns moradores estão vinculados ao CAPS para o acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, e outros ao ambulatório. Alguns freqüentam oficinas no CAPS, outros no Centro de Convivência. Em seus espaços de supervisão, as técnicas de referência apontavam para uma melhor adesão dos moradores ao Centro, por algumas razões que pudemos constatar: um clima mais “familiar” no Centro, mais calmo e mais acolhedor, pelo fato de serem menos usuários a cada período. Efetivamente, o número de usuários que freqüenta o CAPS é muito maior, o que muitas vezes causava-nos uma impressão de ociosidade. Isto levou a que os coordenadores preconizassem a rediscussão dos projetos terapêuticos de cada morador com o técnico de referência do CAPS, e uma estrita avaliação acerca da produtividade de sua presença ali, para que a ida ao CAPS seja definida pelo aproveitamento do dispositivo ou por estratégias de adesão ao mesmo. Algumas técnicas de referência já começavam esta discussão conjunta, com uma boa avaliação. Para otimizar a relação entre os dois dispositivos, coordenadores indicam que os técnicos de referência passem a realizar registros escritos nos prontuários do CAPS. Isto facilitaria a comunicação entre os profissionais que muitas vezes não se encontram, e vincularia ao CAPS os projetos terapêuticos de cada morador e, de alguma forma, referenciaria ao CAPS os técnicos das residências terapêuticas, mas percebemos certa resistência à incorporação deste procedimento entre as técnicas de referência, que argumentavam que, por não entenderem-

se como fazendo parte da equipe técnica do CAPS, não se sentiam à vontade para manusear os prontuários.

Geralmente são os cuidadores que acompanham os moradores aos serviços de saúde. Observamos que muitos cuidadores acompanhavam os moradores ao CAPS ou ao Centro de Convivência, mas que alguns permaneciam e ajudavam no trabalho das oficinas, ou na distribuição das refeições. Outros, não. Além disto, percebemos, em alguns casos, que havia um interesse do cuidador na formulação dos projetos terapêuticos. Outros, apesar de terem uma avaliação pessoal da inserção do morador nas atividades terapêuticas, não participavam das discussões técnicas. Pelo que observamos, isto dependia muito do modo como a técnica de referência conduzia o trabalho técnico na residência. Mais uma vez pontuamos a função da sessão clínica para a construção deste espaço de discussão conjunta dos projetos terapêuticos, integrando equipes de diferentes dispositivos.

- Interações com a rede municipal de saúde:

Na relação com os demais serviços da rede municipal de saúde, há aspectos do acesso nas quais os moradores se inserem na mesma dinâmica do restante da população residente. Ocorre dificuldade na marcação de consultas de algumas especialidades. No Posto de Saúde e no Centro de Reabilitação municipal, as consultas devem ser marcadas a cada dia, o que implica nas famosas filas desde a madrugada, complicadas no caso dos moradores dos serviços residenciais, pois os cuidadores trabalham em regime de plantão noturno ou diurno, inviabilizando que um cuidador pudesse deslocar-se de madrugada para a fila. O encaminhamento sugerido pelas técnicas de referência segue na lógica da discriminação positiva, pleiteando um “sistema de cotas” para os moradores, a ser negociada em instâncias da gestão municipal. Há, entretanto, relatos de que este problema de *debate de normas* é superado, no nível micropolítico do trabalho cotidiano, na relação entre os profissionais. Em alguns serviços, os técnicos responsáveis pela marcação de consultas ou mesmo alguns especialistas, sensibilizados para as características da clientela, reservam algumas vagas para os moradores, ou os atendem fora da agenda marcada. Em reunião, a coordenadora refere-se a um médico clínico que realiza “visitas domiciliares” quando necessário, para avaliação dos moradores.

No caso de consultas com especialistas não disponíveis no município de Carmo, usualmente nos agravos de maior complexidade, cabe ao município a disponibilidade do transporte, geralmente coletivo, dos usuários aos serviços de saúde. Situações em que os moradores interagem com o restante da população, e que põem à mostra as relações com a sociedade civil. Oportunidade para o trabalho clínico, como no exemplo a seguir.

O morador M. precisa realizar cirurgia oftalmológica em um grande centro e sua acuidade visual piora dia a dia. Cabe à Secretaria Municipal de Saúde agendar a consulta e o transporte. Ocorre que M. é um psicótico crônico de delicado manejo: raramente passa à agressão, mas seu aspecto rude, as estereotípias de sua fala pornolálica (seus xingamentos são freqüentes), e um comportamento impulsivo requerem constante monitoramento e mediação pelos cuidadores. A longa distância é outro motivo de preocupação para a equipe. Deste modo, a técnica de referência planeja com os cuidadores qual deles irá acompanhá-lo e tenta identificar possíveis parceiros para o acompanhamento (contando que o motorista do transporte municipal poderá ajudá-lo, se preciso). Ao mesmo tempo, indica que M. seja preparado pela equipe para a viagem e o procedimento a que será submetido (Diário de Campo, 17/08/2006).

Cerca de um mês depois, a técnica de referência relata em reunião que a consulta já foi desmarcada algumas vezes e suspeita que haja resistência por parte dos técnicos municipais em levar o morador. Diz estar pessoalmente tentando viabilizar a ida de M. e pede às coordenadoras que intervenham também (Diário de Campo, 27/09/2006).

É possível apreender no exemplo acima como a técnica planeja a ação micropolítica, tendo em vista a construção de uma rede de suporte, e também um trabalho de esclarecimento e negociação com o morador. Tem-se aí uma idéia do nível de complexidade que envolve a realização da atividade, que mobiliza os recursos políticos dos técnicos no saber-fazer, em uma ação que abrange tanto o morador como a sociedade civil.

A relação com a equipe do hospital de emergência é bastante debatida. Trata-se de uma unidade filantrópica que presta serviços ao SUS municipal, onde é realizado o atendimento de emergência geral e psiquiátrica, onde existem cadastrados um pequeno número de leitos psiquiátricos de curta permanência para o suporte às crises. A equipe do CAPS – que é próximo – presta uma retaguarda técnica, mas a unidade tem um psiquiatra, justamente o antigo diretor do HETB.

Queixas por parte da equipe de saúde mental são frequentes: há relatos de que existe “má vontade” dos técnicos no acolhimento e na assistência prestada aos ex-moradores do HETB; a exigência de que, quando internados, estejam sempre acompanhados por cuidadores, é sempre questionada, e de forma geral as altas são consideradas precoces e pouco discutidas com os responsáveis pelos moradores.

Por um lado, sabemos que o manejo do paciente psiquiátrico no hospital geral é assunto controvertido e palco de grandes resistências⁵⁰. Cientes da necessidade de um trabalho técnico de sensibilização e educação permanente destas equipes, os gestores implementaram recentemente novos “encontros de capacitação” com os técnicos de nível médio daquela unidade.

No cotidiano do trabalho, percebe-se a multiplicidade dos atores e de suas motivações diante da proposta assistencial. Muitas vezes os técnicos já têm uma história prévia com o HETB e com a ação de desinstitucionalização: isto pode favorecer ou não a relação com o morador. Muitos já conhecem anteriormente os moradores, e a qualidade deste vínculo prévio também interfere no cuidado prestado. Pensamos que a escuta que os encontros conjuntos possibilita institua o diálogo, ferramenta essencial do processo político.

Coerente com este pressuposto, a coordenadora, em reunião com as técnicas de referência, traz, “para aperfeiçoamento do nosso trabalho”, queixas colocadas pelos técnicos do hospital filantrópico nos encontros de capacitação, que dizem respeito à organização do trabalho das equipes das residências quando encaminham seus moradores ao hospital geral.

As dificuldades que a equipe técnica responsável pelas residências terapêuticas de Carmo encontra para a efetivação das ações de saúde são, em grande parte, aquelas de acesso e resolutividade comuns à população geral. Dificuldades de marcação de consultas e procedimentos, como exames e cirurgias, principalmente para os de alta complexidade. Baixa qualidade e resolutividade da assistência prestada. Por isto, tal qual a população geral, muitas vezes a equipe opta pelo setor privado como complementação, valendo-se dos

⁵⁰ Ver, a este respeito, Botega (2005), que identifica de forma esquemática os focos de resistências à presença do portador de transtorno mental grave no hospital geral: resistências dos administradores, da equipe técnica, e dos familiares dos demais pacientes internados, o que mostra a força do estigma que produz a visão do louco agressivo, incoercível e incoerente.

recursos próprios dos moradores. Se a dificuldade é transporte municipal, contratam um táxi. Se é a marcação de um exame, optam pela compra no setor privado.

- Interações com a sociedade civil:

Nestas ocasiões, observa-se mais de perto o relacionamento da equipe com a sociedade civil, como quando o morador D., portador de retardo mental e epilepsia, é encaminhado para atendimento de saúde geral na rede privada.

Em reunião, a técnica de referência C. diz estar bastante irritada. Havia pessoalmente feito contato com o profissional (que já fora técnico no HETB) e combinado levar alguns moradores para fazerem orçamento. D. foi o primeiro e o profissional realizou logo na primeira consulta um procedimento desnecessário e que não havia sido combinado. A técnica se mostra irritada, suspendeu todas as consultas dele e dos demais moradores e promete que irá pedir-lhe satisfações (Diário de Campo, 26/07/2006).

Poucas semanas depois, C. conta em reunião que “finalmente esfriou a cabeça” e foi procurar o profissional. Ele disse-lhe que foi D. quem pediu que ele realizasse os procedimentos, alegando uma patologia que, segundo a técnica, é claramente inventada. Ela então responde ao profissional que D. “não responde por si mesmo”, e que portanto ele não deveria ter realizado o procedimento sem o consentimento dela (Diário de Campo, 17/08/2006).

O episódio ilustra as tensões entre a equipe e o profissional prestador de serviços, caracterizando uma situação onde prevalece uma oposição de interesses. Ao mesmo tempo, percebe-se aí, na postura da técnica de referência, a necessidade de afirmar, junto à sociedade civil, uma tutela⁵¹. De marcar uma instância social de responsabilidade pelo morador, e incorporá-la em si. A nosso ver, o trabalho cotidiano revela como na relação com a sociedade é efetivamente o louco quem deve ser protegido.

Serve, ainda, para uma medida das negociações de si que a técnica de referência tem que realizar para manter-se na tarefa. Para de novo procurar o profissional e esclarecer o que precisava ser esclarecido, a técnica precisou de “um tempo” para afastar do campo os afetos, o emocional excedente que a conduta do profissional mobilizara. Desta forma a

⁵¹ Vide a discussão sobre o tema conforme discutido por Silva, 2004, *op.cit.*

negociação com ele pode manter-se em um nível “diplomático”, que é o nível político por excelência para a discussão do direito.

Através destes representantes – o médico da rede, o atendente do mercado, o caixa do banco – que outros modos de inserção podem ser ensaiados e experimentados.

Assim, o cuidador identifica uma nova qualificação na relação ente o morador e os empregados do mercado:

“A relação deles [os moradores] com a sociedade... é boa também... pessoal do mercado... tem algum... tem sempre aquele que... eu acho o seguinte: a pessoa tem medo... todo mundo teme o desconhecido... então a pessoa não conhece, a pessoa, não sabe como é que é... tem aquela fama de Teixeira [o HETB]... ah, é hospital de maluco, então todo mundo que tá lá dentro vai chegar de uma hora pra outra e vai dar um soco na cara de um... e não é bem assim, entendeu? Então tem aqueles que ficam com medo, mas tem outros que depois que conhecem, passam a conversar... conversam bem... procuram, passam lá... tem um pessoal do mercado que passa em frente da casa, pára prá conversar com o F., pára pra conversar com B... F. vai lá no mercado, conversa com eles...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Nada mais explícito do que o investimento do cuidador e a crença, a partir da experiência, em uma possibilidade de mudança da sociedade civil que se dá pela via da comunicação e da convivência.

Já citamos o fato de que um dos fatores que sustentam a inserção social dos expacientes do HETB em Carmo é seu empoderamento como consumidores dos bens produzidos, mecanismo central das sociedades capitalistas. Começando pelo impacto na área imobiliária, com o grande número de casas alugadas. Depois, pelo quantitativo de mão de obra que emprega, na função de cuidadores. Por último, mas não menos importante, os próprios moradores e os benefícios financeiros que recebem⁵². De fato, é enorme o volume de capital que o projeto coloca em circulação. Alguns indicadores: no início do projeto, era difícil conseguir proprietários que se dispusessem a alugar os imóveis para a prefeitura; atualmente, os gestores são procurados pelos proprietários que oferecem os imóveis. Outro: o relato de que os moradores têm crédito liberado no comércio local, face à estabilidade de sua renda.

⁵² Como a bolsa auxílio do Programa de Volta pra Casa, do governo federal, para pacientes desinstitucionalizados, e que pode ser acumulada com um benefício do LOAS ou do INSS, por exemplo.

O ramo dos eletrodomésticos tem sido bastante beneficiado. Os ex-pacientes do HETB são bons consumidores de aparelhos de TV, vídeo e som. Todas as casas possuem estes bens, e alguns moradores adquirem seus próprios exemplares.

No período em que estivemos no campo de pesquisa, um vendedor de seguro funeral que também dava direito a descontos em lojas e farmácias, visitou várias residências terapêuticas e vendeu muitos planos individuais, após avaliação e aprovação pelos coordenadores e técnicas de referência.

É através das relações comerciais que se dá uma boa parte do trabalho de inserção social. O consumo é, assim, oportunidade para o relacionamento, na sociedade capitalista.

Uma cuidadora denuncia como, em nossa sociedade, a lógica do lucro pode conduzir as relações:

“Tem que procurar bem antes de comprar. A verdade é que aqui no Carmo as coisas muitas vezes têm dois preços: um, mais caro, para os pacientes da Colônia” (Diário de Campo, 26/07/2006).

Outro setor de serviços comunitários recebeu um impacto importante com a implantação dos serviços residenciais terapêuticos urbanos: o setor de transportes privados. Para entendermos, basta lembrar em breves linhas, a topografia local: Carmo é uma cidade de ladeiras. A praça principal, de localização central, fica no alto. A partir dela, as ruas calçadas por paralelepípedos ramificam-se, sobem pequenos morros e descem em direção ao vale do rio Paquequer. As residências espalham-se pelo território. Andar a pé é um exercício que a beleza variada dos cenários descortinados pode amenizar e compensar, mas que pode tornar-se extenuante quando o clima é quente, ou quando a idade faz pesarem os ossos e as limitações físicas se multiplicam. Cada vez mais, este é o caso de boa parte dos moradores, que se constituem como uma volumosa freguesia para os taxistas. Tanto que os gestores tiveram que normatizar seu uso. O programa municipal de saúde mental só possui um carro disponível, uma Kombi, usada para o transporte dos usuários ao CAPS e outros serviços administrativos ou assistenciais. Na sede do programa, há um aviso afixado na parede, estabelecendo que quando houver necessidade de táxis, deve-se telefonar para o ponto, respeitando a disponibilidade oferecida. Comentando sobre estes serviços, uma cuidadora assim expressou-se: *“A gente chama o [táxi] que faz o melhor preço para eles [os moradores]”*(Diário de campo, 02/08/2006). Lógica do mercado que induz as opções

do trabalhador e convoca o gestor à normatização, que é renormalizada na atividade da cuidadora, que negocia a eficácia segundo as *contraintes* da vida cotidiana (administrando o dinheiro, o que é um parâmetro de eficácia, em função das ofertas que o campo apresenta).

Assim, os táxis de Carmo costumam transportar os moradores e cuidadores para todos os lugares, nas diversas situações, inclusive, como tivemos oportunidade de observar, em momentos de crise psicótica. Nestas relações, histórias vão sendo construídas ou alteradas. Vejamos o depoimento de um taxista:

À noite, na praça, um rapaz para o carro, um táxi, na porta da lanchonete. Salta, deixando as janelas abertas e o som ligado alto, costume local. Cumprimenta os dois profissionais de saúde mental que já conhece e conversa. Diz que o pai trabalhava no HETB, e que ele agora trabalha em táxi, mas também já trabalhou, há muito tempo, no HETB. Diz que trabalhava em um dia da semana e nos quatro seguintes substituía outros funcionários, que pagavam a ele 50% de seu salário. Confessa que ganhou um dinheiro ali que permitiu que ele começasse a vida. Diz que assim como ele, muitos ganharam com o HETB. Alguns, ele sugere, de forma pouco honesta. “Aquilo foi muito bom para muita gente, mas agora é bom para eles”, diz, referindo-se aos ex-pacientes. “Nunca foi tão bom assim para eles”, ele repete várias vezes. Conta que antigamente aconteciam no HETB grandes festas, onde toda a cidade descia para aproveitar, mas os internos ficavam meio à margem. “Agora eles aproveitam” (Diário de Campo, 02/08/2006).

Percebe-se como, na visão do taxista, a exclusão se reverte em uma outra relação entre os ex-pacientes do HETB e a sociedade civil, onde agora todos participam e usufruem do espaço social.

No início do processo de desinstitucionalização, foi difícil conseguir casas para alugar. A resistência em ter na vizinhança os doentes mentais explicitou-se mais de uma vez, em ameaças e até tentativas de proibir judicialmente as locações. Atualmente, a avaliação de coordenadores e cuidadores é de que a convivência tem conseguido derrubar os muros que o preconceito construiu. Mesmo em casos de crises, como quando um morador agitado ficou jogando pedras no quintal vizinho, onde brincava uma criança, e os pais, compreensivos, conhecendo o morador, procuravam intervir junto com o cuidador. Ou quando o médico clínico do hospital filantrópico, um jovem natural do Rio de Janeiro e que está em Carmo tentando estabelecer-se, surpreende-se de ser vizinho de uma residência:

“*Nunca notei nada!*” (Diário de campo, 13/09/2006), observa ele, em tom elogioso, espantando-se talvez da ausência de gritos, agressões ou outras demonstrações de incivilidade.

Em verdade, o que parece garantir uma certa tranquilidade da população civil é o aparato técnico que cerca o projeto. A presença constante de cuidadores nos serviços residenciais garante um acesso rápido em caso de problemas. Há sempre um empenho da equipe e dos coordenadores em responder às solicitações ou queixas da sociedade civil, e eles entendem que o sucesso do projeto depende de uma boa relação entre seus membros e os moradores. Assim, a agressividade e os distúrbios graves de conduta tendem a ser contidos, e são respondidos o mais rapidamente possível, seja pela internação no hospital geral ou no hospital psiquiátrico conveniado (em Friburgo). Estes sintomas são também, tomados como indicador de uma má adaptação do morador à casa, podendo sugerir uma mudança de residência, ou, em alguns casos, tomados como inadaptabilidade do morador à vida na cidade, gerando um retorno ao núcleo rural. Assim, um morador mudou-se para uma área mais calma da cidade, pois em uma rua mais movimentada ele se excitava com frequência, com a grande quantidade de carros e cachorros que passavam, e invadia as casas dos vizinhos para queixar-se.

Todos os técnicos são bastante atentos e cuidadosos na mediação entre os moradores e a sociedade civil.

Em reunião na varanda da casa, sentam-se moradores, cuidadores e técnica de referência. Um dos moradores, um negro alto de cerca de 50 anos, vestindo shorts, acocora-se no chão e encosta as costas na parede. A técnica, observando que ele está em frente ao portão, vai até ele e diz: “Deixa eu ver se tem alguma coisa aparecendo... pode passar uma criança na rua...” E constatando a exposição genital involuntária, convida-o a sentar-se em outro lugar. Ele atende-a imediatamente (Diário de Campo, 17/08/2006).

Vejamos ainda esta vinheta, que ilustra a ênfase que a técnica imprime nas relações de cidadania com o espaço comunitário.

Os cuidadores falam da “questão” que o morador G. tem com o lixo da casa. O caminhão só passa duas vezes por semana para recolher; ele fica incomodado com o acúmulo de lixo e uma vez jogou no terreno vizinho. Logo chegou uma intimação judicial gerada por denúncia, mas o terreno já estava limpo, pois a técnica

já havia contratado alguém para o serviço (Diário de Campo, 17/08/2006).

A preocupação de gestores e técnicos de uma convivência pacífica e o mais harmoniosa possível expressa os ideais humanistas, procurando banir a violência ou outros elementos que firam o pacto social. Carmo é uma cidade relativamente calma e tranqüila. O índice de criminalidade é baixo, principalmente se comparada aos grandes centros. Mas não é o paraíso ou uma bolha no universo. Portanto, também ali o processo de globalização imprime nova dinâmica às desigualdades. Meios de comunicação relativizam as distâncias. O Rio de Janeiro está mais perto (o transporte para chegar ou sair já não é mais tão complicado); o mundo está mais próximo. Crianças e jovens lotam as duas *lan houses*, jogando os mesmos *games* que os da capital. Embora seja ainda uma cidade pequena, Carmo está crescendo, e em sua periferia tornam-se mais freqüentes os episódios de roubos, uso abusivo de drogas, agressões e violência.

W. é portador de déficit intelectual leve. É um rapaz branco, alto, de boa aparência. Desde que mudou-se para a área urbana, W. estabeleceu com a cidade uma relação intensa e peculiar. Ele quase não fica em casa. A praça principal é onde gosta mais de estar. Dia e noite é possível encontrá-lo em pé, parado nas esquinas, a tudo observando. Ele esquece até de comer, e nem a chuva nem o frio, se o pegam desprevenido, abreviam sua permanência. Até altas horas da noite é possível encontrá-lo, parado em alguma quina da praça, atento ao movimento. W. não se dirige a ninguém, é muito discreto e reservado. Quando abordado, responde o mínimo possível, e basicamente às pessoas que conhece. Há pouco tempo W. foi vítima de agressão por parte de um adolescente, que o provocou e socou-o diante de todos, sem motivo e apesar de sua passividade. Foi feita ocorrência policial e o caso segue os trâmites legais (Diário de Campo, 09/08/2006).

São, então, as instituições da sociedade civil que serão mobilizadas, instituições responsáveis pela ordem e segurança públicas, a quem cabe a proteção e a garantia dos interesses dos cidadãos.

- Relações com a Justiça:

Já se viu como a Reforma Psiquiátrica tem na relação com a Justiça uma interface importante, pois este setor serviu como dispositivo de exclusão social ao destituir o louco

do direito de voz e da responsabilidade por seus atos, legitimando o papel tutelar do saber psiquiátrico. A reversão deste processo passa por estratégias e dispositivos de discriminação positiva. Como observamos anteriormente, a Lei 10.216 é o principal instrumento de institucionalidade da política de saúde mental. Ela sustenta, por exemplo, a legitimidade dos Termos de Ajustamento de Conduta (TACs), que são instrumentos do Ministério Público e que em Carmo normatizam a ação de desinstitucionalização do HETB.

Ora, é a nível do território, com todos os atravessamentos possíveis, que as leis “pegam” ou não, ou seja, se elas serão ou não aplicadas, e como. Em Carmo, a relação do programa de saúde mental e dos representantes da Justiça tem se desenvolvido em um patamar de parceria. A Promotora Pública da comarca de Carmo é uma peça de destaque na condução cotidiana do processo.

Para o fechamento do HETB e processo de saída dos pacientes, empenhou-se na agilização de retirada das certidões tardias dos usuários que não possuíam documentação regular, etapa essencial ao estabelecimento da identificação que garante os direitos sociais.

Vem monitorando cada etapa do processo de desinstitucionalização, colocando-se com grande disponibilidade para a interlocução com a equipe técnica.

Diante de problemas operacionais que envolviam o entendimento das responsabilidades técnicas, convocou ela mesma uma reunião com os cuidadores que teve grande repercussão na organização do trabalho, pois proporcionou uma garantia declarada da Justiça à ação técnica.

Na complicada questão sobre o manejo do dinheiro pelos cuidadores e a responsabilidade legal pelos procedimentos, sua intervenção, reunindo bom senso e conhecimento técnico, apontou a saída para o impasse.

Também no caso do falecimento de um morador, cujos recursos financeiros estavam depositados em conta bancária, a Promotora autorizou a retirada e o uso pelo programa, para suprir gastos de outros moradores.

Este acompanhamento e esta parceria são construídos e cuidados pelos coordenadores do projeto através de freqüente prestação de contas acerca das etapas e decisões implementadas. No espaço público, a transparência é a base para promover a *confiança* nas relações: nenhum problema é escondido ou escamoteado. Ao contrário, no período em que fizemos a pesquisa observamos mesmo uma certa ansiedade por parte dos coordenadores

em recorrer à Promotora quando diante de impasses na operacionalização da ação, fossem estes casos individuais ou mais gerais. No caso do uso do dinheiro pelos cuidadores, a coordenadora disse estar “aliviada” após a exposição do problema à representante legal. Compreende-se que em um trabalho que constantemente lida com aspectos delicados como o uso de recursos financeiros e a atribuição de responsabilidades e sua repercussão legal, o recurso à instância normatizadora da Lei se coloque como elemento fundamental.

Neste sentido, a figura da Promotora institui-se não só como representante do órgão que legitima as ações e quem a saúde deve satisfações, mas com sua participação ativa, como uma autêntica co-responsável pela condução do processo de desinstitucionalização.

IV.4 – Intervenções Moleculares: O Trabalho Junto ao Morador.

Como se desdobra no cotidiano, a tarefa de reinserção social? Que ações são realizadas para o cumprimento deste objetivo? Em que consistem?

Nos deteremos agora na natureza de algumas destas intervenções técnicas, que os profissionais realizam junto aos moradores das residências terapêuticas.

- Uso do dinheiro:

A capacidade do uso do dinheiro como valor de troca é fundamental na vida das sociedades capitalistas. Isto é problemático com a clientela de moradores do HETB, seja devido a limitações da esfera cognitiva que caracterizam seu perfil psicopatológico (há uma incidência considerável de retardo mental e epilepsia entre os diagnósticos psiquiátricos⁵³), seja por determinações culturais (altas taxas de analfabetismo das áreas rurais) ou pelo isolamento social perpetrado pela institucionalização psiquiátrica.

Em Carmo, é o comércio a arena para a operacionalização da tarefa.

A cuidadora W. fala das idas ao mercado, onde dá o dinheiro na mão deles (dos moradores) para que escolham, paguem e recebam o troco. A técnica de referência L. discute com seus cuidadores a idéia de comprar umas notas de dinheiro de fantasia, para trabalhar com os moradores o valor do dinheiro (Diário de Campo, 17/08/2006).

⁵³ Vide os resultados do censo psicossocial do HETB, op.cit.

Como sugere a profissional, pode haver formas mais técnicas que ajudem a operacionalizar esta demanda.

O manejo e a prestação de contas financeiras junto aos moradores toma um volume considerável de tempo dos técnicos. Sendo um ponto a ser trabalhado, como exemplificado, a prestação envolve também o morador. Ele mesmo, com frequência, argüirá seus técnicos de referência sobre seu dinheiro: quanto ganha e quanto é disponibilizado a ele, periodicamente; quanto está gastando, quanto pode gastar; não raro questões financeiras geram conflitos entre o morador e seus técnicos, principalmente os mais limitados cognitivamente. Isto reforça a necessidade de que os fluxos financeiros sejam estritamente monitorados pelos coordenadores.

- As relações interpessoais:

A convivência é a situação social por excelência, estabelecendo vínculos e agenciando os relacionamentos. O isolamento social e afetivo é descrito como um sintoma psiquiátrico classicamente característico em muitos transtornos mentais. Nossa visão, aqui, pretende ressaltar o embrutecimento das relações produzido no asilo psiquiátrico, onde a superpopulação nivela os internos às categorias nosológicas ou comportamentais, onde os dispositivos são rotinas unificadoras (os horários bem demarcados para as atividades) e a oferta de atividades individualizadas é insuficiente. Neste cenário, só a submissão a um sistema qualquer de regalias, ou a resistência ativa à ordem manicomial possibilitam a singularização, gerando, no primeiro caso, o estabelecimento de relações perversas ou individualistas, e no segundo, a fúria dos procedimentos do aparato psiquiátrico.

Conviver em um serviço residencial terapêutico com poucos moradores, mais ou menos escolhidos, implica em outras negociações no tecido social que ali se forma.

Em reunião na residência, os cuidadores comentam sobre como estão passando cada um dos moradores. De S., contam de como ele quando apronta alguma e é repreendido, “faz igual criança”, vai para a cama e fica lá quietinho, depois vem e pergunta: “por que você falou assim comigo?”. Durante a reunião, este morador circula bastante entre nós. É um negro alto e magro, com os lábios e os dedos queimados de cigarros, lábios onde há sempre um meio sorriso. Ele segue atrás de C. (outro morador). “Eles passam o dia inteiro um atrás do outro”, os cuidadores comentam. A técnica de referência volta a falar que, embora possuam menos autonomia, estes moradores se importam mais uns

com os outros do que os que moram em uma outra residência sob sua responsabilidade. Contam como S. fica lembrando ao cuidador, quando algum deles está internado no hospital: “Tem que pegar o fulano em tal lugar!” Que C. costuma “se jogar”, quando deita, fazendo grande barulho. Ele racha as paredes da casa, batendo com suas costas quando se apóia para sentar-se no chão. Pois S. muitas vezes sai de seu quarto e pergunta: “Você caiu?”. Contam que V., outro morador, é mal humorado muitas vezes, mas ajuda C. a calçar as sandálias, quando eles vão sair (Diário de Campo, 17/08/2006).

- O processo civilizatório:

Na instituição asilar, hábitos de civilidade se perderam na disputa pelos recursos escassos, enquanto outros mais primitivos tomam lugar e são naturalizados. A briga dos mais fortes pela comida, a valorização dos restos. O pressuposto de periculosidade do louco, auto ou heteroinflingida, banirá garfos e facas das mesas dos manicômios, já que o acompanhamento técnico destas atividades raramente é realizado. Aos mais fortes, o menos pior: as melhores e maiores porções. Aos fracos, os restos espalhados pelos refeitórios e pelos chãos, comidos com as mãos, disputados por sua vez com cachorros ou com pombos. Cenas freqüentes no antigo HETB.

Com relação ao uso dos garfos e facas, como observa Lavrador (2006), em sua tese de doutoramento, acerca de um outro processo de desinstitucionalização de hospital psiquiátrico, pensamos que não se trata de ter que comer de garfo e faca, mas de dar ao usuário a opção da escolha.

Nenhum problema comer de colher ou de garfo ou de faca ou alterná-los. O problema é privá-los, a priori, de bens materiais e simbólicos, humanos incorporadamente humanos, sejam eles quais forem. Já foram destituídos, pelo modelo hospitalocêntrico, de tantas coisas, principalmente da experimentação cotidiana da potência singular de cada ser vivo, no caso de uma vida ‘humana’ própria. Agora tentam juntar os cacos para criarem para si uma nova vida, calcada nessa experiência singular que potencializa o agir. O problema é não permitir que façam uso das regras facultativas, que não possam selecionar o que desejam e o que não desejam mais, que não possam experimentar, que não possam afirmar hábitos próprios e mudar de hábitos, sejam eles quais forem. Muitas vezes, moraliza-se tudo, pedagogiza-se tudo em nome dos supostos ‘bons hábitos’, desvalorizando a própria vida (Lavrador, 2006:42).

Dentro desta ética, toda a questão dos hábitos higiênicos deve ser colocada em perspectiva. Usar o banheiro é um hábito cultural. O HETB tinha banheiros, entretanto, em péssimo estado de manutenção. Defecar no mato é algo que tem em muitos casos uma raiz cultural. Em outros casos, é algo aprendido na experiência, como quando o banheiro da enfermaria é controlado pelo xerife que o deixa fechado a maior parte do dia - para mantê-lo limpo! Outras vezes, será índice de uma regressão psíquica mais global. De todo modo, a ação de estimular – e como fazê-lo – a aquisição dos hábitos higiênicos deve ser sempre contextualizada clinicamente.

Centro de convivência. S. é um negro alto e de forte constituição, mas está com problemas de visão. Psicótico crônico, de difícil manejo devido à rudeza de seu comportamento, com certo isolamento afetivo e impulsividade, e pouca interação verbal. Sentado no sofá, ele segura uma boneca diante dos olhos. Uma boneca branca, um bebê careca de olhos azuis cuja delicadeza dos traços contrasta com o rosto barbado, desgastado e meio selvagem do negro. Ele a olha fixamente. Alguém brinca: “é sua filha?” (??!). Ele nada responde. Minutos depois, ele urina no sofá. O cuidador, que havia trazido uma bermuda extra, leva-o ao banheiro para trocar-se. Pacientemente a oficinaira larga o que está fazendo, arrasta o sofá urinado para fora do ambiente e limpa o chão com desinfetante (Diário de Campo, 06/09/2006).

O controle esfinteriano é considerado em nossa sociedade um indicador importante da autonomia pessoal. Quando o descontrole é secundário a lesão ou doença orgânica, geralmente acompanha outras limitações e é indicação para residência de cuidados intensivos, que inclua como cuidador um profissional de enfermagem.

Nas residências de Carmo, o uso adequado do banheiro como local exclusivo para satisfação das necessidades fisiológicas é questão para um número razoável de usuários, o que cria problemas de convivência social.

Em reunião, o cuidador noturno queixa-se da falta de banheiros para uso exclusivo dos funcionários, alegando falta de higiene dos moradores. Queixa-se ainda de outras precariedades, relatando que por vezes os moradores urinam ou mesmo defecam no sofá da sala, impossibilitando seu uso como leito de repouso para o cuidador no período noturno (Diário de Campo, 27/09/2006).

A técnica pergunta se P. tem escovado os dentes. Os cuidadores negam, dizem que o banho também está difícil; durante

um tempo ele aceitou, porque um dos cuidadores dissera-lhe que era “banho de descarrego”, e ele topava, mas agora isto não faz mais efeito. O banho, aliás, é um problema para vários, ali na casa (Diário de Campo, 30/08/2006).

Adiante analisaremos a forma como o cuidador trabalha este problema.

- Apropriação do espaço:

Como diz Saraceno (2001), é preciso que o paciente egresso do hospital psiquiátrico aproprie-se do espaço da casa, interagindo com o ambiente e tomando posse dele, tingindo-o com a sua singularidade. Em Carmo, o cuidador atenta para este processo único:

Sobre B., que está com 71 anos e sempre foi muito isolado no HETB, contam como ele é mais na dele, que nos primeiros dias ele permanecia imóvel em certo canto da casa, ou da varanda. Agora ele já descobre e explora lugares diferentes na casa, e veste sua melhor roupa para esperar a faxineira.

Contam que no outro dia, ele ia e vinha da cozinha para o quarto e do quarto para a cozinha; é que em cada um dos cômodos havia um rádio ligado, sintonizados em estações diferentes, então ele se deslocava, como se comparasse os sons e procurasse entender o que se passava (Diário de Campo, 17/08/2006).

Note-se como apropriar-se do espaço urbano inclui a incorporação da tecnologia de consumo capitalista, com a multiplicidade de ofertas e estímulos que por vezes confunde o morador, obrigando-o ao teste repetido da realidade.

Neste depoimento, o cuidador reconhece a importância da relação do morador com seu espaço de moradia:

“ Não tem nem fundamento, tirar o rapaz de dentro do hospital, botar numa casa, pra quê? Só pra dizer que ele mora numa casa? Que ele mora numa residência? Se ele não tiver, na cabeça dele, consciência que aquela ali é a residência dele, que ele não pode tirar a roupa e defecar no meio da sala, que tem uma área própria pra isso, não vai adiantar de nada... tá só transferindo o hospital... transferindo e reduzindo, entendeu?” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Para o cuidador, não basta mudar o ambiente; o morador deve apropriar-se de sua casa e responsabilizar-se também pelo convívio, participando ativamente e mudando

também. Por suas palavras transparece uma ética de trabalho: a mudança para os moradores passa pela apropriação de seu lugar e pela responsabilização inerente ao processo.

- A relação cuidador-morador:

O trabalho do cuidador se coloca principalmente em um corpo-a-corpo com o morador, na relação interpessoal. É um trabalho de mediação do profissional de saúde mental, mas é o elo mais próximo ao morador. Quanto mais regredidos, mais necessária é esta “colagem”. O cuidador funciona como um decodificador, um *go-between*, intermediário entre o morador e a sociedade, muitas vezes entre o morador e si-mesmo.

Visita de estagiários ao núcleo rural. A van cheia de caras novas atrai vários moradores. Muitos bastante regredidos. Todos conhecidos por seus apelidos. A técnica de referência segura as rédeas, junto com os cuidadores: faz apresentações, estimula-os a mostrarem suas casas. Entre eles está V., portador de grave déficit intelectual, com grande viscosidade. Enquanto dura a visita, o cuidador acompanha V. de perto, evitando que ele apanhe os óculos dos outros como gosta de fazer, ou que entre nos carros. Na hora da saída, ele atrai V. para mais perto de si, distraíndo-o (Diário de Campo, 14/09/2006).

Este trabalho só é possível quando há um vínculo de confiança entre cuidador e objeto de cuidado. Os cuidadores investem na construção e manutenção deste vínculo.

Pergunta: Esse morador já te conhecia antes?

Cuidador: Antes da residência, assim que eu cheguei na Colônia, foi um dos primeiros a vir falar comigo, sempre pedindo cigarro... eu perguntei o nome dele, ele falou que era...[nome completo, homônimo de personagem da história do Brasil]... a gente pegou uma... uma certa amizade, e todo dia ele ia lá pra ponte, ficava me esperando, pra me pedir um cigarro... aí eu pegava, dava o cigarro a ele, ele ia subindo comigo até lá em cima, depois eu ia trabalhar e ele ficava lá, rodando de um lado pro outro... (Diário de Campo, 04/10/2006).

Impossível não nos remetermos às instruções da raposa ao Pequeno Príncipe de Exupéry: “é preciso ritos”... Vemos como o profissional “cuida” do vínculo com o morador, que caracteriza como “uma certa amizade”.

Em sua dissertação de mestrado, Araújo (2006, op.cit.) postula que esta amizade que caracteriza o plano da clínica não se refere a um reconhecimento do mesmo.

*Nietzsche definia a amizade através de um **pathos da distância**, o que Onfray (1995) chama de **polidez**, pois é polida a arte de achar a distância certa. Nietzsche entendia que uma boa amizade guarda uma distância que é uma justa distância. Justo aqui se refere à posição que permite aproximar do outro, porém sem que haja uma confusão com ele, isto é, sem que questões identitárias venham fundir as partes envolvidas na relação. A amizade exige uma boa distância na medida que a separação entre um e outro é uma fissura intransponível. A amizade então passa pela ação dessa fissura. Com isso, o que passa a determinar a relação é justamente a diferença que insiste ou subsiste, diferença essa que será sempre uma diferença radical, porém para que seja e permaneça diferenciação necessita da proximidade para com o outro (Araújo, 2006: 161, grifos do autor).*

Assim, em relação ao exemplo acima, houve um momento em que a estratégia foi que o cuidador deixasse o morador sozinho no Caps, para que ele pudesse descolar-se um pouco, diferenciar-se do amigo para estabelecer novos vínculos. Neste mesmo sentido, Ortega (mimeo s/d) reporta-se a Arendt e trata a amizade como fenômeno político, que se dirige à pluralidade e à distância necessária à manutenção de um mundo compartilhado, diferente da fraternidade, que aspira à mitologia familiar e à indiferenciação.

Mas para levar adiante o trabalho de reinserção social do morador, foi essencial a construção daquele vínculo. É o vínculo com o morador que possibilita a mediação do cuidador. Ele se coloca como facilitador entre as relações com o mundo social pois ele conhece o morador e este o reconhece como intermediário e embaixador. Assim ele “empresta contratualidade” ao morador, como diz Tykanori. A qualidade do vínculo, calcado na confiança e na proximidade (e não em uma “intimidade”), capacita o cuidador à comunicação não verbal com o morador. Vejamos um exemplo de como o cuidador interfere no trabalho de reconstrução dos laços familiares:

“Mas o G., eu acho que a mãe dele coloca ele mais problemático do que ele já é. Sei lá, a mãe dele fala que ele faz coisa, que ele já fez coisa, que não sei o quê... e na realidade, eu acho que ela é meio contra esse projeto porque eu acho que ela tem medo que de uma hora pra outra quando ele estiver bem, a gente vai pegar ele e devolver pra ela. Ela deve ter isso na cabeça dela. .. Ela chega. Ela vê ele deitado, ela fala: ele não tá bem. Ela diz: ele não tá bem.... Pô, péra aí... a gente tá com ele há quase um ano, praticamente, a gente sabe que o jeito dele é mais esse mesmo de ficar deitado... agora ela vem, chega, e com meia hora ela dá o diagnóstico que o cara não tá bem? ... Da última vez que ela veio aí, veio ela e a irmã, ela chegou daquele jeito, aí ela falou assim:

cadê ele? Eu falei: tá deitado. Ela foi, falou: Ih, ele num tá bem! Eu falei: não, pô, ele tá bem, tá deitado, ué! Agora, a pessoa bem, não pode deitar não? Só pode deitar quando tá ruim? Aí ela foi, conversou, mas aí já conversou de longe. Ele mesmo chegou pra ela e falou: pode chegar perto de mim, não vou te bater não. Aí ele foi, conheceu a tia, conheceu os primos pelas fotos... Aí no final, ela ficou até meio... emocionada, disse que o filho surpreendeu a ela. A mim não surpreendeu. Eu tô vendo, eu sei... Tem momentos que ele vai estar bem, tem momentos que ele vai conversar, tem momentos que ele vai ficar quieto. Todo mundo é assim. Não precisa ter problema psiquiátrico pra ser assim (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador frente à situação familiar: ele critica o comportamento da mãe do morador, mas ao mesmo tempo ele a respeita e tenta entender suas razões, e a estimula ao contato com o filho. Com o morador ele tem uma relação de empatia. Conhecendo-o, sem confundir-se com ele, ele permanece a uma certa distância e garante a “segurança”, e o faz tanto para a mãe como para G.

Há uma preocupação fundamental implicada no cuidado: a da relação entre tutela e autonomia. Tutelar é responder por alguém, mas em uma ação que visa a autonomia a tutela desejada é mais um estar presente como referência, uma disponibilização. Vimos como mesmo nos graus mais extremos de dependência, é possível mantermos a perspectiva da autonomia se tomarmos o outro como sujeito de direitos, e não como objeto de um saber total que detemos. Nunca conhecemos totalmente o outro; é necessário interrogá-lo e nos interrogarmos.

Se nos deparamos com algo que pensamos poder mudar, onde identificamos uma necessidade de mudança, como quando achamos que alguém está sofrendo, tentamos entender o que está acontecendo. Para conhecer e transformar, analisamos a situação. Analisar é decompor em partes, é estabelecer nexos.

Uma das estratégias principais para se chegar à autonomia é o estímulo à capacidade de pensar. A ação terapêutica não deve incidir sobre um morador passivo; ele deve participar, deve estar presente na produção do cuidado, planejando e executando junto com o cuidador. Uma estratégia de trabalho é sempre questionar o morador; sempre problematizar com ele acerca do que o está afetando.

- Técnicas da Atividade.

Há uma série de procedimentos que constroem o saber-fazer dos cuidadores. Esse jeito de corpo que o trabalhador desenvolve para realizar a tarefa. Identificamos no trabalho dos serviços residenciais terapêuticos de Carmo um certo repertório de ações que os profissionais utilizam de acordo com as situações e que configuram uma técnica pessoal, enriquecida e posta em ação na experiência cotidiana. Como vimos em Dejours (2002, op.cit.), a técnica é ação sobre o mundo que transforma o homem no ato do trabalho, integrando um corpo, um raciocínio e uma cultura.

Nesta explanação, tomaremos por base tanto as nossas observações do campo, como, especialmente, o depoimento de um cuidador.

Este profissional é natural de Carmo, e não trabalhava em saúde anteriormente. Como foi contratado após o início do processo, não participou do curso de capacitação promovido pelos gestores. De início, é preciso caracterizar como ele define a sua tarefa, o objetivo principal de seu trabalho.

“Penso que é tentar recuperar ao máximo a vida dessas pessoas que foram internadas esse tempo todo e que perderam a noção de convivência dentro do centro urbano – acho que quase todos, né? - , mas eu queria que o pouco tempo que eles têm de vida, ou muito tempo, que a gente não sabe, seja melhor do que estava sendo dentro do hospital” (Diário de Campo, 04/10/2006).

A tarefa, como ele a entende: ele já parte de um valor, de que o manicômio isola, que o morador estava em situação de desvantagem, de sofrimento. Sua função é reparadora, é de reabilitar. Há um risco aí, o de determinar o que é melhor para o outro. Mas ele se sustenta por suas premissas, que são éticas e se afirmam em uma cultura antimanicomial.

Mas como ele faz isto, recuperar no centro urbano?

Bom, é porque eu acho que o que eles têm é como uma enxaqueca: enxaqueca não é uma coisa que se cura, a pessoa tem que aprender a conviver com ela, então eu acho que eles têm que aprender a conviver com a sociedade e a sociedade aprender a conviver com eles; é um serviço de troca: eles ensinam, a gente ensina, e os dois aprendem (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador aí não nega a doença e não aponta a possibilidade de cura. Afirma mesmo o portador de transtorno mental como a enxaqueca da sociedade. Mas faz desta relação uma

possibilidade de aprendizagem mútua. Como ressalta Canguilhem em *O Normal e o Patológico*, a doença é qualitativamente diferente, mas a pessoa doente é uma outra pessoa, ela aprendeu a ser outra. Para a sociedade, conviver com a diferença, com o limite, com o incômodo, com a dor da enxaqueca. Que tira do normal.

E o trabalho tem para o cuidador essa função de aprendizagem, de troca: ele se coloca em posição de horizontalidade frente ao morador: ele ensina e aprende.

1- Estimular o pensamento:

Como o cuidador “recupera”, no cotidiano?

“Acontece de várias formas. Às vezes num simples fato de você fazer com que ele chegue perto e te peça alguma coisa, ele já tá aprendendo alguma coisa. Eu acho que a pessoa quando, por exemplo, tem uma barba por fazer ou quando quer alguma coisa, a gente tem que pegar e estimular a pessoa a pedir, a pessoa tem que ter noção de que ela tem um problema, mas que aquele problema não é o fim do mundo, problemas todo mundo tem. Então eu induzo eles a conversar, a se comunicar, a se expor, a dizer o que estão pensando, o que estão sentindo” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador estimula, induz o morador à comunicação, e a oportunidade para isto se dá na necessidade de resolver problemas; questões que a vida nos coloca, desafios e obstáculos que devemos enfrentar.

“A gente vai fazendo no decorrer do dia. Igual o seu F., um morador que é muito quieto, muito fechado, ele só chega perto da gente quando quer café e quando quer cigarro. Então quando ele chega perto da gente, em vez da gente chegar e dar o cigarro a ele, a gente fala: Que é que o senhor quer, seu F? Água? Não. Suco? Não. Então? Quero cigarro. Desta forma a gente tá induzindo ele. Porque todos os cuidadores sabem que é o cigarro que ele quer, mas se a gente chegar e der o cigarro, ele nunca vai abrir a boca pra falar uma coisa com a gente. Ele tem que botar na cabeça que ele tem que falar, que ele tem que se expor” (Diário de Campo, 04/10/2006).

A ação é individualizada, e é ação de dificultar, de desnaturalizar o instituído do corpo. Colocar em movimento o pensamento inerte. E falar para o outro, pedir ajuda, estabelecer contato e vincular. Pensar é abordar o mundo para modificá-lo. Para Freud o

pensamento tem originalmente esta função, a de um processo secundário que adia uma satisfação para poder realizá-la.

Daí a preocupação de não responder, de questionar, de problematizar com o morador. Vejamos dois exemplos simples e cotidianos.

A técnica de referência fuma com eles na varanda. No fim, joga a guimba no chão. C. se precipita para pegá-la, ela o interrompe: “C., não tem necessidade!”. Ele pára, desvia para outro lugar da varanda (Diário de Campo, 17/08/2006).

A técnica está atenta para o comportamento asilar dos moradores: pegar guimba no chão e fumar. Ela o testa e reprime, mas a ação de reprimir, que de início nos parece totalmente cognitiva, da forma como é enunciada: “não tem necessidade!”, estimula-o a retomar o estímulo – o desejo de fumar – e reendereçá-lo, i.e., procurar cigarros de outras maneiras – pedindo, por exemplo. Mesmo morador, agora com o cuidador:

O cuidador vem à sede procurar ajuda e conversa com os coordenadores. Entra o morador G., anunciado pelo motorista que diz que ele não queria mais permanecer no táxi. G. atravessa a sala, dirige-se diretamente ao cuidador, que pergunta: “Mas você não quis vir antes...”. O morador pede um cigarro e o cuidador insiste: “Não me diga que você veio só para fumar...” Dá-lhe um cigarro, mas diz que não tem fósforos. Ele fica com o cigarro na mão e olha cada um dos presentes (Diário de Campo, 14/09/2006).

O cuidador estranha a mudança de atitude do morador, questionando-o a respeito dela. Ele entende, mas verbaliza sobre ela, forçando o morador também a explicar-se a si mesmo. Ele não naturaliza o comportamento do morador, inscreve-o em uma ordem de sentido, em um diálogo.

2- Estranhamentos e apostas:

A capacidade (e o recurso) ao estranhamento é uma ferramenta valorizada do trabalho em saúde mental. Trata-se de uma atitude de atenção e questionamento de idéias e modos de agir que por vezes se apresentam como verdades, como relações naturais.

A supervisora ressalta que, em se tratando do humano, o importante é a postura do não saber. Muitas vezes aquele que opera melhor na clínica é aquele que não sabe (Diário de Campo, 20/07/2006).

A supervisora destaca a vantagem do desconhecimento: quem não sabe e está interessado, engajado em um trabalho clínico, está aberto à discussão, à revisão.

Em sessão clínica, a técnica de referência mostra como o estranhamento prolonga os limites de intervenção da equipe, no caso de um morador do núcleo rural que costumava permanecer dias sumido no mato.

Um tempo depois da implantação do trabalho das residências terapêuticas, este morador passou a permanecer mais na vizinhança da casa, ou a retornar à noite para dormir. A técnica “estranha” a melhora atribuída pelos cuidadores como insuficiente, pois ele continuava comendo com os cachorros, e avidamente. Tomou então como meta que ele se sentasse à mesa para comer, propondo a toda equipe esta tarefa. Ela não se dirigia diretamente ao morador, pois na época ele sequer a olhava. Hoje ele lhe estende a mão para cumprimentar. Mão suja, que ela recusa, dizendo que gostaria muito de as apertar, caso estivessem mais limpas, estimulando-o a lavá-las e tomar banho (Diário de Campo, 30/08/2006).

Vemos como em sua prática a técnica de referência propõe um questionamento de condutas produzidas ou mantidas no contexto manicomial. Na colônia psiquiátrica, o conceito de melhora, no sentido de uma normalização, difere daquele que é proposto em uma ação de desinstitucionalização. No território do HETB, é muito mais limitado o horizonte de possibilidades para o interno conhecido por um codinome que foi ali gerado, e que remete a uma coisificação. Esperar que ele pare de desaparecer no mato e retornar sujo e doente, quase confundido com os elementos vegetais, animais ou minerais, em meio aos quais ele parece se perder, já é pedir muito? A técnica de referência adverte que pode haver um passo mais, que é preciso tentar que ele dê.

Problematizar é tomar algo como objeto de investigação. É disparar sobre um evento o processo de pensamento. Estranhar é constituir um evento, um objeto.

Toda a condução técnica se realiza a partir de construções, da problematização ao planejamento da intervenção. No processo de desinstitucionalização, os passos seguintes são definidos na discussão dos projetos terapêuticos individuais.

Em reunião com a coordenadora, a técnica de referência A. fala das estratégias acordadas com a técnica do Caps, para alguns moradores. Quanto ao morador G., ela percebeu que a oficina de música parece atraí-lo, mas quando determinado cuidador, com quem ele tem forte ligação o acompanha, ele se gruda ao técnico e

não participa. Fica combinado que o cuidador não o levará mais, e a técnica do Caps é quem então vai ficar com ele no “grupo de bom dia” às quartas-feiras, e repassará as informações para a técnica de referência. Já o morador I., observou-se que, apesar de sua limitação física, ele parece apreciar ir ao Caps e ficar sentado na sala das oficinas, ouvindo música; fica combinado que os cuidadores irão observá-lo durante um mês e avaliar se está sendo positivo ou não para ele. A técnica conjectura por que razão os moradores parecem sentir-se melhor do Centro de Convivência do que do Caps: Ela não sabe. Por uma atenção diferenciada? Por que há menos usuários em cada período? Porque as oficinairas estimulam mais? (Diário de Campo, 27/09/2006).

O saber-fazer é constituído nestas apostas, em processos de questionamentos, erros e acertos que configura uma técnica para os profissionais, uma técnica nunca automatizada.

3- A busca de sentido...

A problematização permite formular hipóteses causais e possibilidades de intervenção. A clínica procede através destas operações de análise e buscas de sentido.

Em sessão clínica, a técnica de referência M. apresenta o genograma do morador de modo a contextualizar, para a equipe de cuidadores, as limitações do morador. Ela enche o quadro verde de círculos com quatro gerações da árvore genealógica do morador, “para que todos compreendam a doença dele, já que os cuidadores me dizem que eu passo muito a mão pela cabeça dele” (Diário de Campo, 13/09/2006).

A técnica de referência toma como questão para a discussão a dificuldade de relacionamento da equipe com o morador, e expõe o genograma para que a equipe perceba todo o peso do estigma que o determina como doente, para conseguir que a equipe se distancie dos sentimentos negativos que ele pode gerar, recolocando-o no lugar de objeto de cuidado.

O manejo das crises já tende nítida e explicitamente ao questionamento causal. Nos processos terapêuticos, as recaídas são freqüentes, e sua abordagem implica sempre em uma avaliação de motivações e em uma busca de determinantes.

Sessão clínica. O morador apresenta uma regressão do processo. Volta a ficar sujo e a passar os dias pelo chão, indiferente aos estímulos dos cuidadores. A recaída é atribuída pela equipe responsável pela residência como reação à saída de

uma cuidadora, e também a uma certa rigidez usada para que ele tomasse banho. A técnica de referência propõe que a equipe use a seguinte estratégia: indagá-lo sobre o que havia acontecido. Outra estratégia foi a ida do psiquiatra ao núcleo, para avaliar os esquemas medicamentosos dele e de outros. Observaram também que ele fazia as refeições em outra casa. Parecia que ele gostava da cuidadora que trabalhava lá. A regra do núcleo, de que eles só podem comer em suas casas, foi flexibilizada, para aproveitar a transferência positiva com a cuidadora (Diário de Campo, 30/08/2006).

Se, em uma inspiração psicanalítica, a crise é interpretada como um sintoma que responde aos sentimentos gerados pela perda afetiva, esta hipótese não é tomada como verdade absoluta ou a resposta final, provocando ainda uma reflexão sobre o trabalho realizado e oportunidade para a aprendizagem e revisão dos projetos terapêuticos. No plano institucional, esta postura gera um debate de normas e a regra é flexibilizada, pois está subordinada ao processo clínico.

A crise é a não conformidade, é o desvio de um caminho esperado. Daí seu caráter de analisador do processo. Ela coloca em xeque as implicações e desestabiliza os sentidos. Compreender a crise é procurar contextualizá-la, e inscrevê-la em um processo histórico, que seguirá pela constituição de novos sentidos.

4- E o “sem sentido”...

A ação de desinstitucionalizar envolve desconstruções. No caso dos moradores das RTs de Carmo, ex-pacientes do HETB, não há como negar que o investimento gera a expectativa para a realização de mudanças por vezes bastante radicais nas formas como aquelas pessoas relacionam-se com o mundo e consigo mesmas. Podemos falar das resistências como expressão deste jogo de forças: resistência do morador em mudar, resistência do técnico e da sociedade civil às especificidades do outro.

Basta pensar nas possíveis idiosincrasias geradas por décadas de institucionalização manicomial. Para os técnicos envolvidos na mediação morador-mundo, implicados no vínculo, o dimensionamento das expectativas pode gerar frustrações. A isto o cuidador se refere, quando perguntado sobre as dificuldades de seu trabalho.

“A dificuldade maior que tem, eu acho que não é culpa deles, acho que é culpa nossa... porque tem horas que as coisas vão

dando tão certo que a gente vai criando uma expectativa muito grande, entendeu? Então tem horas que a expectativa que a gente criou não dá certo, a gente acaba ficando... um pouco frustrado. Aí tem horas que a gente pensa: caramba, acho que isto não vai dar certo... Mas aí, depois a gente pára e pensa: péra aí, se a gente não tentar, não ficar insistindo, vai dar certo nunca. Ficar parado aqui, não vai conseguir fazer nada. Tem dias que a gente chega, o R. está lá uma beleza, conversando, falando pra danar, não sei o que, a gente fala: agora ele vai se soltar, vai melhorar, vai aprender mais coisas... A gente tá tentando ensinar alguma coisa a ele no Caps, fazer com que ele pinte alguma coisa, cante uma música... ele canta um pedaço... depois, no outro dia, você pensa, vou levar ele de novo, que naquele dia ele fez um pedaço e hoje ele vai fazer o resto, e isto não acontece, e fica um negócio meio chato... Eu gostaria também de fazer o J. tomar banho todo dia, mas... não consigo não... tem muita coisa que eu gostaria de fazer...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Embora atento para um excesso de expectativa em sua implicação, o cuidador fala da frustração diante das recaídas e da inconstância do processo de desinstitucionalização. No corpo a corpo do trabalho clínico, ele se depara com a alteridade: relação com o desconhecido e com o imprevisível humano.

5- Procurar brechas no cotidiano:

O trabalho do cuidador é acompanhar e intervir nas relações que o morador estabelece, na diversidade das situações possíveis. Daí sua visão de que suas ações não seguem uma agenda, um planejamento detalhado.

“A única coisa que a gente sabe ao certo na residência terapêutica é quando tem médico, quando tem alguma atividade que eles freqüentam em algum dia da semana. O resto a gente vai vendo de acordo com o que vai acontecendo na residência, se tem alguma oportunidade de você conversar um assunto mais aprofundado com um sobre alguma coisa. Igual tem muitos lá que falam muito em ir embora, aí a gente pergunta: mas quer ir embora pra onde? Aonde você morava? Aí você pode descobrir alguma coisa. Até então um assunto que se você for pra perguntar pra eles, diretamente, eles falam ah não sei, não lembram onde moravam, mas em uma hora ele fala que quer ir embora, ou quer alguma coisa, ou um nome, um negócio que seja diferente naquele momento, pra gente, pode ter sentido, mas pra muitas pessoas pode parecer paranóia da doença deles, o que às vezes é uma coisa verdadeira que ele tá falando (...) Não tem muito como planejar

não, tem que ver só na hora mesmo que você vai procurar tomar a decisão – pelo menos eu faço assim – tomar a decisão mais correta” (Diário de Campo, 04/10/2006).

A tarefa não tem ações planejadas outras que as do cotidiano. É no cotidiano da vida social que eles constroem o projeto terapêutico: ir ao dentista, fazer compras. Ali o cuidador exerce sua atividade. Mas ele toma o seu objeto a sério, como um enigma.

É preciso atenção e um senso de oportunidade para fazer com que este enigma se revele, ou para conseguir uma certa resposta do morador. A convivência com o morador engendra um certo saber, um certo grau de generalizações, de “macetes”, mas estes serão sempre singularizados e abertos aos atravessamentos.

“Com relação ao J., se ele tiver muito quieto, não estiver perto, não estiver falando... Tem que dar um tempo, deixar ele dar a volta dele porque ele não tá muito bem, alguma coisa aporrinhou ele e não adianta perguntar a ele na hora porque ele não vai falar. Ele só fala depois. O D., se estiver gritando muito, pode chegar perto dele, conversar com ele, pedir pra ele parar de gritar... mas tem horas que não vai dar certo... A gente não sabe se vai dar certo ou não, muitas vezes a gente chuta... o H., se ele começar a falar muito, se a pessoa ficar falando com ele prá ele parar, mais ele vai falar... Agora, se a pessoa deixar ele quieto, a falação dele vai durar cinco minutos só e vai parar.. Só tem que tomar cuidado porque quando ele começa a falar muito ele sai pra rua. Aí ele começa a bater na casa dos vizinhos pra reclamar, começa a querer bater em cachorro... Então, tem que deixar ele falando, ir lá fora, encostar o portão, fechar o portão. Aí pode deixar ele falar que ele não sai não... Mas se o portão estiver aberto, ele sai. Porque, na realidade, quando ele fica agitado, não é aquela agitação agressiva, igual os outros ficam, igual o M. ficou daquela vez. Ele fica só gritando, xingando, falando palavrão... Então, se a gente fica em cima dele: pára, pára, então, eu acho que ele, na cabeça dele, ele acha que a gente está querendo mandar nele, entendeu? Aí, de certa forma, pra mostrar que a gente não manda nele ele fica gritando mais ainda. A gente pega, deixa isso pra lá, ele grita um pouquinho, depois vai e pára (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador destaca a paciência para esperar o momento certo de agir, que é sempre arriscado. Ele inclui o risco que é lidar com o incerto do outro. As peculiaridades de cada um exigem que o cuidador desenvolva o exercício da tolerância, da espera. O imprevisível potencial dos encontros faz com que não haja uma linha reta para a execução da tarefa de

desinstitucionalizar. A tarefa se realiza no cotidiano e através dos erros e acertos, no dia a dia do processo. A execução é processual: queremos que ele tome banho, que ele tenha uma vida melhor, mas não sabemos se conseguiremos, porque dependemos do outro e no fim só o outro pode julgar nossa intervenção. Esse outro é o morador, o objeto de trabalho. Faz-se porque se acredita que seja melhor assim. A vida melhor é um julgamento nosso, mas a vida, ao final, é do usuário.

As frustrações são interpretadas pelo cuidador como indicadores de intervenções apressadas.

“Às vezes a gente fica esperando um pouco mais. Culpa nossa mesmo, de estar insistindo ali em alguma coisa que não é o momento certo de acontecer. Tudo tem seu tempo... O cuidador tentou duas, três vezes, e acha que chegou, que aquele não tem mais jeito, não aprende mais. Não. É questão de tempo” (Diário de Campo, 04/10/2006).

6- O trabalho das formigas: união e perseverança.

Ele destaca a perseverança e a calma como características importantes para o cuidador.

“O cuidador tem que ser calmo. Tem que ser calmo, porque tem certas horas que bate um stress. Fora isso não, acho que qualquer pessoa pode ser cuidador... Eu acho que a pessoa tem que gostar, e se identificar naquilo que faz. Não adianta eu fazer serviço de cuidador se eu gosto... se eu gosto de jogar bola, de fazer outra coisa, entendeu?” (Diário de Campo, 04/10/2006).

A lentidão do processo de desinstitucionalização decorre do tempo necessário para a resposta do outro, a resposta da formação de uma rede social. O cuidador reconhece que seu trabalho depende de outros.

“O meu trabalho é um trabalho de formiga. Porque formiga quando vai trabalhar, vai todo mundo num sentido só... a não ser que uma já tenha ido e já esteja voltando, mas você não vê uma formiga indo pro norte, outra pro sul, ou pro leste ou oeste, e estão todas trabalhando em prol de uma coisa, e é um trabalho lento, devagar. Não é uma coisa que você vai pegar, botar o cara dentro de uma residência hoje e daqui a seis meses ele vai estar comendo de garfo e faca, entendeu? Pra uma pessoa normal... Eu tenho dificuldade de comer com garfo e faca.. quem sou eu pra exigir deles a perfeição? Lá na residência que eu trabalho, eu percebo esta intenção em todos... Porque também eu acho que se a gente

não acreditar no trabalho então não tem porque trabalhar nisso, vai trabalhar em alguma coisa que acredita, vai trabalhar no balcão do supermercado, no balcão da padaria... Eu pessoalmente trabalho lá porque acredito que seja possível dar uma vida melhor pra eles” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador entende que seu trabalho é lento e exige perseverança e esforço conjunto. A equipe precisa partilha os mesmos objetivos; todos crêm na tarefa de desinstitucionalizar. O morador tem dificuldades como todos nós. Vemos a postura ética que permite a intervenção do cuidador: o morador é humano como nós, com limitações e possibilidades.

7- Pessoas diferentes, direitos iguais:

O respeito pela alteridade configura uma visão de mundo, onde o outro é um sujeito de direitos na ordem social, horizontalizada e impondo os moldes de um agir político.

“Eu não tenho vergonha de sair com eles não, de ir ao centro, comer em restaurante... Por que? Eles estão comendo, eles estão pagando; não tem ninguém que possa dizer no Carmo que é melhor que, eles como eu também não sou melhor do que ninguém, então por que eu vou ficar me escondendo porque estou com eles?” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador se coloca em igualdade com o morador e com a comunidade social; é humilde diante de seu objeto. Identifica-se com ele para poder pensar sua intervenção.

“A melhor coisa que tem nesse trabalho é que esse trabalho é estimulante, tanto quando você está dentro da residência como quando você está fora. Porque ali, muitos ali ficaram vinte, outros trinta, outros quarenta anos internados... Mesmo assim você pára e vê o T. rindo, você vê o P. sorrindo... Eu acho que... eu, na minha cabeça, se eu ficasse esse tempo todo internado, eu não tinha motivo pra rir... Então às vezes quando eu estou com problema, que eu penso que vou me desesperar... eu me lembro da situação deles, não por pena, mas por admiração... Tenho muita admiração por eles, sei lá, porque tem coisas que eu não ia agüentar... Eu acho que na realidade, o que botou eles mais desse jeito foi o tempo de internação mesmo, que eu acho que isso... Isso pira qualquer um... A reclusão pira qualquer pessoa. Eu tiro por mim: eu não agüento ficar dentro de casa! Agora você imagina ficar trinta anos trancado?” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador vê na reclusão a causa das dificuldades dos moradores, e ele usa a identificação como ferramenta do pensamento para entender o outro: o que poderia enlouquecer o cuidador é a reclusão. Eis a chave de sua ética de trabalho, de seus valores não dimensionados: a liberdade como condição da vida humana. Esta ética forma a base de seu trabalho como agir político. Ele se dirige ao morador como um ser livre e isto pautará toda a sua intervenção; é o terceiro pólo do dispositivo ergológico, o que fornece a liga do processo de trabalho.

Além disto, ele dignifica seu objeto de trabalho, admirando-o como portador de uma resistência que pode ajudá-lo também, em sua própria vida. O morador é também para ele fonte de um saber que interessa a ele aprender, que o capacita a sobreviver, e a viver melhor. O sorriso do morador mostra que ele atingiu seu objetivo, que cumpriu sua tarefa. É o indicador da melhora da qualidade de vida que ele visa com suas ações.

A horizontalidade se opõe à discriminação. Mas igualdade de direitos sociais não se confunde com homogeneidade.

Cuidadora: “Os moradores daqui não são muito convidados para as festas dos outros...”

Cuidador: “Acho que é por causa dos moradores mesmo. Quando a gente faz festa, a gente geralmente convida as casa próximas, ali no Progresso [bairro da área urbana de Carmo]. Mas a nossa residência é uma residência que ela... Ela é diferenciada. Não é problemática, ela é diferenciada... Então algumas pessoas levam isso pra outro lado... Infelizmente isso acontece...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Vemos como em sua resposta o cuidador retira o sentido de negatividade implícita no “problema” e recoloca a questão em termos de diferenças. A integração social não consiste em apagar as diferenças. Antes, ela imprime movimentos e interferências.

“É, tem que envolver a sociedade de uma forma ou de outra... Desde um simples andar na rua... Ninguém vai andar na rua mexendo com todo mundo, pô, que também é demais... Mas ninguém vai andar na rua andando em linha reta, sem mexer com ninguém... Então você tem que mexer, você tem que procurar conversar, pra fazer amizade, conhecer as pessoas, as outras pessoas te conhecerem, trocar uma idéia... E lá, eles... eles tão se dando bem, tão fazendo bastante amizade...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

8- Negociação e renormalização:

Lidar com as diferenças é o desafio dos relacionamentos sociais. O cuidador media a interação morador-sociedade, no espaço público. A convivência social impõe limites e o aparo de arestas. A atividade política é esse exercício de negociações, de argumentações e debates, que constituem o espaço público. A técnica do trabalho político do cuidador utiliza essas ferramentas em seu trabalho cotidiano. Circular no espaço social exige a aquisição de um determinado universo simbólico que possui suas normas. Temos que observar regras de comportamento e de civilidade, sobretudo aprender também a respeitar o outro. O convencimento é fruto de uma relação de argumentação que se dirige a um outro posicionado que pretendemos cuidadosamente mover.

“O banho lá na residência tá difícil... Eu queria que o B. tomasse banho, mas ele não toma não. Então tem coisas que você tem que descobrir o que vai funcionar. Tem dias que é banho de descarrego, tem dias que é banho de cachoeira... A S. (cuidadora) no outro dia conseguiu que ele tomasse banho. Ela simplesmente falou pra ele: cheira seu braço. Ele pegou, cheirou. Ela falou: Está cheirando bem? Ele falou: não. Ela então falou: tem que tomar um banho. Aí ele foi, tomou. Deu certo: dois, três, quatro dias deu certo. Depois parou de novo. A gente agora tá tentando descobrir uma outra coisa” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador toma o fracasso como desafio para a criação, para a tentativa. A atividade é eminentemente política, no sentido do convencimento, da argumentação que se dá no trabalho vivo, no encontro com o morador.

O cuidador questiona a rigidez de horários no Caps para o início e fim das atividades: diz que acha que são as oficinas que têm que se adaptar ao usuário e não o usuário à oficina. A técnica de referência concorda e diz que se é para ir ao Caps e não aproveitar, é melhor fazer outras atividades, como “ir ao campinho soltar pipa”. Um dos moradores escuta e retruca: “Eu não!”, recusando o campinho. A técnica estimula o cuidador a expor suas idéias no Caps. O cuidador explica que os moradores “têm o tempo deles”, e que é difícil muitas vezes arrumá-los de manhã para sair. Então chegam atrasados. Diz que tem dias em que a casa está uma confusão pela manhã e eles estão muito agitados; mas de tarde pode ser que eles estejam tranquilos (Diário de Campo, 17/08/2006).

Com efeito, para que sejam aceitas e executadas pelos moradores, as tarefas têm que ser negociadas, uma relação diferente do tempo do asilo, onde as atividades de tomar banho, comer, tomar remédio, da forma como eram impostas, em um dispositivo de regularização e de homogeneização, não levavam em conta a relação diferenciada. Reorganizar o sentido destas ações para cada morador é uma tarefa política e precisa preservar o tempo dos diálogos. A tarefa de levá-los ao Caps deve necessariamente ser renormalizada na atividade, já que o que importa para o trabalho terapêutico não é o fato de eles irem ao Caps, mas de *como* eles vão ao Caps e aproveitam o dispositivo.

Como observa Schwartz (apud Muniz, 2000, op.cit.), a questão do tempo não se reduz ao *tempo de mercado* (o tempo do relógio): há ainda o *tempo ergológico* (o tempo da atividade, que inclui a renormalização) e o *tempo da política* (dos valores do bem comum). Assim, para dar conta do que se propõe, o dispositivo Caps deve negociar o horário estabelecido das atividades com o tempo de uma política de desinstitucionalização, tempo para a reinserção social, e com o tempo da atividade que leva em conta o outro em sua diferença e especificidade.

“Quando eu acho que um deles está meio diferente, eu chego, pergunto. A gente chega, pergunta o que tá acontecendo... Tem uns que... O F., quando ele está meio quietão, meio assim, não adianta perguntar nada, ele vai ficar só te olhando, balançando a cabeça, não vai falar nada. O P., você pergunta, ele não fala não: “ah, quero lá saber de nada!!!?” Aí deita. Depois, ele vai, senta, e fala. Você pergunta: “por que você estava daquele jeito, não sei o que?” Ele pega e fala: “não, foi fulano que fica ali, não sei o que”... Hoje ele ia ao dentista, ele e o R.. A A. [técnica de referência] me ligou, pra falar do dentista, aí eu falei com ela: “vai o P. e o R.. Aí o R. falou:” eu vou no dentista?” Aí eu respondi que sim. O P. estava perto do telefone e daí pra cá ele já ficou quieto. Ficou rodando de um lado pro outro, não falou mais nada, ficou emburrado... Aí a S. [cuidadora] falou assim:” pode ser por causa do dentista”. E eu falei assim: “ah, então eu vou ficar aqui, deixa ele aí... você leva o R”. Pois na hora que ela e R. chegaram ele levantou. Aí ela foi conversar: “ué, seu P., por que o senhor estava quieto até agora?” E ele: “ Não, não quero ir ao dentista não, esse negócio de dentista dói meu dente!!!” Devem ter arrancado o dente dele lá na Colônia errado, alguma coisa errada que doeu o dente dele” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Os cuidadores intuem a razão do amuo do morador; pois eles buscam entender a coerência, a significação na atitude dos moradores. A partir disto, eles arriscam e não o levam ao dentista. A tarefa sofre renormalização. Ela não é executada em função de algo mais importante, que ganha prioridade naquele dia, a singularidade do morador e seu arbítrio em relação às decisões.

Esse saber-fazer, *metis* que é forjado na experiência, caracteriza a *inteligência astuciosa* de Dejours.

A astúcia, essencialmente fundamentada na mobilização subjetiva, passa pela familiarização com o processo de trabalho, por colocar em ressonância o corpo com a matéria ou a máquina e por um certo “mimetismo” que permite antecipar e intuir os acontecimentos que poderão produzir-se graças ao jogo de uma sensibilidade intencional (Dejours, 2002:50).

Observa-se sobretudo a dimensão coletiva do trabalho compartilhado, a produção e efeito da *qualidade sinérgica*, ou seja, como a cooperação interfere na economia dos *usos de si*. Particularmente em momentos de crise, quando aumentam as *contraintes* para os trabalhadores.

9- Dimensão coletiva no manejo das crises:

No trabalho conjunto, as ações de cada um dos membros que compõe a rede não obedecem a hierarquizações pré-estabelecidas. Há plasticidade na condução do processo terapêutico, conforme as situações e os recursos que cada profissional pode disponibilizar, a cada momento.

No exemplo abaixo, vemos como a crise de um morador exigiu um remanejamento de papéis da equipe, nos diversos momentos.

“Eu nunca tinha sido tão ameaçado quanto eu fui... O T., ele tinha tentado agredir o diretor de enfermagem, que ficou quieto. Por duas vezes ou mais tentou partir pra cima da técnica de referência, mas comigo, eu via ele vindo, eu parava na frente dele, ele me via e ele parava, entendeu? Aí dessa vez, ele partiu pra cima de mim, eu pensei, então o quê que aconteceu, porque até então, ele me via, ele parava, então de certa forma ele tinha um respeito, então eu pensei o quê que aconteceu, ou eu fiz alguma coisa errada, ou tem uma coisa muito errada aí, porque isso não é normal...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador percebe o perigo e recebe a ameaça do morador, que jura matá-lo. Fica amedrontado e testa o morador, quando o encontra, após uma breve internação. Oferece-lhe um cigarro.

“O objetivo na hora que eu fui oferecer o cigarro a ele foi mais por mim mesmo. Eu pensei: bom, uma hora eu vou ter que chegar perto dele. Que eu chegue agora ou então não vou chegar mais. Aí eu falei: vou ver. Se ele pular em cima de mim, é porque ele não tá muito bom ainda não; agora, se ele não fizer nada... Aí eu fui, dei o cigarro a ele, e já fiquei mais tranquilo.” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Quando o morador fica agitado no Centro de Convivência, o cuidador vai ao Caps pedir ajuda de outros profissionais, principalmente o médico, para ajudar no encaminhamento ao hospital de emergência. Acompanhamos este atendimento.

Sáimos eu, a técnica de referência, o cuidador e mais um cuidador noturno. O cuidador se mantém a certa distância, o cuidador noturno consegue uma boa aproximação e eu me aproximo aos poucos. Ele aceita um salgado e uma coca-cola, me responde com certa calma, mas às vezes se levanta e ameaça ir embora, mas após alguma resistência aceita entrar no táxi e rumamos para o HNS Carmo, onde o médico plantonista nos faz esperar cerca de meia hora. Lá encontramos um auxiliar de enfermagem que trabalhava também no HETB e logo diz: “você são da Reforma e conversam, eu fico na retaguarda” [para a contenção involuntária]. Digo que a “retaguarda” permaneça ali ao lado, mas que não se vá.

Quando chega o plantonista, explico que sei pouco do paciente e é o cuidador quem dá as explicações e informa sobre a medicação atual. O médico me pergunta o que eu faria, entendo que ele pergunta sobre a conduta e digo que acho que ele deve permanecer um tempo ali na porta de entrada até que o médico assistente compareça (Diário de Campo, 13/09/2006).

Vemos como no hospital geral as visões dos profissionais que atendem o morador não se pautam pelos mesmos princípios, o que determina um *debate de normas* e diferentes *horizontes de uso* para cada profissional. Assim, o auxiliar que se define como “retaguarda” parece entender o morador como paciente psiquiátrico portador do sintoma “agressividade”, cuja abordagem centra-se na contenção, enquanto os cuidadores trazem alguém que conhecem e que possui uma história, a quem tentam entender e ajudar. O momento da crise e o contato com o “sem sentido” e com a recusa (ou dificuldade, ou

incapacidade) do próprio morador em resolver por outras vias a sua crise faz com que os profissionais do programa de residências terapêuticas esgotem seus recursos políticos e deleguem à “retaguarda” o manejo, que se pautará pelo uso da força (da contenção física ou farmacológica).

No entanto, o que desejamos sublinhar no exemplo é que, se existe uma hierarquia no hospital geral, onde o médico define a conduta, na via pública, onde é feita a abordagem, os papéis se embaralham. Como o morador elege o cuidador como seu perseguidor, este não está em condições de conduzir a abordagem. Da mesma forma que o cuidador oferecera cigarros, nós, que pouco o conhecemos, oferecemos coca-cola, para testar uma aproximação. Ao entrarmos no táxi, vamos eu e o cuidador noturno atrás, com o morador, enquanto o cuidador vai na frente, preservando-se do contato direto com o morador e da possibilidade de uma agressão. No hospital, como sabia o cuidador, é ele quem fornece as informações que o médico necessita para o cuidado, mas é ao outro médico, que o plantonista se dirige, para definir a conduta.

10- Práxis política:

Na própria equipe as discussões clínicas são arenas de negociações políticas, na medida que os diferentes pontos de vista e implicações são debatidos de forma a que se eleja um encaminhamento comum. Em Carmo, os coordenadores entendem que o trabalho clínico só se realiza quando há um consenso, uma direção única que é pactuada nos espaços coletivos. A passagem da gestão à execução, das diretrizes macropolíticas à efetivação dos projetos, acontece por meio de uma prática de discussão das ações, onde são explicitadas as condições locais e pessoais que permitem ou não sua implementação.

Desta forma, os coordenadores apresentam as propostas e discutem sua operacionalização, como quando sugerem mudanças nas residências, e remetem aos técnicos de referência e cuidadores a decisão sobre a pertinência ou não, e quem mudar, quando e como.

As sessões clínicas também se configuram como espaço de busca de um consenso.

Tomemos como exemplo um caso já referido anteriormente:

A técnica de referência leva à sessão o caso de um morador problemático, com quem a equipe está tendo dificuldades. Apresenta o caso de forma a caracterizar as causas do

comportamento impulsivo e agressivo. Durante o debate, os diversos profissionais se colocam e particularmente uma cuidadora fala de seus sentimentos contra-transferenciais para com ele, os quais geram impasse para a continuidade de uma relação terapêutica. Ele agrediu-a verbalmente, e ela, que sempre o tratara bem, magoada, passou a tratá-lo friamente. Os demais cuidadores falam de como encaram o morador e como fazem para lidar com ele. Os coordenadores e outros técnicos e cuidadores propõem estratégias de abordagem (Diário de Campo, 13/09/2006).

O trabalho de desintitucionalização requer que os atores envolvidos acreditem em sua possibilidade. Se não houver a aposta em um potencial para a mudança, seja por parte do morador, seja por parte dos técnicos ou da sociedade civil, prevalecerá a lógica da exclusão. Como no caso citado, no qual o morador piora seu comportamento agressivo quando percebe o isolamento que a equipe lhe impõe, e passa a dormir na casa de familiares, com quem tampouco estabelece boas relações. Os coordenadores precisam que a equipe se esforce em tentar construir uma convivência mais tranqüila com o morador. Afinal, a equipe não é a família, e deve tomar certa perspectiva de seus próprios sentimentos para poder ajudá-lo. E o futuro do morador neste dispositivo (e em todo o seu território social) depende disto, que ele aprenda a escutar e controlar sua impulsividade.

Podemos ver os espaços de supervisão e discussão técnica também como arenas políticas onde os modos de execução da tarefa são pactuados e organizados. A saúde mental há muito aprendeu, no contato com o louco, a necessidade de uma atenção à complexidade do trabalho, e que falar deste trabalho produz certo distanciamento que ajuda a manter-nos no campo de uma ação clínica. Nestes espaços, supervisores e coordenadores assumem a posição de intelectuais orgânicos, portadores de um princípio educativo com a função de facilitar o estabelecimento de novas mentalidades.

A experiência que a pesquisa nos trouxe, entretanto, mostra o quanto é diverso todo o tecido social, e como, uma vez formada, a rede pode engendrar seus próprios intelectuais. Nosso cuidador, por exemplo, um jovem que até então trabalhava no comércio ambulante e que não teve formação específica em saúde, que nem o curso de capacitação chegou a frequentar, se destaca como um agente da reforma psiquiátrica da melhor tradição basagliana. A radicalidade política de suas intervenções junto aos moradores e a aguda

compreensão da tarefa sugerem uma boa dose de um fazer intuitivo, sustentado por uma ética humanista e democrática.

Sua atuação junto aos moradores se dá através do vínculo conquistado com o respeito e a disponibilidade para a “amizade” que eles possam desenvolver para com ele. Ao mesmo tempo ele se coloca como profissional e fala de seu trabalho como a constituição de uma técnica.

“Tem coisas que a gente vai aprendendo, a gente vai aprendendo sozinho; algumas coisas o pessoal foi dando uma ajuda, foi explicando... então ali eu fui me achando...”

“O que eu sei sobre a doença deles é o que os outros falam, mas eu nem guardo direito não... Acho que eu teria necessidade de saber mais sobre cada doença, sobre como é que se trata... Não sei os outros, porque eu não fiz aquele curso... Porque em uma [doença] a pessoa escuta vozes, na outra não escuta nada... porque na verdade a gente não sabe, o prontuário deles não tem quase nada...” (Diário de Campo, 04/10/2006).

Ele parece não se ressentir muito da falta desta capacitação específica. Ele valoriza o conhecimento psiquiátrico, mas apenas na medida em que a informação possa ajudá-lo no caso.

“Quando um não está bem, a gente procura o médico, e ele explica. A gente procura saber o porquê da doença dele... que pode ter sido isso, que pode ter sido aquilo... É nisso que a gente vai entendendo melhor as coisas... E isso ajuda até a pessoa a antecipar; antes do camarada surtar, a pessoa vê: não, ele já não está bem, porque está tendo os mesmos sintomas, vamos levar no médico antes que aconteça igual aconteceu daquela vez” (Diário de Campo, 04/10/2006).

O cuidador valoriza a informação científica pois esta pode ajudá-lo a entender melhor. Ele a utiliza na construção de uma maior autonomia em seu trabalho, que é possibilitado por um saber que no cotidiano, com a experiência, ele vai conseguindo, e que formará também o segundo ingrediente da competência (Schwartz). Mas tem consciência dos limites desta autonomia, de como precisa de complementaridade. Ele busca e se apóia principalmente *qualidade sinérgica* da equipe de cuidadores e na técnica de referência com quem trabalha, mas, se necessário, ele procura diretamente os gestores e coordenadores para a solução dos problemas.

Efetivamente, pensamos que não se pode avaliar a potência do cuidador sem contextualizá-lo na equipe do qual faz parte. Não se pode desvincular o potencial emancipador de sua práxis da sinergia e cumplicidade que ele mantém com os demais cuidadores e com a técnica de referência, que na coordenação do trabalho estimula a autonomia e comunga da mesma visão político-social da tarefa. Ao mesmo tempo, podemos afirmar que, em Carmo, o modo de gestão dos coordenadores do programa de residências terapêuticas estimula o desenvolvimento das competências dos profissionais (o quarto ingrediente de Schwartz).

Surpreendeu-nos, na entrevista com o cuidador, que ele não fizesse referência ao atraso de seu salário, quando solicitado a enumerar as dificuldades no trabalho. Em oficina com os cuidadores que coordenamos na mesma semana (da qual ele não participou), este foi o primeiro ponto destacado pelo grupo. Como, então, aquele cuidador tão atento às implicações sociais não incluía as próprias condições de trabalho em suas observações? Estaria ele alienado em sua práxis?

Percebemos a razão desta elisão quando pensamos sobre a função que tem para ele o trabalho. Pois este rapaz encara o trabalho que realiza como também uma aprendizagem, como um exercício de cidadania, como o aperfeiçoamento de seu modo de estar no mundo. No trabalho ele se constitui como pessoa. Identificando-se aos moradores de quem cuida, ele vai também conquistando uma maior autonomia em relação aos próprios limites. Gramsci descreve como catarse a passagem da necessidade à liberdade, o que ele chama o momento ético-político. Para estar na *polis*, para exercer o trabalho político, o homem precisa liberar-se de suas necessidades. Ele não pode ser escravo, nem mesmo o senhor da casa com suas obrigações (Hannah Arendt). Pensamos que assim este cuidador exerce o seu trabalho. Com o pensamento livre para o rigor da tarefa. Como uma arte.

CAPÍTULO V: FECHANDO UM OLHAR.

Sede administrativa do programa municipal de Saúde Mental. Alguns técnicos começam a chegar para a supervisão institucional. O cuidador P. chega à casa à procura do psiquiatra do Caps. Ele entra com D., morador, este com seu jeito bizarro, ao mesmo tempo grande e contido, sinuoso. O cuidador o convida a entrar, ele o faz com hesitação, ao descer a escada pula o segundo degrau, como se houvesse algo nele. Nos cumprimenta, apertando as mãos, respondendo com sua voz sussurrada. O diretor de enfermagem diz que ele apanhe uma cadeira para sentar. Ele o faz, mas de novo enxerga algo no chão da sala e procura um local para colocar a cadeira, evitando aquela área. O cuidador diz que ele é seu novo ajudante, que ele ajuda a tomar conta dos outros na casa.

Quando eles se retiram, eu e o diretor de enfermagem inspecionamos o chão de perto, intrigados, para ver se havia alguma coisa. Nada (Diário de Campo, 14/09/2006).

O que efetivamente o morador enxergara ali? Vasculhamos nosso arsenal psicopatológico. Seria o reflexo da luz, sobre o qual ele construía uma falsa percepção, como os alcoolistas em abstinência que vêem as linhas do assoalho elevar-se, obrigando-os a uma travessia de obstáculos? Ou seria uma alucinação verdadeira, erigida a partir do nada, pura criação mental? Não pudemos saber, nem houve oportunidade para perguntar-lhe.

O que importa é que, para ele, havia algo naquele chão, algo estranho e talvez repugnante – a julgar pela expressão de seu rosto -, cujo contato ele precisava evitar, para ali estar.

Para manter-se conosco, no espaço de convívio social, aquele morador precisava estabelecer importantes negociações, com seus “fantasmas”, com seu universo pessoal. Sua permanência ali era, então, resultado de uma intensa política. Isto traduz, para nós, modos de relação que caracterizam os espaços públicos: negociações, agenciamentos, composições.

Se pensamos, como Gramsci, que a política não é determinada somente por classes dominantes, mas resulta de uma cultura hegemônica que é formada pelo debate entre os membros da sociedade, e que, portanto, há uma responsabilidade de cada um destes membros sobre a política que é implementada, então a tarefa de uma transformação social é uma atividade coletiva.

Isto só é possível se pensarmos o espaço público como espaço de interação, palco de debates e de formação de mentalidades, onde os membros possuam autonomia e liberdade para a expressão de suas diferenças, espaços de singularização, onde as interações produzam efeitos de mudança nos atores.

Entendemos que as mudanças são possíveis de serem engendradas no meio social. Na interação entre as pessoas, em sua vida cotidiana. Pois não é na vida, na relação com o mundo, que *somos*?

A Reforma Psiquiátrica Brasileira não é uma cartilha importada. Seu ideário foi sendo construído e trabalhado por um grupo crescente de profissionais a partir de conceitos, mas também pela constatação de que o asilo produz uma desumanidade radical e violenta. Se é uma política oficial, deve ser também uma política hegemônica.

Mas a base das idéias da Reforma não é uma especialidade técnica. Apesar de referir-se a uma clientela, a base está no direito à voz e a um lugar no universo social. Então é possível que estas idéias encontrem eco na sociedade como um todo, pois se trata de lutar por um outro estatuto para as diferenças.

O espaço público é, por excelência, o espaço das diferenças, o espaço da multiplicidade. Do modo como procuramos abordar, a política é um modo de relação que se estabelece no encontro entre seres singulares. A singularidade é diferença potencial, no plano das interações. Então, para estarem no espaço público, as pessoas têm que ouvir e enxergar uns aos outros. Diferenças emergirão, e a política é o debate entre elas, para a incessante produção do espaço de convívio público e social.

O trabalho clínico do profissional de saúde mental é também um trabalho político, já que, como vimos com o exemplo do morador D., cuidar é estimular negociações, que permitam uma ampliação da normatividade, da capacidade que temos de adoecer, estado em que diminuímos nossa potência, e nos curarmos, estado em que nos sentimos potentes de novo.

Na relação com os moradores, os profissionais desenvolvem uma técnica, que inclui uma serie de procedimentos no cotidiano, que objetivam estimular o desenvolvimento da capacidade normativa.

Na relação com a sociedade civil, os profissionais trazem para o debate o louco, reintroduzindo-o como presença e voz na cena pública, formando com ele uma aliança

aberta às adesões, e garantindo sua permanência na vida comunitária. Pensamos que, assim, aumentando as interlocuções e debates possíveis de determinada sociedade, ocorre um enriquecimento da normatividade social.

Então, a partir do impacto que os moradores, ex-pacientes do HETB, produzem sobre a sociedade de Carmo, é possível que, ali, o *homem médio* possa ser *um pouco mais louco*, e que ele e a sociedade possam conviver e interagir com sua loucura, negociando com ela, sem excluí-la de seu universo de relações.

A estratégia para a transformação social é a formação da rede, que para o louco é uma rede de apoio psicossocial, que o acolha e o mantenha vivo e potente no espaço comum. A equipe de profissionais de saúde mental são os primeiros elementos dessa rede. Sua função final é fazê-la crescer, e ela o faz através de sua ação política.

A própria equipe de saúde é, ao fim, um modo político de articulação. Dispositivo político, pois trata-se de mediar, interna e externamente, diferentes especificidades, coordenar a conjunção das ações, em função da meta comum. Dispositivo de três pólos: especificidades técnicas, experiência transversal e renormalizadora, e a meta comum, os valores e a ética que ligam os elementos.

O trabalho é essa travessia da tarefa. Para o trabalhador, a atividade é o local dessa *dramática dos usos de si*, portanto a atividade é também uma política.

Em Carmo, a análise do trabalho nos permitiu, então, apreender a cartografia destes movimentos, em um recorte daquele universo.

Universo em movimento, processo caracterizado pela heterogeneidade.

Efetivamente, a equipe que assiste os moradores dos serviços residenciais terapêuticos é um conjunto de profissionais com diferentes formações, histórias e implicações. Assim, os valores da Reforma Psiquiátrica dimensionados na tarefa que são sustentados como princípios das ações, pelos gestores estaduais e municipais, na atividade cotidiana são renormalizados a partir de toda a dinâmica mobilizada nos encontros com demais membros da equipe, moradores e sociedade civil.

Em uma leitura molar, podemos observar que coordenadores e técnicas de referência seguem estes princípios, mas um primeiro debate gira em torno do entendimento da tarefa, ou do que seja o *cuidado* que deve ser prestado. Mesmo se considerarmos que um contingente da população de moradores se caracteriza (pelos mais diversos motivos, como

tempo de institucionalização, diagnóstico psiquiátrico ou clínico) pela dependência, os valores da Reforma indicam que a tutela deve considerar sempre a autonomia potencial ou a ampliação de possibilidades de normatividade de cada um dos moradores. A tutela se faz, sempre, no contexto de uma ética.

O fato de os cuidadores serem contratados por firma de perfil não assistencial, neste sentido, contribui para reforçar o debate de normas.

No plano molar, podemos dizer que, no modo como organizam e supervisionam o trabalho, gestores e coordenadores do programa de residências facilitam o desenvolvimento da competência (quarto ingrediente), estimulando a criatividade e a autonomia dos técnicos na execução da tarefa. O trabalho acontece no cotidiano do território, e, sendo assim, a atividade exercida pelos profissionais vai muito além das especificidades das disciplinas. Aliás, ultrapassa a própria função de cada um, dentro do programa, já que a disponibilidade no território determina a atividade realizada.

Espaços de reunião, sessão clínica e supervisões são dispositivos observados que regulam as atividades; espaços para se falar do trabalho, onde se estrutura a dimensão coletiva que legitima o saber-fazer dos profissionais.

Na interação com os dispositivos da rede municipal de saúde mental e com o restante da rede de saúde municipal percebemos o debate de regras que decorre de diferentes horizontes de uso que o morador assume para os profissionais, ou mesmo de éticas ou visões conflitantes envolvendo o estatuto social do portador de transtorno mental. Tais diferenças, ou mesmo diferenças entre os membros da equipe, são *contraintes* que caracterizam o *real do trabalho* e renormalizam a tarefa.

Dentro da sociedade civil, uma rede mais imediata se estabelece com o comércio ou com o setor de transportes, criando boas oportunidades para novas relações. A parceria com uma representante da Justiça municipal também tem sido positiva.

Técnicos e coordenadores do programa prezam as relações com a sociedade civil e tentam evitar ou logo solucionar os conflitos.

Há aspectos do cotidiano significantes para a reinserção social, matéria diária para os profissionais. O uso do dinheiro, por exemplo, uma *contrainte* que atravessa os vários níveis do trabalho, dos gestores aos profissionais da ponta. Outros aspectos sempre

trabalhados são as relações dos moradores entre si, a questão dos hábitos higiênicos e de civilidade, a apropriação pelo morador do espaço de moradia.

O cuidador tem função de destaque, por constituir mediação mais direta para o morador. No trabalho de toda a equipe, mas particularmente destes profissionais, observamos elementos de uma técnica dirigida para o estímulo das interações sociais. Estratégias para o exercício e expressão do pensamento, como não naturalizar, estranhar e interrogar, buscando explicitar motivações e sentimentos que promovam o vínculo e mantenham o diálogo, solo a partir do qual se estabelecem as negociações políticas, e que requerem dos profissionais disponibilidade, capacidade de escuta e senso de oportunidade. Fundamental para a potencialização da atividade coletiva é a *qualidade sinérgica* entre os profissionais, gerada no trabalho cotidiano e na convivência entre as pessoas, identificada na alegria das relações e no prazer do trabalho.

No manejo das crises psiquiátricas e dos casos mais problemáticos essas qualidades são levadas aos seus limites, percebendo-se como no trabalho cotidiano os profissionais se alternam para diminuir o stress e estimular a criatividade das intervenções.

No trabalho com as residências terapêuticas de Carmo, não é possível – nem era este o nosso objetivo – provar a hegemonia de um ideário político, mas identificar os movimentos de um processo, a evolução de uma proposta de mudança social. Nas atividades, os profissionais deparam-se com resistências, e aprendem formas de negociar com elas.

No trabalho, os profissionais dão vida à própria política, constituindo-se como atores de uma ação integral, que promove cuidado e autonomia, e confere direitos de cidadania. A integralidade é, portanto, atividade coletiva e social. Integrar é fazer rede, é ampliar, é chamar outros a agir. É, então, estabelecer uma política das relações.

A ação de desinstitucionalização do HETB em Carmo foi desencadeada e é ainda sustentada na vontade política dos gestores, o que é, até o momento, vital para a sua continuidade. Caso se torne hegemônica, passará a ser uma demanda social. Não a unanimidade ou a homogeneidade, mas é este consenso que o trabalho dos profissionais vem construir, e através dele, pensamos, o caminho está sendo sedimentado.

Como vimos em Hannah Arendt, o espaço político foi constituído, na Grécia, como dispositivo em que o falar substituíu o agir. Neste mesmo sentido homérico, nossa proposta

com este trabalho foi narrar estes feitos, este cotidiano onde, para nós – plenos de valores dimensionados ou não – algo de heróico não cessa de acontecer. Pequenas ações, pequenos gestos ou falas, pequenos mundos que possam, talvez, mover e construir, transversalizar universos. De nossa parte, o trabalho nos transformou, potencializou nossa práxis como parte de muitas. E agora – que mais?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. IN: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC/ABRASCO, 2006.

AMARANTE, Paulo Duarte da Carvalho. **O Homem e a Serpente**: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996 (20ª. Ed, 2003).

_____ (coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995 (2ª ed., 2003).

ANDERSON, Jeremy, et al. The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in community. IN: LEFF, Julian (editor). The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. **The British Journal of Psychiatry**. Supplement number 19. Volume 162, 1993.

ARAÚJO, Fábio. **Um passeio Esquizo pelo Acompanhamento Terapêutico: dos especialismos à política da amizade**. Fábio Araújo – Niterói: 2006.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Tradução de Roberto Raposo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

_____. **O Que é Política?** Editoria de Ursula Ludz. Tradução de Reinaldo Guarany. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BAPTISTA, Luis Antonio. A Reforma Psiquiátrica e a Presença da Cidade. IN: _____. **A Cidade dos Sábios**. São Paulo: Summus editorial, 1999.

BARROS DE BARROS, Maria Elisabeth. Atividade de Trabalho e Saúde dos Professores: o Programa de Formação como Estratégia de Intervenção nas Escolas. **Trabalho, Educação e Saúde**. Vol.3, nº1, 2005.

_____. Desafios Ético-Políticos para a Formação dos Profissionais de Saúde: Transdisciplinaridade e Integralidade. Mimeo. 2005.

BASAGLIA, Franco. A Utopia da Realidade. IN: _____. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Org. de Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. O Circuito do Controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica?. IN: _____. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Org. de Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BELLIGNI, Silvano. Hegemonia. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen Varriale et al. Brasília: LGE editora/ editora UNB, 2004, vol. 1, pp. 579-581.

BENEVIDES DE BARROS, Regina Duarte. **Grupo: a Afirmação de um Simulacro**. 1994. Tese de doutorado. PUC/SP, 1994.

BERCHERIE, Paul. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BEZERRA JR., Benilton. “A Clínica e a Reabilitação Social”. IN: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Social no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996, pp. 137-142.

BOBBIO, Norberto. **O Conceito de Sociedade Civil**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1987.

_____. **Os Intelectuais e o Poder: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

_____. **Estado, Governo e Sociedade: Para uma teoria geral da política**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 11ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

_____. “Política”, In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen Varriale et al. Brasília: LGE editora/ editora UNB, 2004, vol. 2, pp. 954-962.

BONET, Octavio. “A Equipe de Saúde como um Sistema Cibernético”. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

BOTEGA, Neury José. “Psiquiatria no Hospital geral: histórico e tendências”. IN: _____ (org). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, 60 pág.

BRITO, Jussara. “Saúde do Trabalhador: Reflexões a Partir da Abordagem Ergológica”, IN: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, Milton; BRITO, J.;ALVAREZ, D. (orgs.). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. “Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída”. IN: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo (orgs). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho. 6ª ed. revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTORIADIS, Cornelius. **As Encruzilhadas do Labirinto 2: os Domínios do Homem**. Tradução de José Oscar de Almeida Marques. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CAUCHICK, Maria Paula. **Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Annablume, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. “Onde se lê ‘Recursos Humanos em Saúde’ leia-se ‘Coletivos Organizados de Produção em Saúde’: desafios para a educação”. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. O conceito de política nos Cadernos do Cárcere. IN: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp. 67-82.

DAYSON, David. The TAPS Project.12: Crime, Vagrancy, Death and Readmission of the long-term mentally ill during their first year of local reprovision. IN: LEFF, Julian (editor). **The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. The British Journal of Psychiatry**. Supplement number 19. Volume 162, 1993.

DEJOURS, Christophe. **O Fator Humano**. Tradução de Maria Irene S. Betiol e Maria José Tonelli. 3ª de. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 2002.

DELEUZE, Gilles. **Conversações, 1972-1990**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Edotira 34, 1992.

_____. Spinoza e as Três Éticas. IN: _____. **Crítica e Clínica**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997.

DIAZ, Fernando Sobhie. “**Loucos de todo gênero são incapazes**”: Justiça e Saúde Mental no município de Angra dos Reis na década de 90. 2001. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

EY, Henri, BERNARD, P., BRISSET, Ch. **Tratado de Psiquiatria**. Versão espanhola de C. Ruiz Ogara. 6ª ed. Barcelona: Toray-Masson S.A., 1974.

FERREIRA, Gina. Entrevista a Luiz Antonio Baptista. IN: Ferreira, G., e Fonseca, P. (orgs). **Conversando em Casa**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2000.

FONSECA, André Luiz de C. As Moradias extra-hospitalares como alternativa à internação dos pacientes crônicos: uma avaliação do ponto de vista dos custos. Mimeo. Campinas, 1998.

FONSECA, Maria Luiza Petrucci da. “Sobre a ação da Assessoria de Saúde Mental da SES-RJ no Hospital Estadual Teixeira Brandão”. Mimeo. Rio de Janeiro, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: editora Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. ; MERHY, E. E. “Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 15(2):345-353.abr-jun.1999.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos Existentes no SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: volume 11, nº3, jul-set 2006.

GOMES, Rafael da Silveira; GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

GUATTARI, Felix. A transversalidade. IN: _ **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Tradução de Suely Rolnik. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

_____; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1993.

GUIZARDI, Francini, PINHEIRO, Roseni, et al. “Participação de Comunidades em espaços Públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: volume 14, nº1, pp.15-39, 2004.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Volume 2. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GOZZI, Gustavo. “Práxis”. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen Varriale et al. Brasília: LGE editora/ editora UNB, 2004, vol. 2, pp. 987-992.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e Vida na Contemporaneidade**. Tese de doutorado. 2006. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES/CCHN. Vitória, 2006.

LEAL, Erotildes. “Tudo está em seu Lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia”, IN: **Cadernos do IPUB nº 14**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, pp.47-54.

LEFF, Julian. Evaluating the transfer of care from Psychiatric Hospitals to District-Based Services, IN: LEFF, Julian (editor). The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. **The British Journal of Psychiatry**. Supplement number 19. Volume 162, 1993.

LOBO, Maria Cristina Costa de Arrochela. **Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado do Rio de Janeiro: um Diagnóstico Inicial**. 2004. Dissertação de mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Programa de Mestrado Profissional. ENSP/FIOCRUZ – MS, Brasília, 2004.

LOUREAU, René. “Objeto e método da Análise Institucional” (1977). IN: ALTOÉ, Sonia (org.). **René Loureau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a.

_____. “Uma Técnica de Análise das Implicações: B. Malinowski, *Diário de etnógrafo* (1914-1918)” (1987). IN: ALTOÉ, Sonia (org.). **René Loureau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b.

_____. “Implicação e Sobreimplicação” (1990). IN: ALTOÉ, Sonia (org.). **René Loureau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c.

MACHADO, Roberto. **Deleuze e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

MATTOS, Ruben. “Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MELO, Augusto Luiz Nobre de. **Psiquiatria**. Volume II. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira/Fename, 1979.

MERHY, Emerson Elias. “Em busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde”, IN: _____; Onocko, Rosana (orgs.). **Práxis em Salud: un Desafío para lo público**. Lugar Editorial/Buenos Aires – Editora Hucitec/São Paulo, 1997.

_____. “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação positiva na produção do cuidado”. IN: _____. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

_____, et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

_____. Os Caps e seus Trabalhadores: no Olho do Furacão Antimanicomial. Alegria e Alívio como Dispositivos Analisadores. Campinas, 2004. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>. Acesso em 23 junho 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1992.

MUNIZ, Hélder Pordeus. **A Gestão do Tempo de Permanência do Paciente de Neurocirurgia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**. 2000. Tese de doutorado em Ciências em Engenharia de Produção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

NASCIMENTO, Mariangella M. Reflexões acerca do Espaço Público em Hannah Arendt. **Revista Ética & Filosofia Política**. Vol. 8, nº1, junho de 2005.

NEVES, Mary Yale; SELIGMAN-SILVA, Edith; ATHAYDE, Milton. Saúde Mental e Trabalho: um campo de estudo em construção. IN: ARAÚJO, A. et al (orgs). **Cenários do Trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

NOUROUDINE, Abdallah. Risco e Atividade Humanas: acerca da possível positividade aí presente. IN: FIGUEIREDO, M; ATHAYDE, M; BRITO, J. e ALVAREZ (orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

O'DRISCOLL, Catherine. The TAPS Project.7: Mental hospital closure – a literature review of outcome studies and evaluative techniques. IN: LEFF, Julian (editor). The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. **The British Journal of Psychiatry**. Supplement number 19. Volume 162, 1993.

OPAS/OMS. **Atención Comunitaria a Personas com Trastornos Psicóticos**. Almeida, JMC.; González, FT. (editores). Washington, 2005.

ORTEGA, Francisco. Por uma Ética e uma Política da Amizade. Mimeo s/d. Rio de Janeiro, IMS/UERJ.

OSÓRIO DA SILVA, Cláudia. **Vida de Hospital: a Produção de uma Metodologia para o Desenvolvimento da Saúde do Profissional de Saúde**. 2002. Tese de doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade**. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2002. epassos@superig.com.br .

_____. **O Que pode a Clínica?** A Posição de um Problema e de um Paradoxo. Mimeo s/d.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**. São Paulo: 2001, 35(1), pp.103-109.

PIZZA, Giovanni. **Antonio Gramsci and the Medical Anthropology Now: Hegemony, Agency, and Transforming Persons**. Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio. Università degli Studi di Perugia. gpizza@unipg.it .

PINHEIRO, Roseni. “As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade”. In: PINHEIRO, R.;MATTOS,R. orgs. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. RJ: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

_____; GUIZARDI, Francini Lube. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e práticas no Cotidiano. IN: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC/ABRASCO, 2006.

SANTOS, Maria Thereza da Cunha; HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes; JUNQUEIRA, Teresinha. A Política de Saúde Mental no Brasil e o Contexto Internacional. Mimeo. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, agosto de 2006.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lucia Helena Zanetta. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. IN: FIGUEIREDO, M; ATHAYDE, M; BRITO, J. e ALVAREZ (orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Entrevista. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Vol. 4, nº 2. FIOCRUZ, setembro de 2006, disponível em www.revista.epsjv.fiocruz.br/revista . Acesso em 29 dezembro 2006.

SERPA JR, Octavio D. “Sobre o nascimento da Psiquiatria”, IN: **Cadernos do IPUB nº3**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1996, pp. 25-40.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial**. 2004. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. “O Social e o Político no Pensamento de Gramsci”, IN: AGGIO, Alberto (org.). **Gramsci: a Vitalidade de Um Pensamento**. São Paulo: Editora UNESP, 1998.

TELLES, Ana Luiza, e ALVAREZ, Denise. “Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes”, IN: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, Milton; BRITO, J.;ALVAREZ, D. (orgs.). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TYKANORI, Roberto. “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial”, IN: PITTA, Ana. **Reabilitação Social no Brasil**. São Paulo: HUCITEC,1996, pp. 55-59.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. “Pós-modernidade, complexidade e estratégias epistemológicas para práticas disciplinares e interpragmáticas em saúde mental”. IN: VENANCIO, Ana Teresa A.; CAVALCANTI, Maria Tavares (orgs.). **Saúde Mental: campos, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

_____. Dispositivos Residenciais no Contexto da Reforma Psiquiátrica: revisão de estratégias, tipologia, e dos principais desafios políticos, teóricos e práticos. Mimeo s/d. Rio de Janeiro.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma Introdução ao Tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Marcos Antônio. Autoconfrontação e análise da atividade. IN: FIGUEIREDO, M; ATHAYDE, M; BRITO, J. e ALVAREZ (orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

WALT, Gill. **Health Policy: an Introduction to Process and Power**. Johannesburg/ London and New Jersey: Witwatersrand University Press/ Zed Books, 1996.

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise: textos escolhidos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

Anexo 1: Mapa do Estado do Rio de Janeiro⁵⁴



⁵⁴ Fonte: site < www.carmo.rj.gov.br > acessado em 04/03/2007.