

Universidade Federal de São Carlos

***O Manejo da Cidadania em um Centro de
Atenção Psicossocial***

LECY SARTORI

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

***O Manejo da Cidadania em um Centro de
Atenção Psicossocial***

LECY SARTORI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela

São Carlos
2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S251mc

Sartori, Lecy.

O manejo da cidadania em um Centro de Atenção
Psicossocial / Lecy Sartori. -- São Carlos : UFSCar, 2011.
158 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2010.

1. Antropologia política. 2. Saúde mental. 3. Políticas
públicas. 4. Práticas de cuidado. 5. Centro de Atenção
Psicossocial. I. Título.

CDD: 306.2 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas@power.ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Lecy Sartori

16/03/2010

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela
Orientador e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dra. Marina Denise Cardoso
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dra. Ana Claudia D. R. Marques
Universidade de São Paulo / USP



Para minha família

Agradecimentos

Acredito que, talvez, seja impossível agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração deste trabalho. Gostaria de agradecer, primeiramente, a viabilidade financeira possibilitada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Agradeço aos professores e alunos do PPGAS-UFSCar, com os quais tive o privilégio de estar em contato nas aulas, nos cursos, nas quartas indomáveis e nas reuniões. Pessoas com quem pude travar diálogos, ouvir ideias acerca das pesquisas de campo e a possibilidade de olhar o mundo de uma maneira diferente. Gostaria de agradecer em especial a meus amigos mais próximos, como Maria Carolina de Araujo Antonio, Carmen Farias, Juliane Larsen, Tatiana Massaro, Amanda Guerreiro, Camila Mainardi, Karina Bionde, Samirian Grimberg, Flávia da Costa, Pietro Picolomini, Fábio Ribeiro, Talita Lazarin Dal Bó, Nayana Frison, Fabriza Bego, Juliana Coelho, Rodrigo Rocha, Kleber Felicio e Vitor Amaral. Agradeço a todos, por me ouvirem falar sobre a minha pesquisa. Aos colegas do grupo de pesquisa Hybris, por contribuírem de forma atenta na leitura de meu trabalho, em especial, ao Messias Basques pelas referências preciosas.

Não poderia deixar de agradecer a principal contribuição para a produção desta dissertação, a sempre sincera e instigante orientação do professor Jorge Villela. Sou profundamente grata à sua atenção e, principalmente, às suas críticas e observações inestimáveis. Entre os professores do PPGAS, agradeço a leitura atenta e delicada de Marina D. Cardoso; suas sugestões foram muito enriquecedoras.

Agradeço, também, a inestimável colaboração de todos os profissionais do CAPS Esperança, que permitiram a realização desta pesquisa. Agradeço, particularmente, a Emelice, pela generosidade em me acolher em sua residência e por contar-me sua experiência no processo de reforma empreendido na instituição Cândido Ferreira. Em especial, sou muito grata a Telma, Marta, Francine, Sonia, Camila, Ludmila, Cacá, Bianca, Cecília, Cleber, James, Ana Luiza, Isa e Hilda. Sem vocês esta dissertação não existiria.

Finalmente, o meu muito obrigada à minha família. Principalmente, aos meus pais, Ademir e Lisabete, e aos meus irmãos Ricardo e Sérgio. Pessoas queridas que me acompanham como Pedro Santarato, Letícia Pellegrine, Fatiminha, Alexandre Zaros e Pedro Henrique. Por fim, aos meus queridos tios, Rosângela e Gilberto, meus mais sinceros agradecimentos.

Resumo

Realizada a partir de trabalho de campo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Esperança, na região leste de Campinas, a pesquisa descreve a forma de organização das práticas terapêuticas. Em especial, procura-se analisar as reflexões dos *profissionais* acerca de suas *práticas de cuidado*. Em um contexto de transformações da assistência psiquiátrica, mais intenso a partir da década de 90, são mencionados alguns acontecimentos que possibilitaram o processo de *ressocialização* e a criação do CAPS Esperança. Foram igualmente analisadas a dinâmica de funcionamento da *equipe técnica* e o modo de organização do trabalho coletivo em função das práticas realizadas. Nesta dissertação, foi enfatizada uma nova tecnologia de *cuidado* operacionalizada pela prática da *escuta terapêutica* e pelo uso da medicação. O objetivo principal foi o de analisar como os *profissionais* conceitualizavam suas experiências cotidianas, além do modo como eram examinados e controlados os *pacientes* por meio de intervenções de *cuidado*. Descreveu-se como, no CAPS, as medicações eram prescritas de forma particular. Por fim, analisa-se a produção de *sujeitos* cidadãos constituídos por seus sintomas e *sofrimentos*.

Palavras-chave: Antropologia Política, Saúde Mental, Políticas Públicas, *Práticas de Cuidado*, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Sumário

<i>1. Sobressaltos</i>	2
<i>2. Apresentação do objeto</i>	5
<i>3. O CAPS Esperança</i>	9
<i>4. A experiência de campo</i>	14
<i>5. Roteiro da Dissertação</i>	22
<i>A Produção das Práticas Terapêuticas</i>	
<i>Fatos, eventos e mudanças</i>	
<i>1.1.Reforma Psiquiátrica, conquista de direitos e cidadania</i>	29
<i>1.2.Acontecimentos e “transformações”</i>	35
<i>1.3. O Hospital-Dia: uma nova proposta de assistência</i>	36
<i>Da organização institucional às práticas terapêuticas</i>	45
<i>2.1. A escuta terapêutica e as práticas de cuidado</i>	45
<i>2.2. A prática do acolhimento</i>	50
<i>2.3. A equipe</i>	51
<i>2.4. A equipe e a psicanálise</i>	54
<i>2.5. Miniequipe</i>	57
<i>Instâncias avaliativas das práticas terapêuticas</i>	
<i>3.1.Da organização institucional ao trabalho coletivo</i>	65
<i>3.2. Supervisão do Caso Clínico ou Supervisão Clínica</i>	68
<i>3.3. Supervisão Institucional</i>	72
<i>3.4. Reunião de Planejamento</i>	73
<i>O cotidiano das práticas terapêuticas</i>	
<i>4.1. O cálculo terapêutico</i>	81
<i>4.2. O delinear da terapêutica</i>	84
<i>4.3. Triagem</i>	89
<i>4.4. A consulta médica</i>	94
<i>A eficácia das intervenções terapêuticas: gestão, controle e produção de sujeitos</i>	
<i>A medicação</i>	
<i>5.1. A ação da medicação e a possibilidade do não confinamento</i>	104
<i>5.2. A ação da medicação nos corpos dos sujeitos</i>	108
<i>5.3. A agência social da medicação</i>	112
<i>O fluxo de informação e a constituição dos sujeitos</i>	
<i>6.1. A reformulação das práticas psiquiátricas e a produção do sujeito</i>	123
<i>6.2. Uma exposição sobre a teoria nativa dos sujeitos</i>	127
<i>6.3. O sujeito e a dinâmica da transferência</i>	129
<i>6.4. O manejo da cidadania</i>	132
<i>6.5. A composição dos sujeitos na invenção de novas relações</i>	140
<i>6.6. A responsabilização dos sujeitos</i>	145
<i>Considerações finais</i>	168
<i>Referências Bibliográficas</i>	174

Introdução

Nós não podemos falar nada sobre nós e a nossa época, sem começarmos por definir a loucura. Como é que se explica que nós sejamos seres dotados de razão, enquanto a nossa sociedade é tão ligada à loucura? Como as pessoas que tem toda a sua razão podem agir como se estivessem loucas e acreditar nas idéias loucas que a sociedade lhe impõe? Nós podemos encontrar uma resposta com aqueles que perderam a razão. O que é que os deixou loucos? As pessoas ficam assim quando não chegam a criar uma relação funcional e prática com a sociedade e com a realidade. O que eles fazem? Eles criam uma sociedade que é uma realidade para eles. Eles ficam loucos para não perder a sua razão. A sua loucura é a explicação que eles dão para a loucura que eles encontram no mundo.

Edward Bond

1. Sobressaltos

Esta dissertação é um trabalho etnográfico sobre as relações sociais estabelecidas no interior do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Esperança. Embora o objetivo principal do texto seja a descrição da organização da *equipe*¹ de *profissionais*² na invenção de suas relações de *cuidado*³, existe uma preocupação em descrever a relação da interação medicamentosa do *paciente* com o discurso dos *profissionais* que analisam e avaliam esta prática como terapêutica. Passo a descrever, a seguir, como se deram a descoberta e o primeiro contato com o campo de pesquisa.

A proposta do projeto de mestrado era realizar uma etnografia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Num momento inicial, tentei alguns contatos com pessoas que lá trabalhavam, mas foi através de uma busca na internet que descobri o trabalho realizado pela instituição filantrópica Cândido Ferreira (assunto ao qual será dedicada uma descrição minuciosa no próximo tópico e no capítulo 1). Foi em um anúncio, encontrado no site (<http://www.candido.org.br>) do *Cândido* (modo como meus interlocutores denominam a instituição Cândido Ferreira), que tomei conhecimento de um curso (oferecido pelo Cândido-Fumec) sobre o papel do CAPS na *Rede* de saúde. O curso de educação continuada, denominado “O CAPS e seu papel na rede de saúde”, foi ministrado por *profissionais* que trabalham nas instituições do Cândido Ferreira, no período de maio a junho de 2007, e teve como objetivo reorientar a ideia construída sobre seu papel como instituição substitutiva do hospital psiquiátrico. Naquela

¹ Todos os termos que aparecem em itálico correspondem a expressões nativas, com exceção das palavras em idioma estrangeiro. As palavras e frases colocadas entre aspas correspondem à transcrição da fala dos meus interlocutores de pesquisa. Em alguns casos, as aspas serão utilizadas para indicar citação de outros autores e, nesse caso, se farão acompanhar pela referência bibliográfica correspondente. O que denomino *equipe* corresponde ao grupo de *profissionais* que trabalham no CAPS Esperança (ver tópico 2.3, no capítulo 2).

² O que denomino de *profissionais*, *terapeutas*, *técnicos* ou *interlocutores* são as pessoas que trabalham no CAPS Esperança (discutirei detalhadamente este assunto no capítulo 2).

³ *Cuidado* ou *práticas de cuidado* são termos utilizados para denominar a configuração do tratamento psiquiátrico. Todavia, as *práticas de cuidado* não estão fundamentadas na busca incessante pela cura, mas na administração e controle dos fenômenos que podem causar mal-estar para os *pacientes*.

oportunidade, O CAPS era apresentado como um dispositivo de comunicação entre as instituições que compõem a *Rede* de saúde mental em Campinas.

Os participantes do curso eram estudantes e profissionais da área de saúde mental que, em sua maioria trabalhavam em municípios vizinhos a Campinas, em instituições tais como: enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, Centros de Saúde e outros CAPS. Durante o curso, conheci Helena⁴ – coordenadora de estágio do Cândido Ferreira – que encaminhou meu projeto para a avaliação feita pela Comissão de Ética da instituição. Após a aprovação desta instância, precisei da aceitação da *equipe* de *profissionais* do CAPS Esperança, classificado como um CAPS III. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde (nº 336-02, 2002), o CAPS III é uma instituição com capacidade operacional para atender a uma população acima de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia e sendo responsável por regular a entrada na *Rede* de assistência que abrange um território específico. Deve dispor de cinco leitos para *acolher os pacientes* em *crise* – a permanência no “leito noite” é limitada em sete dias corridos ou dez dias intercalados, no período de um mês. O CAPS III tem a responsabilidade de “supervisionar e capacitar as *equipes* de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território” (Idem, 2002).

Assim também conheci Lídia – a gerente do CAPS Esperança, terapeuta ocupacional e psicanalista lacaniana. Ao contatá-la por telefone, combinamos um encontro com a *equipe*, em uma quarta-feira antes do carnaval de 2008. Desloquei-me até a região leste de Campinas, onde se localiza o CAPS Esperança, num momento em que a maioria dos *profissionais* estaria presente, visto que era o dia da *reunião de equipe*. Ao entrar pelos portões do CAPS – maravilhada com a casa cercada por coqueiros e toda gramada – mal podia imaginar como seria a aceitação de uma

⁴ Este nome é fictício, assim como todos os outros presentes nesse texto. A opção por utilizá-los foi feita na tentativa de preservar a identidade e privacidade dos meus colaboradores de pesquisa.

pesquisadora em antropologia pela *equipe* da instituição.

Quando toquei a campainha, um imenso portão branco, de ferro desenhado e vazado abriu-se à minha frente. Avistei algumas pessoas ao sol e cumprimentei o porteiro. A ele expliquei os motivos de minha presença naquele local. O sobrado era rodeado por um jardim de fícus, gramíneas e algumas folhagens. Entrei pela garagem, subi os degraus da entrada e cheguei em um *hall* escuro próximo ao banheiro – o que avivava em minha memória o cheiro característico de algumas enfermarias hospitalares. Minha primeira sensação foi de espanto, cercada de pessoas por todos os lados. Eu não conseguia distinguir os usuários dos *profissionais* – sensação esta que me acompanhou por um bom tempo no decorrer do trabalho de campo. Isto aconteceu porque, no CAPS, os *pacientes* transitavam livremente por alguns espaços, com exceção de alguns cômodos da casa, que eram trancados pelos funcionários (espaços como a cozinha, a sala administrativa, a sala da terapia ocupacional, a sala da *equipe* e a farmácia). *Paciente* é a forma como os *profissionais* do CAPS nomeiam as pessoas assistidas pela instituição, palavra esta utilizada para designar uma pessoa de modo não específico, uma vez que quando se referem a um *paciente* conhecido pela *equipe*, o fazem normalmente pelo nome. Utilizarei o substantivo *paciente* no singular como um dado de campo que remete aos *sujeitos* tratados de forma geral. Os *profissionais* também utilizam a palavra *sujeito* (*sujeito* é todo aquele implicado na relação de *cuidado*. Na instituição, tanto os *pacientes* quanto os *profissionais* são assim denominados).

Uma vez no interior da casa, deparei-me com muitas pessoas, vozes, portas e o som alto da televisão. Quando estava em frente ao quadro de avisos, fui abordada por uma pessoa que, de uma forma bem delicada, pediu para que eu aguardasse. Explicou-me que a *reunião de equipe* estava atrasada e que eu seria atendida em pouco tempo. O espaço onde eu estava possuía várias portas que davam acesso a outros cômodos da

casa. Uma delas era a do postinho de enfermagem, impossível de passar despercebida, uma vez que, à sua frente, havia uma grande quantidade de *pacientes*, dispostos em fila para tomar a medicação. Sua permanência ali impossibilitava a minha passagem para um salão ao fundo, que mais tarde descobri ser o refeitório e o lugar onde são realizadas algumas *oficinas* (grupos terapêuticos que realizam atividades com o *paciente*) e a *assembleia* (uma atividade em grupo da qual participam *profissionais* e *pacientes* para discutir questões coletivas). Caminhei até o quintal e sentei-me em uma cadeira de plástico junto a outros *pacientes*. Minha presença foi notada por todos, e, ato contínuo, algumas pessoas me perguntaram se eu era a “doutora nova”. Respondi-lhes que não e conversei com os que estavam ali, até ser chamada para participar da *reunião de equipe*.

Segui a pessoa que me chamara até um espaço localizado em frente à sacada da casa. Como era uma *reunião de equipe*, os *profissionais* estavam sentados e dispostos em roda no interior de uma ampla sala onde, no centro, havia uma mesa de plástico com café e água. Lídia me apresentou à *equipe* (o grupo de *profissionais* da instituição) e pediu para que todos me dissessem seus nomes e suas profissões. Em seguida, pediu para que eu apresentasse meu estudo. Expus minha pesquisa, em linhas gerais, e meu projeto circulou pela sala de mão em mão. Depois da apresentação, algumas pessoas me fizeram perguntas sobre a pesquisa, enquanto outros teceram comentários sobre o referencial teórico. Um *profissional* pontuou o interesse das pessoas que ali estavam em futuramente ter acesso aos resultados obtidos pela pesquisa. Alguém me sugeriu intervir em momentos de dúvida sobre o cotidiano das práticas. Logo após as questões colocadas pela *equipe*, Lídia perguntou se eu gostaria de ficar para participar do final da reunião. Prontamente respondi que sim e permaneci, então, na sala. Ao final da reunião, Lídia listou os “informes”, ou seja, informações sobre a participação de *profissionais* do CAPS em alguns eventos e no Fórum de Saúde Mental, em Campinas. Finalmente,

obtive a permissão para realizar minha pesquisa na referida instituição.

Os interesses da pesquisa levaram-me a estabelecer um contato cotidiano com aquelas pessoas, fato este que resultou em uma sincera relação afetiva com os *profissionais* e com alguns *pacientes*. Esse contato mais próximo, principalmente com as pessoas da *equipe*, fez com que estabelecessem comigo uma relação de confiança, relação esta que me possibilitou compreender a sutileza de suas relações e de algumas de suas práticas (assunto que será discutido no tópico “*O campo*”).

2. Apresentação do objeto

O CAPS Esperança foi criado por trabalhadores do Cândido Ferreira. O trabalho ambulatorial foi inicialmente experimentado pela *equipe* do Hospital-Dia (HD), ainda no âmbito da referida instituição filantrópica, em Sousas. O HD foi criado em 1991 após um acontecimento⁵ ocorrido no ano anterior que, segundo um interlocutor da pesquisa, “viria a modificar toda a história da instituição filantrópica Cândido Ferreira”. Trata-se do contrato de co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas, assinado em maio de 1990. Para uma interlocutora da pesquisa e enfermeira do CAPS Esperança, o convênio de co-gestão permitiu “compartilhar as responsabilidades do tratamento e trouxe a possibilidade de mudanças por meio de intervenções diretas no velho Sanatório”.⁶

O CAPS Esperança, fruto das experiências elaboradas pelos *profissionais* da

⁵ Utilizo a noção de “acontecimento” (Foucault, 2006) para captar os efeitos históricos que possibilitam explicar mudanças que foram determinantes na criação de novas instituições e de novas *práticas de cuidado*. Essa forma de análise pontua as singularidades históricas e, com isso, expõe as evidências que sustentam os nossos saberes, práticas e sentimentos. Decompondo os acontecimentos em seus múltiplos processos é possível tornar inteligível as relações e as formas de racionalização inscritas nas técnicas. Isto possibilita a iluminação dos regimes de verdade e de jurisdição que programam as condutas e constituem um fragmento da realidade.

⁶ O Sanatório, construído na segunda década do século XX, foi a primeira instituição filantrópica a oferecer cuidados para doentes mentais no estado de São Paulo (Harari & Valentini, 2001).

instituição filantrópica Cândido Ferreira, instalou-se no atual imóvel em quatro de abril de 2003. A experiência com a criação do Hospital-Dia possibilitou à *equipe* pensar num projeto que viria a funcionar na *lógica do território* (diretriz do SUS que prescreve o atendimento institucional inserido em uma determinada região ou território de Campinas). Assim, surgiu o CAPS Esperança que, além da assistência realizada durante o dia, também possui os leitos noite para internações de curto prazo, visando aos *pacientes* já conhecidos e tratados pela *equipe de profissionais*. Este CAPS é responsável pelo atendimento do distrito leste de Campinas e contempla cerca de 280 *pacientes*. Estes últimos são classificados de acordo com a frequência com que vão à instituição: *pacientes intensivos* (frequentam a instituição até 25 dias por mês), *semi-intensivos* (até 12 dias ao mês) e *pacientes não-intensivos* (3 dias ao mês) (cf. Portaria MS nº 336-02, 2002). O CAPS Esperança atende em média 90 *pacientes* por dia, a maioria deles intensivos. Os *pacientes* são diagnosticados como “psicóticos e alguns poucos como neuróticos graves”, segundo a médica psiquiátrica do CAPS.

Segundo os *profissionais*, nessa instituição, o trabalho é produzido de forma coletiva. No cotidiano institucional, existem relações que incentivam a produção de práticas criativas. Para tanto, foi elaborada uma forma de organização que possibilita *autonomia* para a invenção de um *cuidado* terapêutico específico para cada *paciente*. A *autonomia*, tanto do *profissional* quanto do *paciente*, está relacionada à capacidade de ser resiliente. Os *profissionais* de diferentes áreas comunicam-se entre si, o que proporciona uma relação com os diferentes *sujeitos* e saberes que compõem a *equipe*.

A possibilidade de estar em campo diariamente me permitiu perceber que algumas relações e práticas questionavam certas medidas governamentais previstas em lei. É o caso, por exemplo, do número de internações. Enquanto a diretriz da Reforma Psiquiátrica propõe cinco leitos para estes casos, o CAPS Esperança já chegou a contar

com doze *pacientes* internados no leito noite. A explicação para tal fato é que sua *equipe acolhe* (*acolher* é considerada uma prática de *cuidado*) todos os *pacientes* que precisam de *cuidado* intensivo. A lógica do atendimento era criada a partir da *demand*a dos *pacientes* ou, como afirmam os *profissionais*, “nas necessidades dos *pacientes*”. Por essa razão, afirmam assumir uma postura *autônoma* para avaliar, nesse caso específico, o aumento do número de leitos. Essa disposição do atendimento permite ao *profissional* contestar e criticar a prescrição da Lei a partir da experiência diária com os *pacientes* na instituição. Tanto suas práticas quanto seu posicionamento diante de um caso particular modificavam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, suas experiências eram avaliadas de forma contínua.

O atendimento público aos *pacientes* psiquiátricos, no Brasil, está em processo de avaliação pelo governo federal. A política governamental de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos — que ainda acontece no país⁷ — proporciona o aumento da população atendida por instituições como os CAPS.⁸ Os *profissionais* do CAPS Esperança preocupam-se com a qualidade do serviço prestado e com a manutenção da legitimidade da instituição — não mais como algo que viria a substituir o modelo hospitalar, mas como uma entidade que articula uma *Rede* de assistência, proporcionando ao *paciente* a possibilidade de escapar do confinamento.

Ao participar das discussões ocorridas nas reuniões com a *equipe*, foi possível entender as reflexões feitas pelos *profissionais* sobre suas práticas cotidianas. Tais reflexões estão ligadas aos estudos, às pesquisas e às experiências que os atores

⁷ Alguns mecanismos, implementados pelo Governo, possibilitaram a redução de leitos em hospitais psiquiátricos. A política de criação e expansão de instituições como os CAPS, as Residências Terapêuticas, os benefícios como o “Programa De Volta Para Casa”, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiatria (PNASH), assim como o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) permitiram a redução de 6.227 leitos, entre os anos de 2003 e 2005 (Delgado *et al.*, 2007).

⁸ Estima-se que, no Brasil, 3% da população possuem alguma doença mental severa, enquanto 6% da população sofrem de alguma desordem mental. Cerca de 12% da população utiliza os serviços de saúde mental de uma forma regular ou ocasionalmente, ao passo que os serviços responsáveis por atender a saúde mental recebem 2,3% da renda destinada à saúde nacional (Henry, 2008: 34) .

desenvolvem ou desenvolveram em relação ao trabalho assistencial. Como exemplo disso, pode-se afirmar que: a maior parte dos psicólogos do CAPS é formada em cursos de aprimoramento; uma psicóloga faz seu mestrado em Saúde Coletiva, alguns *profissionais* especializaram-se em Políticas Públicas (na Unicamp); uma psicóloga faz um curso de *Acompanhamento Terapêutico (AT)* em São Paulo; outra cursa uma disciplina de filosofia na PUC São Paulo (onde pretende prestar o mestrado no próximo ano). Os *profissionais*, em sua maioria, são psicanalistas lacanianos. Alguns deles participam de outras atividades, ministram aulas e publicam artigos pelo Centro Laciano de Investigação da Ansiedade (CLIN-a).⁹ A *equipe* possui, no mínimo, quatro psicoterapeutas com consultório particular, no qual prestam serviços como psicanalistas. A maioria dos *profissionais* frequenta sessões de psicoterapia com psicanalistas de fora da instituição. Meus interlocutores afirmam que tal prática é necessária para não adoecerem e não prejudicarem o trabalho que realizam. Além disso, alguns *profissionais*, principalmente os psicanalistas, submetem à supervisão casos que atendem individualmente no CAPS, isto é, os discutem com um profissional de fora da instituição.

Alguns *profissionais* participam de reuniões chamadas de “Cartéis”,¹⁰ ou seja, sessões nas quais se discute textos sobre psicanálise laciana. Este “Cartel”, criado por alguns *profissionais* do CAPS Esperança, está inscrito na Escola Brasileira de Psicanálise. Outros *profissionais* mantêm uma estreita ligação com o *Centro de Convivência*, instituição criada pelo Cândido Ferreira e localizada próximo ao CAPS.

⁹ O CLIN-a é associado ao Instituto do Campo Freudiano de São Paulo. Este centro oferece um Curso de Formação em Psicanálise e Saúde Mental. A partir do ensino da teoria de Jacques Lacan, seus membros promovem e participam de um programa de pesquisa sobre psicanálise aplicada às instituições.

¹⁰ Os “Cartéis” foram propostos por Lacan em seu empreendimento de elaboração teórica. Esses grupos tinham a intenção de possibilitar uma “abertura criativa da análise” (Guattari, 2005: 241). O cartel como uma invenção de Lacan procura manter um posicionamento de investigação em relação à psicanálise. Este dispositivo adota como princípio a elaboração de um pequeno grupo que, ao mesmo tempo, possui uma estrutura de funcionamento que visa impedir efeitos grupais, como a inércia típica de grupos de trabalho, que acabam por criar obstáculos à produção de um novo saber para o sujeito (Lacan, 2003).

Esse *Centro* foi projetado para ser um espaço de atividades (físicas, educacionais e culturais) do qual participam tanto os *pacientes* do CAPS quanto os moradores da comunidade. Uma das médicas da *equipe* trabalha, com crianças, no Ambulatório de Transtornos Alimentares e no Centro de Educação e Vivência Infantil (Cevi). Enfim, essa breve exposição sobre os *profissionais* revela um pouco da multiplicidade dos atores e das experiências que articulam suas relações com outras instituições. No próximo tópico, farei uma breve exposição sobre os *profissionais* em sua relação com a instituição, com os *pacientes* e com sua prática terapêutica.

3. O CAPS Esperança

No período da manhã, no CAPS, o fluxo de pessoas costuma ser mais intenso, pois a maioria dos *profissionais* está na instituição. No período noturno, a *equipe* vê-se reduzida; na maior parte das vezes, contando com dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro de plantão para cuidar dos *pacientes* internados no leito noite. Este último, às vezes, é utilizado por *pacientes* que precisam ser *acolhidos*. Em alguns momentos, esse *acolhimento* não remete diretamente a um problema psicológico ou patológico, existindo circunstâncias em que o *paciente* está em situação de rua e precisa pernoitar no CAPS até que sua *equipe* ou família o possa ajudar a encontrar um lugar para morar. O número dos *sujeitos acolhidos* no leito noite pode variar segundo as necessidades dos *pacientes* assistidos. Normalmente, há de sete a doze *pacientes* internados, em geral aqueles que não estão se sentindo bem e que preferem permanecer na instituição. No caso de uma urgência no período noturno, o CAPS encaminha o *paciente* para a enfermaria psiquiátrica da Unicamp, uma vez que a instituição não conta com um médico de plantão. Em geral, são atendidos os *pacientes* já *cuidados* pela *equipe*.

Nessas situações, é possível telefonar para os médicos psiquiatras do CAPS ou para o SAMU¹¹, encaminhar o *paciente* para o *Núcleo de Atenção à Crise* (NAC) no Cândido Ferreira, ou ainda para uma enfermaria psiquiátrica.

O CAPS Esperança é uma instituição que se propõe a ajudar o *paciente* a “construir laços sociais” — como afirmam meus interlocutores: “a construção da rede é nosso laço social” — laços esses que podem ser rompidos devido às *crises*, *sofrimentos* (*sofrimento* é um estado de mal-estar manifesto de forma singular) e à antiga forma de tratamento baseada em internações por longos períodos (meses, anos e, em alguns casos, até mesmo décadas).¹² Para os *profissionais* do CAPS, a *crise* é uma situação caracterizada por um intenso *sofrimento*, que pode ser decorrente do agravamento dos sintomas ou por problemas familiares e sociais. Segundo Zago (2001: 83), *profissional* do Cândido Ferreira, a situação da *crise* é um momento de ruptura do *sujeito* que demanda *cuidados* intensivos e intervenções emergenciais. O movimento da Reforma Psiquiátrica, considerado um processo histórico de questionamento e reformulação das práticas psiquiátricas, tinha como princípio elaborar um novo modelo de assistência e estimular a inserção do *paciente* em uma rede de relações. Deste modo, fez-se igualmente necessária uma mudança nas práticas de atenção psicossocial, uma vez que tais iniciativas eram voltadas para *pacientes* com histórico de muitas internações psiquiátricas e desconectados da realidade social.

Esta nova tecnologia de *cuidado*, colocada em prática pelos *profissionais* do Cândido Ferreira, teve como efeito a criação de uma *Rede* de instituições que oferece *cuidados* médicos preventivos em sua estratégia de promover a saúde. A operação

¹¹ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

¹² Qual seria o problema de um *paciente* em *crise* ser enviado para um hospital psiquiátrico? Meus interlocutores referem-se às longas internações, a uma terapêutica baseada nas contenções químicas e físicas e ao rompimento de laços já construídos com amigos e parentes. Além disso, o *paciente* tratado por outra *equipe* não teria um *cuidado* particular elaborado a partir de um conhecimento metucioso adquirido por meio da *escuta terapêutica* e da relação de *transferência*.

preventiva configura-se em práticas que têm por finalidade promover a integração e a adaptação dos *sujeitos* a uma rede de laços sociais inicialmente produzida no interior do espaço institucional do CAPS, para depois expandir-se para outras instituições que compõem a *Rede* de assistência à saúde mental em Campinas. A rede é entendida como um conjunto de laços que atravessam outros *pacientes*, *profissionais* e instituições, sendo formados a partir do diálogo, pela troca de informações, por relações de afeto e de amizade.

De modo geral, a *clínica* é produzida a partir das explicações que cada *paciente* elabora sobre o seu mal estar. Segundo meus interlocutores, ela é tudo aquilo que o *profissional* aprende na relação com o *paciente*, ao mesmo tempo em que constitui uma prática terapêutica ou uma tecnologia de *cuidado*. A operação *clínica* desloca a assistência do campo da significação anatomopatológico para a explicação dos sintomas apresentados no discurso do *paciente* sobre seu *sofrimento*. Assim, sua prática cotidiana permite a todos os *profissionais* utilizarem estratégias técnico-institucionais para a aquisição de um saber sobre os *sujeitos* que possibilite a produção de uma rede de relações sociais. Para meus interlocutores, a *clínica* promove o “aparecimento dos sujeitos”, que no dia a dia são investidos de intervenções terapêuticas visando à construção de uma rede de conexões sociais. O objetivo da *equipe de profissionais* é produzir *sujeitos autônomos* que possam estabelecer contatos com outras pessoas, criar novas relações e, se possível, um contato mais efetivo com a comunidade. Os *profissionais* do Cândido Ferreira criaram espaços institucionais de atividades para os *pacientes* como o Centro de Convivência, o campeonato de futebol (Intercaps), o Ateliê de Arte do Espaço Oito,¹³ a Rádio Maluco Beleza e as reuniões *intersetoriais*. O

¹³ O Ateliê de Arte Espaço Oito promove oficinas de arte, bem como cursos e exposições. Recentemente, o SESC-Campinas convidou os *pacientes* e *profissionais* do Cândido para realizarem uma oficina de arte. O objetivo principal era “proporcionar a inclusão social pela atividade estimulando o desenvolvimento

objetivo do trabalho realizado pelo CAPS é o de conferir ao *paciente* a possibilidade de inventar, segundo uma psicóloga do CAPS Esperança, “uma rede social comunitária que é uma rede no sentido de laço social”.

Desta maneira, a instituição propõe um anteparo e a possibilidade de um *vínculo* inicialmente construído com o *profissional* da casa, por meio da *transferência*. Segundo meus interlocutores, o *vínculo* define-se como uma relação na qual o *profissional* cria um laço com o *paciente*, possibilitando que este último estabeleça uma conexão com seu tratamento. Essa interação possibilita compreender e significar o contexto no qual o *paciente* está inserido. Dessa maneira, a *transferência* pode ser definida como a relação que confere ao *paciente* a chance de participar ativamente do seu tratamento. Portanto, o *sofrimento*, os problemas e os enigmas do *sujeito* serão dirigidos a um *profissional* que o atende e com o qual simultaneamente estabelece uma relação de confiança (Bichara & Palmieri, 2007: 231).

As práticas terapêuticas são elaboradas a partir do saber adquirido pela *escuta* terapêutica, isto é, o ato de ouvir a *demanda* do *paciente*. A relação de *transferência*, por sua vez, permite ao *profissional* ter acesso à sua verdade. No CAPS, os *profissionais* procuram criar relações e laços permeados pelo *afeto* e pela *transferência*, o que lhes possibilita criar uma relação de afinidade, baseada em *vínculos* de confiança e obediência. Assim, é possível afirmar a existência de uma *responsabilidade* em fazer circular as informações conquistadas por meio da relação de *transferência*. Com base nesta última, o *profissional* se *responsabiliza* pelos *sujeitos* atendidos, o que lhe permite *calcular* a intervenção terapêutica mais adequada, que viabiliza a criação de *vínculos*, relações, *autonomia* e *cidadania*. Assim, ao invés da cura, busca-se a emancipação dos

das potencialidades e habilidades individuais, a interação grupal e os princípios de exercício da cidadania e de respeito aos direitos humanos” (ver: <http://www.candido.org.br/content/view/66/82/>).

sujeitos por meio da invenção de relações de independência pessoal e de troca com sua realidade social.

De modo geral, no CAPS, os *profissionais* não discutem as patologias, mas os diagnósticos¹⁴ e a doença como foco do tratamento. Meus interlocutores discutem o *manejo do caso clínico*, que é uma forma de cuidar da *demanda* e das *necessidades* do *paciente*, expressa pela *escuta terapêutica*. A *demanda* deve ser entendida como um problema enfrentado pelo *paciente*: um desentendimento com um familiar, um problema clínico ou um problema com a medicação e seus efeitos colaterais. Durante a realização do trabalho de campo, foi possível observar que a *equipe* funciona com base em uma rede de amizade e solidariedade. A particularidade das conexões estabelecidas em rede permite que ela compartilhe um sistema de comunicação baseado nas relações individuais, o que possibilita a circulação de informação de forma rápida e eficiente. Isso pode ser observado em seu aspecto organizacional, uma vez que, na maior parte do tempo, os *profissionais* conversam sobre os *pacientes*, discutem o *caso clínico*, narram uma *visita domiciliar* ou o modo como um *paciente* está reagindo a uma determinada intervenção. As informações compartilhadas lhes permitem avaliar o seu posicionamento frente às reações dos *sujeitos*.

Dentre os aspectos favorecidos por esta troca inclui-se a prática do *manejo* que, por sua vez, permite à *equipe* articular relações, redes, contratos, conversas, conexões, *escutas*, medicamentos, projetos e táticas para impedir que o *sujeito* entre em *crise* e precise ser internado em um hospital psiquiátrico. Esta última acarretaria um rompimento das relações estabelecidas com outros *pacientes* ou, até mesmo, com os *profissionais* do CAPS, além de igualmente afetar os laços familiares. Para meus

¹⁴ No CAPS Esperança, as discussões sobre o diagnóstico aconteciam quando os *profissionais* precisavam preencher a APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo), um procedimento burocrático que demandava dados dos *pacientes*. Tal documento é indispensável para o repasse de verba governamental para a instituição.

interlocutores de pesquisa, o *manejo terapêutico* define-se pela organização das formas de intervenção terapêutica sobre um determinado *caso clínico*. Com isto se busca a melhor forma de ação, intervenção, administração e controle da vida dos *sujeitos* tratados na instituição. Deste modo, o *manejo do caso clínico* constitui uma intervenção terapêutica a partir de um conhecimento adquirido pela prática da *escuta*, a partir da qual o *terapeuta calcula* a forma de proceder, ou seja, a maneira como irá se comportar e o que exatamente ele pode ou não falar para o *paciente*. Assim, o *profissional* avalia a posição ou “o lugar” que irá ocupar na terapêutica e o modo como deverá agir em relação a um *paciente* que não está se sentindo bem ou que precisa de ajuda para resolver um problema. O *manejo terapêutico* define-se, portanto, como uma prática por intermédio da qual a *equipe* controla e administra a vida dos *pacientes*.

4. A experiência de campo

Iniciei minha pesquisa intensiva de campo em fevereiro de 2008. A princípio, minha ideia era a de permanecer na instituição por quatro meses. Todavia, o período de inserção acabou se estendendo por mais um mês devido a meu interesse em participar da *reunião de planejamento*. Desse modo, o material utilizado para a redação desta dissertação foi coletado ao longo de cinco meses de experiência de campo, nos quais participei do cotidiano institucional. Durante esse período, foi possível estar em contato tanto com os *pacientes* atendidos pela instituição, que circulavam pela casa, como também com os *profissionais* que ali trabalhavam. Os objetivos da pesquisa englobavam a observação da rotina institucional, mas também a oportunidade de participar das atividades desenvolvidas, de verificar a organização da instituição, de examinar os prontuários e de conversar com os *profissionais*. Minha presença na instituição suscitou

perguntas que se estenderam até o final do meu trabalho de campo. No entanto, a curiosidade mostrava-se mais intensa no começo das minhas visitas. As pessoas me indagavam sobre a minha pesquisa e sobre a antropologia. Contudo, naquele momento, eu não sabia ao certo como a pesquisa iria se desenvolver. Explicava, então, que eu estava ali para conhecer o funcionamento e a organização da instituição, assim como o tratamento oferecido.

No CAPS Esperança, me foi permitido o acesso a todas as atividades que aconteciam em *equipe* e com os *pacientes*. O *cuidado* terapêutico não se restringia a atividades como a *reunião de equipe*, a *reunião de mini-equipe*, o *grupo de estudo* (reunião dedicada à leitura de textos), a *supervisão clínica e institucional* (respectivamente, dedicada à discussão de um *caso clínico* e aos problemas institucionais). Mas incluía atividades que participavam *profissionais* e *pacientes* como a *assembleia*, o *grupo de tratamento*, o *acolhimento*, a *triagem*, a *consulta médica*, o atendimento individual, as *oficinas*, o acompanhamento terapêutico (AT), as *visitas domiciliares* (visita à residência do *paciente* motivada pela *demanda* de cada *caso clínico*) e a *reunião de matriciamento* (da qual participavam os *profissionais* do CAPS e de outra instituição que faziam parte do distrito leste, na qual os *profissionais* discutiam os *casos* de *pacientes* que transitavam entre ambas instituições).

A única atividade que eu não pude acompanhar foi a supervisão feita somente com os técnicos de enfermagem. Dessa última, tampouco participavam os enfermeiros graduados e a gerente do CAPS, tão somente os técnicos de enfermagem e a supervisora que coordenava a reunião. Participei igualmente de algumas atividades que ocorreram fora da instituição como a *reunião de matriciamento* realizada no Centro de Saúde, bem como algumas *oficinas* realizadas no Centro de Convivência, *visitas domiciliares*, *acompanhamento terapêutico* (AT) e alguns outros eventos — tais como a apresentação

do grupo de música, a festa de lançamento do livro de receitas da *oficina* de culinária e o sarau do Centro de Convivência.

Após conseguir a autorização para realizar o trabalho de campo, entrei em contato com a rotina institucional, em meio à qual as pessoas se conheciam e mantinham relação de amizade e de afinidade. Isto podia ser observado tanto nas relações entre os *profissionais*, como também naquelas estabelecidas entre os *pacientes*. Minha presença no CAPS suscitou um duplo estranhamento: tanto de minha parte quanto por parte das pessoas que participam do cotidiano da instituição. Esse processo de estranhamento, tão peculiar ao antropólogo que se defronta com aqueles que pretende transformar em seu “objeto” de estudos, também atinge aqueles que estão sendo observados. Uma vez que observava e era observada, os *pacientes* me perguntavam se eu era “doutora, psicóloga ou terapeuta ocupacional”; algumas vezes, fui também confundida com uma possível *paciente* ou com um *familiar*.

Era inevitável que minha presença provocasse reações e afetos. Em um primeiro momento, a novidade da pesquisa suscitava a possibilidade de questionamentos por parte de todos. Nas conversas, os *profissionais* procuravam saber mais detalhes e, na maioria das vezes, acabavam por esclarecer algumas dúvidas sobre a configuração das práticas cotidianas. Por conseguinte, a pesquisa de campo me possibilitava uma interlocução de mão dupla: se, por um lado, eu explicava meu trabalho, por outro, minhas dúvidas eram imediatamente esclarecidas, sobretudo pelos *profissionais*. Os *pacientes*, por sua vez, me falavam da importância do CAPS em suas vidas, de como eram bem tratados na instituição e de como dispunham do apoio da *equipe* quando dele precisavam.

Apesar do contato que travei com os *pacientes* na realização da pesquisa de campo, o foco desta pesquisa recaiu sobre as práticas terapêuticas tal como definidas

nos discursos dos *profissionais*. Em outras palavras, procurei descrever e analisar de que modo este grupo específico refletia sobre as referidas práticas. Os *pacientes*, por sua vez, sempre me falavam sobre seus *sofrimentos*. Podemos dizer que seu sentido era elaborado, tanto pelos *profissionais* quanto pelos *pacientes*, como aquilo que causava mal-estar, tristeza, *angústia* e dor. O estado de *sofrimento* revelava-se de vários modos e com intensidades distintas, que dependiam do contexto em que o *paciente* estava inserido, dos problemas que enfrentava e de sua história de vida. Os *profissionais* procuravam entender o modo como o *paciente* significava, de uma maneira particular, esse mal-estar. Isso era primordial para a condução do tratamento, de modo a atender suas necessidades e diminuir seu *sofrimento*.

A possibilidade de vivenciar a experiência no CAPS, participando de suas atividades, muitas vezes levou-me a ser solicitada para falar sobre determinado assunto discutido; em outros momentos, tive vontade de expressar-me espontaneamente. Em muitas atividades terapêuticas, meu papel de observadora era logo desfeito e, como pesquisadora em campo, eu era chamada a participar, ajudar, recortar, dançar, cantar, comer, buscar coisas, chamar pessoas, interagindo com as pessoas, por vezes, mesmo sem querer. A oportunidade de participar das atividades me permitiu uma efetiva aproximação dos agentes, ao mesmo tempo em que pude compreender o funcionamento das atividades e os sentimentos envolvidos na relação de *cuidado*.

Uma vez arrefecida a curiosidade inicial pela pesquisa, muitas pessoas chamavam-me pelo nome e vinham cumprimentar-me ao me verem na instituição. A partir de meu interesse e curiosidade pelas atividades e reuniões, muitas delas costumavam me lembrar das atividades que estavam para acontecer e me chamavam a participar de eventos que ocorreriam dentro e fora do CAPS — em instituições que integram a *Rede* de saúde mental. Minha observação, que não deixava de ser

participante, não me transformou numa nativa; fez, no entanto, com que eu vivenciasse aquele contexto e compartilhasse sentimentos com aquelas pessoas.

Certamente, houve uma aproximação por afinidade, ainda que de forma não consciente, por meio da constituição de laços de amizade, sobretudo com os *profissionais*. Isto fez com que eu tivesse acesso à circulação das informações sobre os *pacientes*, que pudesse observar o posicionamento da *equipe* diante dos *casos clínicos* tratados e os sentimentos de *angústia* dos *profissionais* em relação aos *pacientes* que não melhoravam. Essa aproximação possibilitou-me igualmente a compreensão do funcionamento de certas relações de poder e controle que se produziam naquela instituição. Um “poder positivo” (Foucault, 2002: 60) que não exclui, reprime ou marginaliza; pelo contrário, um poder que inclui o *paciente* em um sistema que produz saber, que observa os resultados de sua intervenção nos corpos, nos gestos e nos comportamentos daqueles que são tratados.

Nesse processo, me foi franqueado o acesso a documentos institucionais que forneciam importantes informações sobre as práticas terapêuticas utilizadas, bem como sobre os eventos e a forma de administração das relações no próprio funcionamento do CAPS — documentos como os *prontuários* dos *pacientes*, o *livro de ocorrência*, o *livro de atas* da assembleia e da reunião de *equipe*. O acesso aos *prontuários* — aos se anexava o *Projeto Terapêutico Individual* (PTI) — me permitiu visualizar a *evolução* do *paciente*, uma vez que suas reações ao tratamento eram anotadas pela *equipe*. No *livro de ocorrência* registrava-se tudo que acontecia na instituição; o *livro de plantão*, por sua vez, era o suporte no qual os *profissionais* escreviam sobre o plantão noturno e especificavam quais eram os *pacientes* internados no leito noite. No presente trabalho, esse material será utilizado na medida em que for necessário analisar alguma prática; na descrição do posicionamento da *equipe* no *manejo* de um determinado *caso*; para falar

da história de vida de um *paciente em particular* e para analisar a escolha da *equipe* por determinada terapia medicamentosa.

No decorrer do trabalho de campo, conheci várias pessoas e, ao manter uma relação próxima com elas, me foi possível entrar em contato com aquilo que Geertz chamou de “ponto de vista nativo” (Geertz, 2008: 88); ou seja, estabelecer um tipo de interação que me permitia captar suas experiências. De modo análogo, pude entender como meus interlocutores experimentavam suas práticas e como significavam, de uma forma espontânea, sua realidade. Entretanto, observar e ouvir o que os *profissionais* diziam a respeito de suas experiências me possibilitava estabelecer uma conexão com certos conceitos mais gerais, criados por teóricos, na tentativa de compreender os elementos da vida social. Durante a pesquisa de campo, eu me senti à vontade para conversar com meus interlocutores acerca de leituras e da pesquisa, mas, principalmente, para ouvir o que eles tinham a me dizer. Este posicionamento gerou uma relação de aprendizado a partir de suas experiências no CAPS.

Na etapa final do trabalho de campo gravei algumas conversas com uma de minhas interlocutoras, que gentilmente me contou um pouco sobre as mudanças ocorridas no Cândido Ferreira. Mudanças que levaram a transformação do Hospital-Dia em CAPS Esperança.¹⁵ Do mesmo modo que foram gravadas duas *reuniões de planejamento*, previamente consentidas pelos *profissionais* presentes, assim como pelo coordenador da reunião, que normalmente é uma pessoa de fora da instituição. Nessa ocasião, este posto foi ocupado pelo Dr. Emerson Elias Mehry¹⁶. A gravação realizada na reunião foi utilizada pela *equipe* para discutir e avaliar a prática do *atendente da demanda do dia* (add), que passaria a não mais realizar *triagem*, ficando responsável por

¹⁵ Descrevi fragmentos dessas conversas no capítulo 1.

¹⁶ Optei por não utilizar um nome fictício nesse caso, já que se trata de um mediador da reunião e não de um *profissional* do CAPS. O Dr. Emerson Elias Mehry é Professor Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp (2000). Atualmente, é professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas e atua como professor colaborador da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

acolher os pacientes que estavam na *convivência*.¹⁷ Este *profissional* procuraria resolver seus problemas mais imediatos, na tentativa de evitar que o *paciente* interferisse no funcionamento de outras atividades terapêuticas simultâneas. Esse posicionamento da *equipe* em relação à prática do *add* só foi estabelecido em uma segunda *reunião de planejamento*.

A experiência de campo proporcionou-me sensações e sentimentos diversos. O contato com os *profissionais* e *pacientes* originou alguns questionamentos existenciais. Situação que me fez pensar na reflexão elaborada por Roy Wagner (1981) a respeito do “choque cultural” e o sentimento de perda do Eu — sentimentos que o antropólogo experimenta em campo diante de certa inadequação a um novo ambiente. Eu me questionava, a princípio, por que necessitávamos de um local para abrigar pessoas em *sofrimento*, ou como elas suportavam a própria existência. Havia dias em que, no CAPS, o ambiente era triste, quase insuportável, principalmente quando chovia, e as pessoas se aglomeravam no interior da casa, fumando e assistindo à TV.

Uma vez expostos tais questionamentos à *equipe*, senti-me *acolhida* e obtive certo alívio e algumas respostas. *Acolhida* não no sentido de ser tratada como *paciente*, mas na perspectiva de inserção no interior de uma lógica de *cuidado* interna ao CAPS. Os *profissionais* são também *acolhidos* por seus amigos de *equipe*, na tentativa de aliviar um sentimento de *angústia*. Os técnicos assumem uma *responsabilidade* sobre o *paciente*, o que lhes gera sofrimento quando este se encontra na iminência de uma *desestabilização*. Essa lógica é compreendida pela relação de *transferência*, que me ligava a essas pessoas por afinidade ou por interesses em comum.

As respostas dos *profissionais* que se seguiram às minhas questões existenciais,

¹⁷ Para meus colaboradores de pesquisa, a *convivência*, por um lado, é o lugar da casa onde os *pacientes* permanecem quando não estão participando de nenhuma atividade e, por outro, denota *Estar na Convivência* ou “estar junto com o *paciente*” conversando, jogando dominó, cantando ou tomando um café.

além de configurarem uma forma de acalento, constituíam generosas explicações. Em seus discursos, revelavam as histórias de vida daqueles *pacientes* que, aos meus olhos, também iam se configurando como *sujeitos*. Com isso, o sentimento inicial que, em minha visão, tornava aquelas existências insuportáveis, se diluía pouco a pouco. Isto aconteceu quando finalmente entendi que aqueles indivíduos, atravessados pelas práticas institucionais, encontravam no *profissional* uma pessoa em quem confiar e pedir ajuda. Com base nesta relação de solidariedade se estabelecia a produção de um *vínculo* de aliança. A partir do *sofrimento* de cada *paciente* era possível encontrar e construir um caminho que poderia tornar suas vidas suportáveis. Contudo, a questão não se limitava a uma compreensão do *sofrimento* ou do delírio, incluindo igualmente a problematização da vida dos *sujeitos* e da causa de seu mal-estar. Esse movimento só era possível por meio de uma relação estabelecida pela *transferência* entre o *sujeito* e o *profissional*, que acabava por descortinar uma possível solução ou ainda a possibilidade de se pensar/criar uma intervenção que viria a diminuir ou aliviar seu *sofrimento*.

Curiosamente, as pessoas mais próximas, com as quais mantive um intenso convívio diário, eram psicanalistas. Não estou segura se as relações estabelecidas eram impulsionadas por sentidos aguçados ou, talvez, pelo interesse em legitimar a eficácia de suas práticas em face de uma pesquisadora que não pertencia à área da saúde. Enfim, mantive uma relação sincera de amizade com meus interlocutores e, ao final do trabalho de campo, despertou a minha atenção uma frase proferida por uma das psicólogas que, ao se despedir de uma forma carinhosa e bem humorada, me dizia para voltar ao CAPS sempre que possível: “Não se esqueça de vir nos visitar, porque você sabe, tem a questão da transferência...” Foi a partir dessa relação delicada e cotidiana que também fui tocada por forças que afetavam tanto a instituição como as pessoas que ali estavam. Isto se aproxima à experiência de Favret-Saada (2005) que, ao analisar a feitiçaria no

Bocage Francês, fez de sua participação na experiência de campo um instrumento de conhecimento, se permitindo envolver por eventos e intensidades específicas (que a autora chama de afetos), ao mesmo tempo em que pôde experimentar “de uma forma indireta, as sensações, percepções e pensamentos do outro” (Favret-Saada, 2005: 159). Esse lugar ocupado pela autora que lhe possibilita ser afetada pelo trabalho de campo permite, ao mesmo tempo, uma comunicação específica e nem sempre verbal.

5. Roteiro da Dissertação

A primeira parte da dissertação expõe a etnografia da instituição. O principal objetivo desta seção foi o de descrever seus procedimentos, atividades terapêuticas, a organização do atendimento e o funcionamento dos espaços coletivos de produção das *práticas de cuidado*. No capítulo 1, apresento uma cronologia dos principais eventos que permitiram a criação do CAPS Esperança. Para tanto, ressaltei as forças que atravessaram a instituição e possibilitaram aos *profissionais* inventarem novas práticas a partir da experiência do processo de *ressocialização* dos *pacientes*. Procurei destacar, ainda, as modificações que ocorreram na assistência e que resultaram na atual configuração do funcionamento estratégico da *equipe* no CAPS Esperança.

O funcionamento da *equipe* e da *mini-equipe* foi descrito no capítulo 2. Procurei analisar o modo como se configurava a tecnologia de *cuidado* pautada na prática da *clínica ampliada*, na *escuta terapêutica* e na observação do *paciente*. Com essa nova forma de controle dos *pacientes*, não mais voltada para a internação hospitalar, se inaugurou um processo de criação de *vínculo* e laços sociais para os *sujeitos*. É especialmente interessante como o processo de *ressocialização* foi capaz de produzir uma forma dinâmica e particular de *cuidado*.

O tema central do capítulo 3 foi a descrição da produção do trabalho coletivo pelos *profissionais* da instituição. Com isso, procuro salientar as instâncias avaliativas das práticas terapêuticas, ao expor como os *profissionais* formulam as intervenções de forma compartilhada com outros técnicos da *equipe*. Procurei destacar a atualização das informações sobre os *sujeitos*, importante procedimento que permitia fazer com que todos os *técnicos*, ou ao menos aqueles que participavam da *mini-equipe*, se voltassem para o *paciente*. O cotidiano das práticas terapêuticas e a organização da *equipe* no que se refere ao atendimento em grupo foram descritos no capítulo 4. Apresento, a partir de um relato etnográfico, a prática da *triagem* como um exame utilizado para identificar e avaliar os *pacientes* recém-chegados à instituição.

A segunda parte da dissertação é dedicada aos pressupostos que orientam as práticas terapêuticas. Para tanto, no capítulo 5, procuro expor de forma minuciosa as condutas terapêuticas referentes ao uso da medicação psicotrópica. O objetivo principal desta seção foi descrever o modo como os *profissionais* refletem sobre uma nova maneira de prescrever a medicação. No CAPS Esperança, a prescrição é feita a partir das informações adquiridas na interpelação do *paciente*. Desse modo, procurei descrever como meus interlocutores avaliam os efeitos da ação medicamentosa sobre os corpos dos sujeitos e como a relação de interação com a medicação constituiu uma condição de possibilidade para o processo de *ressocialização* e para a Reforma Psiquiátrica.

Por fim, no capítulo 6, descrevo como o fluxo de informação circula no interior da *equipe* e como o saber adquirido com a *escuta terapêutica* dos *pacientes* permite aos *profissionais* elaborarem suas *práticas de cuidado*. No último capítulo, procuro ressaltar a *atuação* que orienta as intervenções no *manejo terapêutico*. Do mesmo modo em que descrevo a importância do registro das informações. Esse movimento permite a

invenção de um *cuidado* que produz o *sujeito*, cuja saúde é investida por estratégias terapêuticas que têm por objetivo ajudá-lo a se adaptar às normas existentes em sua realidade social. Procuro salientar, sobretudo, o funcionamento das práticas que têm como efeito a produção de um *sujeito autônomo, cidadão*, que participe de seu processo terapêutico.

Parte I

A Produção das Práticas Terapêuticas

Capítulo 1

Fatos, eventos e mudanças

A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas idéias.

Philippe Pinel

Fundado no dia 14 de abril de 1924, o Hospital de Dementes de Campinas¹⁸ foi criado por um grupo de filantropos mobilizados por uma notícia publicada pelo jornal Estado de São Paulo, em 1916. Essa reportagem fazia referência aos maus tratos sofridos pelos loucos e denunciava a condição sub-humana à qual estariam submetidos indivíduos presos no porão da cadeia pública de Campinas (Carvalho, 2002: 91).

Não pretendo fazer uma recapitulação histórica sobre as mudanças que acometeram a instituição Cândido Ferreira. Minha ideia é chamar a atenção para uma cronologia que descreve os acontecimentos que permitiram a invenção e a difusão de novas técnicas de *cuidado*. Procuo expor de que modo a saúde passou a ser problematizada por meio de um poder positivo que não mais subjugava os *pacientes* a partir de uma problematização da doença. Nesta perspectiva, ao contrário, ela é vista como decorrente de uma intensificação da vida em seu funcionamento. No final do século XX, o investimento de uma nova tecnologia de poder e de saber sobre a vida possibilitou aos *pacientes* viverem fora de grandes instituições de confinamento. Procuo, dessa maneira, apresentar as modificações na assistência aos doentes mentais, principalmente no período que se estende até a década de noventa do século passado.

Nessa época, mudanças significativas aconteceram nas instituições, nas práticas e na forma de tratar o *paciente* psiquiátrico. As mudanças nas práticas de assistência resultaram na configuração atual da organização do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Esperança (é precisamente este ponto que pretendo expor até o final do presente capítulo). A versão exposta nesse trabalho me foi contada por alguns dos *profissionais* que trabalham no CAPS Esperança. No intuito de complementar esta narrativa, utilizo alguns trabalhos acadêmicos e artigos escritos por *trabalhadores* que participaram do processo de reforma no modelo de assistência do Cândido Ferreira.

¹⁸ Fundado com o nome de Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas, segundo o Estatuto Social da entidade.

Com isso, procuro descrever as possibilidades que permitiram (aos *profissionais* da instituição) modificar a forma de controle dos *pacientes* psiquiátricos. O que antes se caracterizava por um modelo disciplinar (Foucault, 2002) de confinamento levado a cabo pelo hospital psiquiátrico em Sousas, agora configura-se em um modelo de controle “ao ar livre” (Deleuze, 2007: 220), modelo de assistência da atual *Rede* de saúde mental em Campinas.

No final da década de 1980, a instituição foi atravessada por forças políticas que vieram a modificar os rumos e os investimentos na área de saúde mental. Nessa época, algumas medidas foram colocadas em vigor, possibilitando que as equipes especializadas em saúde mental fossem incorporadas aos Centros e Postos de Saúde, enquanto eram criados serviços alternativos à hospitalização — como os atendimentos ambulatoriais.¹⁹ Tudo isso acontecia ao mesmo tempo em que a “política nacional de saúde”, com seu caráter preventivo, colocava em prática a reorganização da administração das políticas públicas no país, no ano de 1974. A partir de então, as ações tinham como meta organizar uma *Rede* de assistência que cobriria o território de atuação de uma determinada população. Procurou-se desenvolver a articulação dos espaços sociais e familiares, colocando aquele que seria o foco das ações terapêuticas como participante da gestão desses serviços.

No Cândido Ferreira, o processo de remodelação de sua política institucional passou, necessariamente, pela formação de gestores e pela elaboração de projetos. As *reuniões de supervisão e de planejamento* (ver capítulo 3) permitiram, por sua vez, estabelecer os objetivos dos cuidados em saúde, que seguem as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas propostas previam uma gestão democrática, em outras

¹⁹ Para uma análise sobre a prática ambulatorial e a medicalização a partir de uma reflexão sobre a terapêutica clínica da saúde mental e suas modificações na prática médica, tendo em vista a articulação do modelo de tratamento das etiologias mórbidas em sua reconfiguração em face dos critérios culturais de percepção das enfermidades, ver Cardoso (1999).

palavras: *profissionais* e *pacientes* responsáveis pela gestão institucional; equipes autônomas que promovam saúde; uma clínica pautada na troca de saberes e investigações epidemiológicas, tanto na área de saúde pública quanto na de saúde mental.

No ano de 1990, os *profissionais* responsáveis pela gestão da instituição Cândido Ferreira assinaram a Lei do convênio de cogestão com a Prefeitura de Campinas. Antes do convênio, segundo meus interlocutores, o Sanatório Dr. Cândido Ferreira era uma instituição deficiente em recursos financeiros e técnicos, sua assistência aproximando-se daquelas antigas instituições psiquiátricas, como os hospícios. Os *pacientes* eram separados segundo suas enfermidades; todos dormiam juntos; tomavam banho no mesmo horário; existia o horário do café e o horário da medicação, o uso de celas fortes, o tratamento por eletrochoque e portas trancadas. Esse hospital psiquiátrico assistia a 131 *pacientes* crônicos.²⁰ Uma de minhas interlocutoras afirmou, certa vez, que o Cândido tratava os *pacientes* mais *complexos* (caracterizados por uma cronicidade produzida pela institucionalização ou, ainda, com algum comprometimento clínico) da região, já que estes eram encaminhados de Campinas para o distrito de Sousas (que se encontra a 11 quilômetros do centro da cidade).

O convênio firmado com a prefeitura de Campinas instituiu um “regime de cogestão e de cooperação mútua entre os partícipes”,²¹ que previa uma assistência hospitalar e, ao mesmo tempo, a construção de uma *Rede* substitutiva ao hospital psiquiátrico. Essa *Rede* materializava-se em projetos de instituições como os CAPS, as

²⁰ *Pacientes* crônicos são aqueles que possuem patologias que não têm cura e, sendo assim, precisam de acompanhamento médico prolongado podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total de *cuidados* básicos da vida, ou seja, alimentação, higiene e deambulação.

²¹ Prefeitura Municipal de Campinas, Termo de Convênio n. 28/07, Processo administrativo n. 07/10/5914, CNES: 2079003. Interessado: Secretaria Municipal de Saúde. O valor total do Convênio, com um período de duração 36 meses, está estimado em R\$72.948.297,96 (setenta e dois milhões, novecentos e quarenta e oito mil, duzentos e noventa e sete reais e noventa e seis centavos). Os recursos destinados à assistência hospitalar psiquiátrica e à rede substitutiva possuem o valor mensal de R\$1.726.387,00 (um milhão, setecentos e vinte e seis mil, trezentos e oitenta e sete reais).

Residências Terapêuticas, as Oficinas de Trabalho e de Formação Profissional, o Projeto de Fitoterapia, o Projeto de Geração de Renda e os *Centros de Convivência*.

A cogestão promoveu alterações no estatuto da entidade, permitiu a criação de um *Conselho Diretor* composto por *profissionais* do Cândido, por representantes do Governo Municipal, do Governo do Estado, das universidades e de familiares dos usuários. A finalidade do conselho era solucionar problemas através do diálogo com os diferentes atores. Ainda hoje, todo o projeto assistencial, assim como a gestão dos recursos financeiros e as discussões políticas que sustentam o projeto da instituição são acompanhados pelo *Conselho Diretor*. Para meus interlocutores, a importância deste último está na resolução da problemática do equilíbrio entre as instituições integrantes da *Rede*, de modo que alguns lugares não sejam sobrecarregados com um grande volume de *pacientes* ou com situações problemáticas em CAPS do município – como, por exemplo, problemas que possam impedir o fluxo de *pacientes* e de informações entre as instituições. Para os meus interlocutores, o *Conselho Diretor* gerou uma autonomia institucional que franqueia aos *profissionais* a possibilidade de se posicionarem contra uma intervenção do município contrária aos princípios filantrópicos do Cândido Ferreira.

Antes de continuar a tratar das mudanças que acometeram a referida instituição, é preciso pontuar algumas questões sobre a conquista de direitos e a *cidadania*.²² Este será o tema do próximo tópico.

²² Sobre a *cidadania* em seus desdobramentos na história, ver Foucault (1999 e 2006) e Castel (1978). Para um estudo detalhado sobre cidadania e Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver Birman (1992), Luz (1994) e Oliveira (2003, 2005 e 2006). E, mais especificamente, sobre as questões de *cidadania* nas experiências de desinstitucionalização do Cândido Ferreira, ver Valentini (2001).

1.1. Reforma Psiquiátrica, conquista de direitos e cidadania

A ideia de direito está associada ao impacto dos movimentos sociais no campo jurídico. O direito está, por sua vez, imbricado à ideia de saúde, ou melhor, como afirmou uma das interlocutoras de pesquisa, a “saúde como um direito requer assistência prestada com dignidade e respeito ao *sujeito* em seu *sofrimento*”. Desse modo, tanto a noção de direito quanto a noção de saúde articulam-se no processo de invenção desse *sujeito*.

A discussão sobre *cidadania* para os portadores de transtornos mentais apareceu como um princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB),²³ que teve seu estopim no final da década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). As experiências concretas, no entanto, só puderam ser visualizadas nos serviços públicos na década seguinte com a criação do primeiro CAPS — denominado Luiz Cerqueira — em São Paulo. Na década de 90, ocorreram iniciativas no que diz respeito à reforma da assistência pública em saúde mental. A RPB constituiu um processo histórico de questionamento e de reformulação das práticas psiquiátricas, com o objetivo de elaborar um novo modelo de atenção psicossocial e a inserção do *paciente* em uma rede de relações sociais.

Com a reforma no modelo de assistência aos *pacientes* psiquiátricos, o Cândido Ferreira configurou-se como uma *Rede* de instituições regionalizadas. Essa estratégia de ação tem por objetivo levar a assistência psiquiátrica a um determinado território e, desse modo, tratar uma população de risco a partir do controle na própria comunidade,

²³ A Reforma Psiquiátrica é um assunto discutido em grande parte das obras sobre saúde mental no Brasil. Entre as versões mais detalhadas estão os trabalhos de Amarante (1995, 1995a), Vasconcelos (2002) e Delgado (1992).

ao invés de retirar o *paciente* do seu espaço de relações para tratá-lo no interior de um hospital psiquiátrico.

Em 2001, os atores desse movimento reformista conquistaram a aprovação da Lei Paulo Delgado que prevê a desospitalização (diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos) dos *pacientes* psiquiátricos, que passariam a ser assistidos por novos serviços de atenção extra-hospitalares. Essa iniciativa somada à criação de novos serviços de assistência gerou um rearranjo dos investimentos econômicos, permitindo a criação de 800 CAPS no período compreendido entre o começo da década de 90 e o ano de 2007, o que levou à desospitalização de 60.000 leitos psiquiátricos no país. A partir de então, a política econômica de saúde deixou de investir nas internações psiquiátricas para concentrar seus recursos financeiros na elaboração de uma *Rede* de assistência à saúde mental. Nesse ínterim, o gestor público foi também responsabilizado pela “otimização dos recursos financeiros” (cf. ata do Conselho Municipal de Saúde no dia 27/07/2001) que deveriam passar a ser investidos em serviços com menores custos, ao mesmo tempo em que deveriam privilegiar a relação de convênio com os serviços filantrópicos.

Foi ainda na década de 90 que os membros do movimento da Reforma Psiquiátrica assumiram cargos de planejamento governamental, cargos em órgãos de administração pública e no ensino. Este foi o caso do Professor Dr. Gastão Wagner de Souza, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que assumiu o mandato de Secretário da Saúde (de 2001 a 2003). Esse acontecimento levou a uma manipulação de forças políticas que permitiram o fechamento do hospital psiquiátrico Tibiricá, em Campinas. Os *profissionais* que trabalhavam no referido hospital foram realocados para a *Rede* de instituições do Cândido Ferreira, e seus recursos foram repassados para a

administração do Cândido, a fim de serem investidos em serviços que constituiriam a *Rede* de saúde mental (cf. ata do Conselho Municipal de Saúde no dia 27/07/2001).

Os membros atuantes da Reforma Psiquiátrica incentivaram o processo de desospitalização, que não podia ser sinônimo de “desassistência”. Ou seja, o *paciente* psiquiátrico deveria ser cuidado por outros serviços que evitassem a situação de abandono. Contudo, segundo um colaborador de pesquisa, não bastava que o serviço em si fosse outro, era preciso oferecer novos dispositivos capazes de promover um respaldo institucional para que os *pacientes* criassem *vínculos*. Os *profissionais* do Cândido Ferreira, que participaram ativamente desse processo de mudança, acreditavam que o modelo de atendimento que priorizava a internação psiquiátrica produzia de forma violenta o isolamento e a exclusão social do *paciente*. E, desse modo, não respeitava os direitos dos *pacientes* psiquiátricos uma vez que não reconhecia seu estatuto de *sujeitos*.

A discussão sobre *cidadania* está presente nos textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001), que trazem uma reflexão a respeito do lugar social dos *sujeitos* portadores de transtornos mentais. Nessas produções teóricas sobre as políticas públicas, o termo *doente mental* foi substituído por *pessoas portadoras de sofrimento psíquico* e o termo *doença* foi substituído por *sofrimento psíquico*. A troca dos termos foi importante no sentido de modificar a própria forma de pensar esses *sujeitos*. De todo modo, os *pacientes* passaram a não mais serem pensados a partir de seu diagnóstico, e sim como *sujeitos constituídos por seus sofrimentos* e, ao mesmo tempo, pelas práticas de *ressocialização*, pelas novas tecnologias de *cuidado*, controle, obediência e assujeitamento previstas nas relações institucionais de solidariedade.

Foi a partir dessa ideia de *sofrimento* que os *profissionais* que trabalhavam no Cândido Ferreira procuraram construir um modelo de assistência que priorizasse a

“qualidade de vida” e os “direitos de cidadania dos portadores de *sofrimento psíquico*” (cf. terapeuta ocupacional do CAPS). Isso aconteceu como parte do processo de desinstitucionalização promovido pelos *profissionais* que pretendiam resolver “questões mais urgentes de cidadania” (cf. enfermeira do CAPS), questões essas referentes às moradias assistidas, aos benefícios sociais (programa de volta para casa) e previdenciários (aposentadoria por invalidez), às práticas de reabilitação psicossocial, em resumo, ações que produziam *cidadania*. Um aspecto deve ser destacado em relação a esta última, segundo Helena, enfermeira do CAPS: “a conquista e a separação por parte da instituição do lugar de tratar do [lugar] de morar foi muito importante, assim como, demonstramos que os pacientes não precisam ficar trancados!”. Por outro lado, a conquista do benefício constituiu uma condição de possibilidade para o *paciente* viver nas moradias assistidas, comprar seu alimento, suas roupas e utensílios pessoais. Os *pacientes* que residiam nesses locais, em sua maioria, haviam sido abandonados por suas famílias. A aquisição de um documento de identificação pessoal permitiu a alguns deles a descoberta do verdadeiro nome e, em outros, permitiu a localização e o encontro de alguns *sujeitos* (internados no hospital) com suas famílias.

Em relação ao trabalho, os *profissionais* do CAPS Esperança afirmam que os *pacientes* que realizam uma atividade têm menos *crises*. Sendo assim, no processo de *ressocialização*, a saúde foi investida por práticas que potencializaram as capacidades individuais, ao invés de se limitar às questões relacionadas aos sintomas e à doença. Vejamos a afirmação de uma enfermeira sobre esta questão:

O NOT [Núcleo de Oficina de Trabalho] não é um lugar [em] que o paciente consegue tirar uma renda para sustentar sua família. O dinheiro que entra do artesanato pra pagar a bolsa (80 a 120 reais) é todo gerado pela própria saúde. Nenhum paciente consegue comprar uma casa própria com a bolsa que recebe do NOT. Mas eu posso dizer que alguns pacientes não internaram mais e que muitos foram recebidos na família porque deixaram a condição de doente desvalido, para uma condição de doente que tem esse valor, que é trabalhador.

Na segunda metade do século XX, o movimento da anti-psiquiatria questionou a violência dos tratamentos psiquiátricos que investiam sobre o corpo e justificavam as relações institucionais de dominação. A violência questionada, no entanto, não era apenas aquela das coerções físicas do internamento mas, sobretudo, aquela exercida por meio de uma racionalidade analítica das classificações nosológicas. Tal racionalidade classificava como doente mental aquele que estava sob a dependência de um saber especializado. Assim, a relação institucional aumentava o poder do médico, exatamente porque diminuía o do doente. Isso acontecia pelo fato de o *paciente* estar internado num hospital psiquiátrico, o que o tornava automaticamente um *cidadão* sem direitos, *sujeito* às intervenções médicas, como afirmou Basaglia (1985: 107).

A *cidadania* como um direito a um *tratamento humanizado* ou um direito à saúde²⁴ (ou seja, um tratamento produzido a partir da saúde e não a partir da doença), aparece como uma afirmação de vida em um processo no qual o *profissional* procura fazer “aparecer o sujeito” como responsável por seu tratamento. Trata-se de uma nova tecnologia de *cuidado* que transfere para o próprio *sujeito* o poder de produzir a verdade sobre seu *sofrimento*. Como aponta Silva (2005), as práticas de *responsabilização* dos *sujeitos* por seus sintomas e *sofrimentos* fazem parte do próprio processo terapêutico que permite aos usuários (*pacientes*) abandonarem a situação de vítima de uma ciência médica. Neste caso em particular, a afirmação de vida está diretamente relacionada com a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Nessa época (década de 90), os *profissionais* do Cândido saíam pelo hospital afora perguntando aos *pacientes*: “Como você gostaria de viver? O que você gosta de fazer?”. A ideia era construir o PTI a partir

²⁴ Luz afirmou que a percepção social da saúde é um direito de cidadania (Luz, 1994, p. 136). Essa ideia está vinculada aos movimentos sociais do fim da década de 70. A Reforma Sanitária descreveu a noção de saúde como um conjunto de condições coletivas de existência e como expressão participativa do exercício de direitos de *cidadania* – como direito ao trabalho, ao salário e direito à participação ativa na gestão de políticas institucionais.

das necessidades e interesses dos *pacientes*, no intuito de que frequentassem os grupos e criassem *vínculos* com outras pessoas.

A *responsabilização* e a participação ativa do *paciente* em seu processo de tratamento permitiram que saísse do espaço asilar e se reunisse em grupos para solicitar, por meio das políticas públicas, seus direitos. Como afirmou uma interlocutora de pesquisa: “Eu acho que quem tem que lutar pela verba não é o trabalhador ou o gestor, mas esses atores (*pacientes*) dentro do *conselho local*²⁵”. Assim, pode-se observar uma transformação na qual operam mecanismos positivos de poder que incidem sobre a vida e suas potencialidades particulares, estimuladas pela *equipe técnica*. De fato, os *profissionais* passam de um tratamento que buscava a cura da doença para o uso de uma nova tecnologia que problematiza a existência e promove a saúde — que já não é de única responsabilidade do médico — por meio da transformação da vida. Promove-se, ainda, um novo tipo de controle sobre os *sujeitos*, que deixa de ser apenas disciplinar, passando a exigir sua participação por meio de um pacto democrático (Passeti, 2003: 228) que deve ser continuamente negociado em suas atuações no interior das políticas públicas.

A *cidadania* é pensada como um *manejo* da vida dos *sujeitos* que precisam de um anteparo institucional para construir laços sociais. A vida, nessa perspectiva, é concebida como algo em contínua elaboração, como ação, modificação, mobilidade, acontecimento e experiência. A invenção dessa nova tecnologia de *cuidado* só foi possível a partir de alguns acontecimentos que ocorreram no Cândido Ferreira, o que veremos, a seguir, no próximo tópico.

²⁵ O *conselho local* faz parte de uma diretriz do SUS. Com esta finalidade, realiza-se uma reunião mensal no CAPS Esperança da qual participam seu gerente, os representantes dos funcionários, dos *pacientes* e alguns familiares. O *conselho local de saúde* (CLS) é uma instância que tem por função acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem realizadas na área de abrangência do Distrito Leste de Campinas. A disposição do *conselho* segue as diretrizes da Política Municipal de Saúde em conformidade com a Lei Orgânica do Município e com as Leis Federais 8.080/90 e 8142/90.

1.2. Acontecimentos e “transformações”

No final da década de 90, a cidade de Campinas foi palco de ações governamentais que municipalizaram os serviços estaduais de saúde. Segundo uma de minhas interlocutoras, o fracasso²⁶ da proposta de mudança promovida pela cidade de Santos, São Paulo, no fim da década de 80, ainda ressoava negativamente sobre os *profissionais* que trabalhavam no Cândido.²⁷ Todavia, as transformações ocorridas na instituição não tiveram o caráter de intervenção e de modificação radical do modelo hospitalar como verificado em Santos. No Cândido Ferreira, este processo caracterizou-se por uma reforma do modelo, que reverteu o investimento da assistência hospitalar para a *Rede* de instituições. Esta situação pode ser observada no discurso de um *profissional* do CAPS Esperança, transcrito a seguir:

Os dirigentes do Cândido já tinham experimentado o que era alicerçar um projeto dentro de um ideal do movimento da reforma, e que deveria estar conectado a uma mobilização social que desejasse restaurar, reintegrar, reverter o processo de internamento dos pacientes. Os dirigentes do Cândido sabiam que nós tínhamos que primar por uma qualidade da assistência. Tinha que fazer um acompanhamento terapêutico muito responsável na moradia para demonstrar que o deslocamento da verba do hospício para a casa era viável e [que] os pacientes não pioravam.

Na década de 90, o Cândido Ferreira firmou uma parceria com a Unicamp que resultou na formação de vários dirigentes e gerentes em cursos de especialização em saúde pública. Estes últimos são responsáveis pela organização e execução dos objetivos terapêuticos de cada instituição. Um gerente em cada unidade é um poder dispersivo, o que faz do Cândido Ferreira uma organização filantrópica edificada nos moldes de uma empresa. A parceria com a Universidade e com a Secretaria de Saúde do

²⁶ O fracasso mencionado pela interlocutora está ligado às experiências de Santos. O município não preservou o sistema adotado após a intervenção. Desse modo, os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) foram abandonados pela administração pública e, atualmente, resumem-se a “Núcleos de assistência, nos quais existe pouca *responsabilização* pelas *demandas* locais. Assim, não ocorre mais a polarização entre psiquiatria e antipsiquiatria, restando o polo da psiquiatria que, isolado, tende a se limitar às suas funções de controle dos desvios” (Kinoshita, 2009: 8).

²⁷ Sobre a experiência da desinstitucionalização em Santos, ver Mendoza (1998).

Município permitiu a execução de projetos elaborados pelos *profissionais* da instituição. Alguns projetos resultaram no fechamento de alas psiquiátricas e na criação de instituições como o Hospital-Dia, os CAPS, os *Centros de Convivência e Arte*, as Moradias Assistidas, o Cândido-Escola e as oficinas de trabalho. Descreverei, a seguir, a problematização da assistência terapêutica no Hospital-Dia.

1.3. O Hospital-Dia: uma nova proposta de assistência

Na mesma época em que o Cândido firmou o convênio de cogestão com a prefeitura de Campinas, ocorreram mudanças significativas, principalmente no que diz respeito a uma nova perspectiva de modelo assistencial e de gestão de *cuidados*. Em março de 1991, começou a funcionar, no Cândido Ferreira, o Hospital-dia (HD).²⁸ Essa instituição, primeiramente criada como um espaço intermediário entre o atendimento oferecido pela assistência básica e a internação integral do hospital psiquiátrico, funcionava como um ambulatório. A ideia do HD era a de prestar atendimento no momento de *crise* e, posteriormente, encaminhar os *pacientes* para a atenção básica à saúde.²⁹ A experiência do HD permitiu seus *profissionais*, em um segundo momento, a transformação dessa instituição no CAPS Esperança. É por esse motivo que se justifica, nesse trabalho, a análise do processo de modificação do HD, o que auxilia no entendimento da configuração organizacional do CAPS Esperança.

Com a criação do HD, a *equipe* interdisciplinar precisou rever o modelo de assistência, já que os *pacientes* não necessitavam de um atendimento ambulatorial, mas

²⁸ Um interessante estudo sobre o Hospital-dia e sobre a “Nova Psiquiatria” pode ser encontrado em Venâncio (1990).

²⁹ Atenção Básica é um conjunto de ações que promove a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o indivíduo em sua singularidade e, aqui no Brasil, conta com a organização estratégica da Saúde da Família, em projetos como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Bucal etc. (<http://www.guanambi.ba.gov.br/v2/saude/dab.php>).

de *cuidados* intensivos. De acordo com um interlocutor de pesquisa, estes últimos já haviam passado por várias internações psiquiátricas, o que lhes causou um rompimento com *vínculos* familiares e laços sociais estabelecidos em uma realidade social. Assim como afirmou uma interlocutora de pesquisa, tratava-se de *pacientes* “cronificados em um mundo de impossibilidades e vulnerabilidades”. Em outras palavras, os *profissionais* reformularam a assistência do HD para atender à *demand*a por tratamento intensivo, visto que se tratavam de *pacientes* com históricos de muitas internações psiquiátricas e desconectados de uma rede de relações sociais.

Segundo Cavalcante (*et al.*, 2001: 115), a *equipe* do HD posicionou-se na tentativa de interceder e intermediar a vida dos *sujeitos* com dificuldades de estarem no mundo. A relação terapêutica funcionaria por meio do *olhar* e da *escuta clínica*. O *olhar* seria anterior a qualquer intervenção — um *olhar* especialista que, em seu exercício concreto da observação, permitiria (e permite) a percepção de um imediato sensível e a análise do *paciente*. Meus interlocutores afirmam que, por meio da experiência do HD, foi possível demonstrar que a *crise* não está desvinculada da história de vida do *sujeito*. A *escuta* é considerada algo que traria um sentido ao discurso do *paciente*, na *crise* ou fora dela. Dessa forma, criou-se um espaço no qual o *paciente* pode permanecer por mais tempo, sendo objeto de um atendimento metucioso que *observa* e *cuida* dos sintomas mais incômodos. A *observação* permite analisar o conteúdo daquilo anteriormente percebido pelo *profissional*, ao mesmo tempo em que essa percepção está relacionada aos interesses e impressões oferecidas pela fala do *paciente*, indutores de sua terapêutica.

Enfatizo, nesse ponto, que a perspectiva do *cuidado* se modificou ao longo do tempo. De acordo com um interlocutor de pesquisa, os *profissionais* utilizaram da *escuta* para entender as necessidades e expectativas do *sujeito*, as quais levaram a

equipe a construir o Projeto Terapêutico Individual (PTI). A *equipe* do HD manteve uma proposta interdisciplinar, contrária àquilo que se denominou “somatória de especialidades” ou, ainda, uma separação por “núcleos de competência”, já que, nas discussões sobre o PTI, o *cuidado* era compartilhado por toda a *equipe*. As discussões entre os terapeutas aconteciam semanalmente, durante as *reuniões de equipe*. Desde seu início, o HD contou com as *supervisões clínicas* e, posteriormente, com as *supervisões institucionais*. Ao compartilhar com o *paciente* as *responsabilidades* (cf. infra 6.7) do *cuidado*, a *equipe* inventou uma nova forma de administrar os problemas por eles enfrentados na vivência cotidiana. “Entendemos que somos terapeutas e que precisamos estar junto dos pacientes, sustentando-os na família, na moradia, nos grupos, na rua...” (Cavalcante, 2001: 116).

O HD, como espaço de experimentação, funcionou com três modelos distintos de assistência: o *Módulo*, o modelo de *Referência Individual* e o modelo da *Equipe de Referência*. O *Módulo*, como foi denominado o primeiro deles, caracterizava-se por um tratamento pautado em um programa de atendimento oferecido tanto para *pacientes* psicóticos, como para os neuróticos graves e pessoas dependentes de substâncias psicoativas (álcool e drogas). Esse modelo compreendia espaços que priorizavam a palavra compartilhada, como os “grupos de verbalização”, de “atividades específicas” e de medicação. Havia um *profissional* que coordenava o *Módulo*, sendo responsável pelo PTI dos *pacientes*. Cada *Módulo* cuidava daqueles com um determinado “perfil”, definido na triagem por seus sintomas e grau de *autonomia*. Os *profissionais* lhes ofereciam grupos terapêuticos e a possibilidade da *convivência*.

O fracasso do *Módulo* aconteceu quando, em meados da década de 90, o número de *pacientes* atendidos duplicou — dos 60 que inauguraram o HD, passou-se a 120 *pacientes* em quatro anos. Paralelamente a isso, o município de Campinas passou por

uma crise financeira que abalou a assistência à saúde pública. Entretanto, no interior do HD, começaram a surgir outros questionamentos, tais como: a escassez dos espaços destinados a discutir o projeto terapêutico e a centralização de informações na figura do coordenador do *Módulo* que, naquele momento, assumia todas as *responsabilidades* por seus *pacientes*.

Ao repensar a *clínica*, os *profissionais* que trabalhavam no HD começaram a pensar nos desejos e nas *demandas* dos seus *pacientes*. Desse modo, o funcionamento do HD começou a se modificar em direção a uma estrutura de *referência individual*, na qual um técnico se tornou referência para um grupo de *pacientes*. A particularização da atenção norteou esta nova perspectiva, fazendo com que os *profissionais* adequassem os recursos institucionais ao tratar cada *paciente*. A “atenção” prestada na assistência foi caracterizada por um conjunto de práticas de *cuidado* que visavam à reabilitação psicossocial do *sujeito*. Por outro lado, a “atenção” aos *pacientes* implicava atitudes sobre suas vidas e sobre suas relações afetivas, sociais e familiares.

O atendimento particularizado ou a atenção individualizada revelava-se eficaz no processo de *ressocialização* dos *sujeitos*. Para que isso fosse possível, foi criado o *técnico de referência* (ou *profissional de referência*), responsável por acompanhar e avaliar os Projetos Terapêuticos Individuais. Este último não precisava participar de todas as atividades junto ao *paciente*, mas se esperava que acompanhasse, mesmo que à distância, o andamento de suas atividades por meio da comunicação estabelecida com os *profissionais* da *equipe técnica*.

O que caracteriza o papel de referência é o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial daquele paciente crônico. Temos a expectativa de que a responsabilização e o vínculo sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho (Furtado, 2001:45).

O processo de reabilitação tinha como meta desenvolver-se a partir de um

tratamento para cada *paciente* em suas *demandas* particulares. Apesar disso, buscou-se a invenção de um “indivíduo instituinte” (Furtado, 2001: 48), ou seja, um *sujeito* entendido como efeito de uma política de assistência que inventava práticas de individualização. Entretanto, para o autor, foi somente desse modo que os *profissionais* conseguiram atingir os objetivos da desospitalização. A motivação incessante para construir *vínculos* e relações sociais precisava advir da “natureza dos indivíduos” (Duarte, 1996: 168), ou seja, de sua constituição individual. No que diz respeito às políticas públicas, as práticas democráticas promoveram o acesso à educação, à atuação política e ao estabelecimento da *cidadania* (Duarte, 1993). Nesse caso, o processo que a tornava possível dependia da relação dos *sujeitos* com o mundo e de sua atuação como indivíduos. A *cidadania* possibilitava escolhas frente às relações de conversão e conscientização. A primeira, ou seja, a *responsabilização* direta do *paciente* pela produção de sua saúde, passa necessariamente pela atuação ética do *profissional* na relação terapêutica (ver capítulo 2).

O modelo de *Referência Individual* mostrou-se ineficaz no processo de transformação almejado, permitiu, no entanto, à *equipe* avaliar suas dificuldades de interlocução, possibilitando, desse modo, a construção de novos princípios para direcionar suas práticas. Por um lado, os princípios orientavam uma nova concepção *clínica* experimentada pela *equipe* ao buscar apreender a subjetividade e a singularidade dos *pacientes*. Por outro, ficou patente que as mesmas críticas feitas ao modelo do *Módulo* ainda persistiam naquele da *Referência Individual*. Sendo assim, os *profissionais* avaliaram que o modelo de funcionamento existente não seria eficaz para a ideia de assistência que gostariam de colocar em prática. A *equipe* desejava algo que pudesse sustentar o *vínculo* entre o *profissional* e o *paciente*, ao mesmo tempo em que necessitavam de uma *equipe* flexível às questões e impasses que estes últimos traziam

para o cotidiano institucional.

A *supervisão clínica* (isto é, uma reunião da qual participa toda a *equipe técnica* para discutir um *caso clínico*) e a discussão dos casos novos (*triados* e *acolhidos*) pela *equipe* no HD foram soluções encontradas no intuito de manter e criar *vínculos* com os *pacientes*. Isso era feito a partir do estabelecimento de uma relação contratual. O *paciente* que firmava esse acordo tinha a obrigação de seguir as prescrições contidas no PTI — ou seja, integrar os grupos, as *oficinas*, comparecer e participar das atividades. Nesse sentido, seu *profissional de referência* tinha o controle da frequência com que ele comparecia às atividades. Todas as informações adquiridas na *escuta terapêutica* circulavam pela *mini-equipe* ou, algumas vezes, o *caso* era discutido em *supervisão clínica*. Após esta última, os *profissionais* voltavam seus olhares para o caso do *paciente*, o que proporcionava um movimento que impedia que este último ficasse esquecido em meio aos fluxos burocráticos e institucionais.

A partir dessa experiência, a *equipe* constituiu-se em três *Equipes de Referências* (ou *mini-equipe*), que se reuniam semanalmente para discutir os projetos terapêuticos. Desde a década de 90, as mini-equipes já eram caracterizadas como interdisciplinares, ao mesmo tempo em que procuravam manter o *vínculo* com *pacientes* e seus familiares.

O HD funcionava com cerca de 140 *pacientes*, cada um dos quais com sua rotina institucional prescrita no PTI. A *equipe* contava com *profissionais* de diferentes formações — alguns deles sem formação acadêmica, mas com experiência de trabalho em saúde mental. Eram “quatro psicólogas, três psiquiatras, um psicoterapeuta, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais, quatro auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, duas monitoras, uma auxiliar administrativa e os estagiários” (Cavalcanti, 2001: 119). O horário de funcionamento do HD era de segunda à sexta-feira, das 8 às 17h. Os *pacientes* que fossem passar o dia neste local contavam com

várias atividades: almoço, lanche, grupo medicação e oficinas. Os grupos foram dispositivos utilizados como espaços privilegiados, uma vez que permitiam, segundo meus interlocutores, “estar junto” do *paciente* e compreender suas diferentes linguagens — não somente a verbal, mas também sua expressão social e corporal.

O *paciente* que se dirigia ao HD passava por uma *triagem* que o colocava em contato com os diferentes *profissionais* de sua *equipe de referência*. Este processo durava dias, uma vez que a *equipe* precisava arrolar informações suficientes no intuito de construir o PTI que, por sua vez, delineava as prescrições das atividades práticas, dos encontros e do conjunto de intervenções dos quais o *paciente* deveria participar dentro ou fora da instituição. As atividades que poderiam integrar o PTI eram: o atendimento individual, o atendimento em grupo, a arte terapia, o grupo de medicação, o grupo de família, o grupo de bordado, o grupo de expressão corporal, o grupo de terapia ocupacional, o grupo de encontro, a *assembleia* e o acompanhamento terapêutico (AT).

Nessa época, a *equipe* implantou o projeto de regionalização ou *lógica do território*, influenciado por ideais do SUS, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, as instituições puderam ser inseridas em distintas regiões da cidade para prestar atendimento aos moradores. Ao descentralizar o atendimento psiquiátrico, as instituições inseridas no território se aproximavam de outras, que prestavam assistência à saúde. A inserção neste movimento possibilitou o estreitamento dos laços e das relações com as famílias dos *sujeitos* tratados, visto que, para meus interlocutores, estas últimas podem contribuir com valiosas informações para o entendimento do *sofrimento do paciente*. Foi nesta perspectiva que o HD se deslocou de Sousas para o Distrito leste de Campinas, separando-se do espaço do Cândido Ferreira. O Hospital-Dia transformou-se, assim, em CAPS Esperança, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana e com espaços de atenção à *crise* como os leitos noite.

Neste capítulo, procurei expor como esses eventos políticos provocaram mudanças na instituição Cândido Ferreira, sobretudo no que diz respeito à chamada unidade dos moradores. No interior de suas quatro repartições, existia uma unidade mais complexa (composta por *pacientes* crônicos e por alguns com diagnóstico de deficiência mental grave), denominada Casa Branca. Além dessa última, existiam outras três: Primavera, Arco-Íris e Paraíso. As duas últimas alas foram fechadas e seus moradores absorvidos pelo projeto das moradias assistidas. Outro ponto de inflexão foi verificado no modelo da ala, no interior do hospital, o qual se embasava em mapas ilustrando a epidemiologia, a idade e o local onde os *pacientes* dormiam. Segundo uma enfermeira do CAPS, essas informações não diziam quase nada sobre os *sujeitos*, uma vez que não explicitavam as *demandas* e tampouco as particularidades de cada indivíduo.

A criação de uma nova tecnologia de *cuidado* só foi possível a partir da mudança na concepção de construção das intervenções terapêuticas. Segundo meus interlocutores, as práticas de *cuidado* estão pautadas nas necessidades e desejos de cada *sujeito* em particular. A partir desse momento, não é mais a cura da doença que importa para o processo de *ressocialização*, mas a subjetividade individual. De fato, o *sujeito* acaba por tornar-se um efeito das práticas terapêuticas, mas é também atuante e voluntário no processo de elaboração do *cuidado* de si, ou melhor, daquilo que o controla. Ao interpelá-lo, o *profissional* desvenda o seu desejo, pensado como aquilo que impulsiona o *paciente* a agir e a buscar seus interesses. Esse desejo é tomado como ponto fundamental para a elaboração das intervenções de *cuidado* que, por um lado, administram o *sofrimento* dos *sujeitos* e, por outro, governam seus interesses, dispondo-os no caminho da *ressocialização*.

Nesse sentido, como resultado da crítica feita pelos *profissionais* acerca do modelo da ala, ocorre, neste momento, a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). O PTI trouxe consigo a possibilidade de reunir as informações sobre o *sujeito* e seu tratamento, bem como informações práticas como a frequência com que o mesmo participava das atividades institucionais, o tipo de atendimento (individual ou em grupo), as oficinas que ele frequentava, uma pequena descrição de sua história de vida e de seus sintomas recorrentes (no tópico 4.2, efetuari uma discussão mais minuciosa sobre o PTI). A lógica de assistência que se configurava no tratamento da ala era exatamente o que os *profissionais* do Cândido Ferreira tentavam reverter. Em resumo, no modelo de assistência prestado pelo CAPS Esperança verifica-se uma fusão entre os modelos do *Técnico de Referência* e da *Equipe de Referência*, em práticas como a *escuta terapêutica* e o tratamento particularizado, o que veremos a seguir no próximo capítulo.

Capítulo 2

Da organização institucional às práticas terapêuticas

2.1. A escuta terapêutica e as práticas de cuidado

Neste capítulo, pretendo explorar a dinâmica de funcionamento das práticas em *equipe*, centrando minha análise, mais especificamente, na prática da *clínica ampliada*, bem como nos *cuidados* médicos, em sua dimensão preventiva e estratégica de promoção da saúde. A operação preventiva busca solucionar os conflitos decorrentes da integração e promover a adaptação dos *pacientes* à realidade social. Criar possibilidades para que o *paciente* possa produzir laços sociais constitui uma estratégia terapêutica dos *profissionais* no CAPS Esperança. Vejamos uma discussão entre estes últimos sobre a produção de rede:

Psicóloga: “O que é essa rede, mas não no sentido clássico da reinserção social. Que rede é esta?”

Outra psicóloga: “Porque o psicótico precisa de vários... Porque não tem um saber que dê conta.”

Enfermeira: “É esta a transferência do psicótico. É na relação com o outro que o profissional descobre o saber do outro.”

Psicóloga: “A construção da rede é o nosso trabalho.”

Terapeuta Ocupacional: “A construção da rede é o nosso trabalho, pois nós almejamos o trabalho em rede, um modo de trabalho que possa responder a uma demanda do psicótico.”

Enfermeira: “Rede social comunitária é uma rede no sentido de laço social.”

Psicóloga: “Através do discurso do paciente, a possibilidade de construir laços.”

Enfermeira: “Colocar o paciente em condições de construir essa rede. Pois tem um processo delirante que precisamos direcionar. Acolher e colocá-lo na condição de fazer... Ele também tem desejo de fazê-lo.”

Psicóloga: “Existe um coletivo que funciona e um psicótico que precisa de amarração.”

Médica psiquiátrica: “Existe a questão da doença.”

Psicóloga: “Explicar essa questão da necessidade de várias pessoas, por meio de um caso clínico, é mais fácil. Eu tenho um paciente que gosta de andar de bicicleta e formou um grupo de esporte. Ele tem algumas relações com outras pessoas no bairro em que mora. Tem o seu psiquiatra. O que está funcionando com essa história é que ele pode organizar suas relações. Por exemplo, outro dia, ele fez aniversário e foram mais de 20 pessoas em um bar comemorar. Ele fez uma função de amarração. Que tipo de amarração? A de que ele é fulano de tal, que ele gosta disso e daquilo.”

De acordo com meus interlocutores, “construir laços sociais” e impedir que aqueles já produzidos se “percam” constituem uma preocupação constante. Eles podem romper-se devido às *crises*, *sofrimentos* e à antiga forma de tratamento, baseada em internações por longos períodos (meses, anos e, em alguns casos, décadas). Para meus interlocutores, uma grande parte dos *pacientes* vive em situações socioeconômicas precárias, muitos deles foram abandonados pela família, vivem em pensões, moradias

assistidas ou mesmo nas ruas. Em minha experiência de campo, colhi relatos nos quais os *profissionais* afirmavam que, durante as *visitas domiciliares*, era possível constatar a situação de miséria de alguns *pacientes* que, muitas vezes, moravam em barracos, em lugares insalubres com muito lixo e ratos.

As normas do Ministério da Saúde (1979) descrevem o imperativo de um respaldo institucional para levar a cabo o processo de reabilitação psicossocial do *paciente*. Em geral, informações sobre a situação socioeconômica deste último tomam forma em seu discurso, ao descrever seu contexto familiar, sociocultural e suas relações interpessoais. Meus colaboradores de pesquisa acreditam que o *sofrimento psíquico* é um efeito das tensões decorrentes do processo de adaptação a uma determinada realidade social. A política de assistência procura resolver os problemas econômicos e sociais dos *pacientes* – por exemplo, situações de abandono, o uso de substâncias ilícitas, os conflitos familiares — sendo orientada pelo modelo psicológico que determina as condutas e orienta as *observações clínicas*. Neste capítulo, pretendo analisar de que modo se configura essa nova tecnologia de *cuidado* que organiza tanto o atendimento individualizado quanto o estudo do *caso clínico*.

A análise deste último é feita em discussões realizadas nas reuniões de *miniequipe* (ver infra 2.5.). Nessa instância, é permitido aos *profissionais* estabelecer relações pautadas por um trabalho coletivo que viabiliza a circulação de informações sobre os *sujeitos*, o que possibilita o controle das manifestações fenomenológicas. De modo análogo, a *escuta terapêutica* permite ao *profissional* detectar o *sofrimento* por meio da prática da interpelação do *paciente*.

No caso aqui analisado, a *clínica* psiquiátrica (*observação* e *escuta* das manifestações mórbidas realizada pelo médico no interior do seu consultório) foi ampliada para todos os *profissionais* da *equipe*, para todos os espaços institucionais e

para fora do CAPS (em práticas como o *acompanhamento terapêutico A.T.*). As intervenções no *caso clínico* são discutidas por todos da *equipe*, o que permite um *compartilhamento* das *responsabilidades* sobre as ações terapêuticas. Essa operação fez com que o dispositivo da consulta³⁰ (Cardoso, 1999: 42) fosse estendido da prática médica para todos os *profissionais*. Descrevo abaixo um diálogo no qual uma psicóloga do CAPS procura definir a *clínica ampliada* para uma estagiária de psicologia da PUC:

Interessante você [estagiária] acompanhar esta questão da extensão da clínica. De que modo? Ligando para o paciente para saber por que ele não veio ao CAPS. Eu acho que esta é uma extensão da clínica, ligar para ele ou para sua família para saber se ele está bem e/ou se já melhorou. Isso faz parte da clínica, que é uma gestão; é a clínica em ato para além de uma escuta formalizada.

O diálogo explicita a ideia de *clínica* como gestão, administração e *manejo do caso* particular de cada *paciente*. Meus interlocutores afirmam que ela consiste em uma prática terapêutica ou em uma tecnologia de *cuidado* que possibilita ao *profissional* apreender informações sobre o *paciente*, informações essas que irão dar origem a uma determinada intervenção terapêutica. De fato, no limite, a *clínica* está em práticas de controle contínuas e, também, externas à instituição enquanto construção arquitetônica.

Pode-se igualmente depreender do diálogo transcrito acima a percepção da *clínica ampliada* como uma prática pautada em um saber adquirido sobre o *paciente* por meio da *escuta terapêutica*. Segundo meus interlocutores, esse saber é “tudo que há de mais particular sobre os *sujeitos* tratados”, é ele que permite toda a estratégia de ação terapêutica. Desse modo, a *clínica ampliada* não se fundamenta no diagnóstico ou na regularidade da patologia, e sim na vida dos *pacientes*, no que há de mais singular em cada *caso*, na manifestação do *sofrimento* mais específico de cada um, naquilo que os torna

³⁰ O dispositivo de consulta faz do consultório médico o lugar privilegiado do tratamento psiquiátrico. Nesse espaço, o médico adquire um saber, estabelece uma terapêutica e elabora o diagnóstico. É na relação com o paciente, durante a consulta, que o médico interpreta as sensações físicas por ele experimentada – os sintomas. Dessa forma, eles são inscritos dentro de um campo de significações consideradas como manifestações dos distúrbios psíquicos. A prática clínica é constituída pela “operação interpretativa” do médico (Cardoso, 1999: 42).

sujeitos da intervenção terapêutica. Esta concepção modifica igualmente a *atuação* do *profissional*, que a partir de então passa a elaborar a *clínica do particular*, ou seja, um tratamento proposto a partir da singularidade de cada *sujeito*. Assim, segundo meus interlocutores, as formas de intervenção terapêutica diversificam-se e, o que é mais interessante, passam a contar com a participação do *paciente*.

Nesse sentido, a *clínica ampliada* é concebida como um compromisso ético com os *sujeitos*, materializando-se em práticas como a *escuta terapêutica*, no intuito de “ajudar o *paciente* a criar laços sociais” a partir da criação de *vínculos* e de *afetos* (infra 2.4.), e procura, por meio do projeto terapêutico individual (PTI), orientar cada um de acordo com suas preferências, necessidades, desejos e não questiona ou repreende suas ações. Em última instância, o objetivo dos *profissionais* é o de construir uma relação de confiança que ajude o *paciente* a viver da melhor forma possível, ou seja, “viver de uma forma digna” e, se possível, sem *sofrimento*, *crises*, *desestabilizações* e internações psiquiátricas.

Ao ser colocada em funcionamento a *clínica ampliada* produz estratégias de *cuidado*, ou seja, enquanto um instrumento técnico-institucional, ela permite interpretar as sensações físicas (sintomas) experimentadas pelos *pacientes*. Dessa forma, os sintomas são inscritos dentro de um campo de significações consideradas como manifestações do *sofrimento psíquico*. A prática *clínica* é, então, estabelecida a partir das explicações que cada *paciente* elabora sobre seu *sofrimento*. Em outras palavras, a operação da *clínica ampliada* desloca a assistência do campo da significação anatomopatológica (fundamentada em evidências orgânicas que explicam as manifestações das enfermidades), para a explicação dos sintomas apresentados no discurso do *paciente* sobre seu *sofrimento*.

Há, ainda, a prática da *clínica informal* que, ao contrário da relação formal estabelecida com o médico na consulta psiquiátrica, se caracteriza por uma relação

informal efetuada em qualquer espaço institucional, num passeio ou em uma *oficina*. Logo em meus primeiros dias em campo, foi possível observar a *atuação*³¹ dos *profissionais*, sempre atentos e zelosos em perceber as manifestações sintomatológicas ou as *demandas* do *paciente*, já que algumas manifestações podem ser indicativas de *crise* ou de um *sofrimento intenso*. Eles avaliam suas *performances* com o objetivo de controlar e perceber uma *demand*a antes mesmo que ela seja estabelecida.

Em suma, para meus interlocutores, a *clínica informal* consiste em uma prática realizada em locais onde o *paciente* fica à vontade para falar, ao mesmo tempo em que constitui uma estratégia da *equipe*, que procura *escutá-lo* em qualquer lugar e a qualquer momento, sem que este perceba que está sendo analisado, pois os *profissionais* utilizam da *transferência* (cf. infra 6.4.) para fazer com que ele se permita falar sobre seu *sofrimento*. Essa *clínica* não deixa de configurar uma forma de controle e gestão. Contudo, manifesta-se em ato por meio de procedimentos nos quais a família é chamada a participar e a contar como o *paciente* está se portando em casa ou na rua. Em alguns casos a família é, ela também, *cuidada*. Trata-se, portanto, de uma *clínica* que permite uma forma sutil de controle que se desloca para fora do CAPS em procedimentos individuais. Suas práticas podem ser exemplificadas em procedimentos como: caminhar com o *paciente*, acompanhá-lo em uma *oficina*, levá-lo para tomar um café na padaria, levá-lo a participar de uma aula no supletivo do *Centro de Convivência*, *acolher* o *paciente* e/ou, quando necessário, *acolher* sua família. Os detalhes relativos à prática do *acolhimento* serão discutidos no próximo capítulo.

³¹ *Atuação ou performance* constitui a forma de proceder dos *profissionais*. Ela consiste em uma forma de agir *calculada* que permite extrair as evidências da subjetividade dos *pacientes*.

2.2. A prática do acolhimento

O *acolhimento* é uma forma de *cuidado*, uma prática que todo *profissional* é incitado a realizar. Segundo um de meus informantes: “O acolhimento produz vínculos entre o profissional e o paciente”. Sua prática depende de uma postura *calculada*, ou seja, nas palavras de uma psicóloga do CAPS: “Nós temos de estar sensíveis para nos *afetar pelo sofrimento* do outro”. A *atuação* dos *profissionais* na prática do *acolhimento* requer a postura ética de *escutar* tanto os *pacientes* quanto os demais *profissionais* que precisam de ajuda. Como vemos, trata-se de uma prática de controle do *manejo do caso*, que operacionaliza a *escuta* e a observação dos sintomas como instrumentos de um *cuidado* terapêutico. No cotidiano das relações, essa prática viabiliza um “acesso ao paciente” que possibilitará ao *profissional* a aquisição de um saber para administrar o *caso* de uma forma eficiente no sentido de impedir as *crises* e os *sofrimentos*.

Na realização da pesquisa de campo, pude notar que os *profissionais* tinham uma preocupação em *escutar o paciente* e entender o que havia por trás das *demandas* que presumiam o *acolhimento*. Os psicanalistas, em particular, o concebem como um momento para realizar a *clínica*. Assim como argumentou uma interlocutora de pesquisa, os *profissionais* têm de assumir a *postura* de “tomar ao pé da letra o que o psicótico quer dizer com sua história”, estar “aberto ao inesperado” e “atento àquilo que pode acontecer em uma *demanda* espontânea”. Em suma, o *acolhimento* é um ato terapêutico no qual o *profissional* observa, *escuta* e avalia o *paciente* quando ele procura por (ou precisa de) “ajuda, abrigo e proteção”. Essa prática desenvolve-se durante as situações mais inusitadas como *acolher o paciente* em uma *crise*, ajudá-lo a tomar um banho, atender a um desejo como o de tomar um sorvete ou um café na padaria, atender um pedido por comida e/ou medicação.

A organização funcional da *equipe* dispõe os *profissionais* como se fossem fios

que levam as informações sobre os *sujeitos* até o médico psiquiatra (me debruçarei mais detidamente sobre esse assunto no último capítulo). Antes disso, contudo, realizo uma descrição da constituição da *equipe* no intuito de compreender sua organização, ao mesmo tempo em que analiso o modo como se configura o funcionamento da perspectiva terapêutica organizada em *práticas democráticas* e na *clínica do particular*, ou melhor, em uma *clínica* voltada para o atendimento de cada *paciente* de forma singular.

2.3. A *equipe*

A *equipe técnica* é composta por *profissionais* de diversas áreas do saber. São cerca de três médicos, cinco psicólogos, três enfermeiros, três terapeutas ocupacionais, um assistente social, 14 técnicos de enfermagem e três monitores. Fazem parte do quadro de funcionários duas técnicas administrativas (secretárias), dois técnicos em farmácia, quatro técnicos em higiene, dois porteiros e um motorista. A *equipe* conta, ainda, com dois estagiários em psicologia da PUC Campinas, um aprimorando (aluno de uma especialização na Unicamp que trabalha no CAPS por um período de um ano) e duas residentes³² em psiquiatria do Cândido Ferreira.

Importante ressaltar que a organização da *equipe técnica* nas atividades em grupo permite a invenção de *práticas democráticas*. Para meus interlocutores, *práticas democráticas* são aquelas que “respeitam os sujeitos portadores de direito, não somente os *pacientes*, mas todos aqueles que participam da instituição”. Nesse sentido, elas são antes políticas do que técnicas, possibilitando o funcionamento do grupo de forma *autônoma*. Conforme meus colaboradores de pesquisa, a *atuação* política dos atores é

³² De modo distinto às residências médicas voltadas para um modelo de clínica hospitalar, a residência em psiquiatria do Cândido Ferreira oferece uma formação voltada para o serviço público e para as políticas públicas na área de saúde mental. Além disso, a parte prática da residência é feita nos CAPS, em Postos de Saúde e, também, no Núcleo de *Atenção à Crise* (NAC).

caracterizada pela recusa da passividade. Essa forma de participação democrática mobiliza tanto os *profissionais* quanto os *pacientes* a participarem dos espaços coletivos de formulação das normas institucionais. Um exemplo dessa participação pôde ser observado em uma *assembleia* (vide infra 3.1.) quando *profissionais* e *pacientes* votaram a favor da proibição do ato de fumar no interior da residência do CAPS.

De acordo com os *profissionais* desta instituição, a *responsabilidade* e os riscos de um *cuidado* produzido de forma criativa e coletiva permitem uma nova abordagem terapêutica, que explora as multiplicidades existentes entre os atores e seus referenciais teóricos. A *clínica*, que orienta os atores da *equipe técnica*, está pautada em uma abordagem particular do *paciente* ou, como afirmam, meus interlocutores de pesquisa: “Cada caso é um caso”. Ao construírem um tratamento particular, os *profissionais* proporcionam uma nova abordagem em cada situação. O trabalho cotidiano de construção de uma rede de conexões sociais lhes permite produzir “vida” e “dignidade no viver”, ao considerarem os *pacientes* “como sujeitos e não como objetos” de um saber *clínico*. Esse processo, que não acontece sem *sofrimento* para ambas as partes envolvidas, permite um aprendizado a partir da experiência do *cuidado*, cujo objetivo consiste na produção de *sujeitos autônomos* (infra, capítulo 6).

Para Silva (2007), médico psiquiatra que trabalhou no hospital do Cândido Ferreira, existe um “espírito cândido” que oferece a segurança de um tratamento pautado na negociação entre o *profissional* e o *paciente*. Desta forma, movidos por tal “espírito”, os primeiros dispõem-se a assumir a *responsabilidade* do *cuidado*, disponibilizando seu tempo para cuidar de atividades variadas. Há uma relação de respeito entre eles, um verdadeiro laço de identificação. Em minha experiência de campo, um técnico de enfermagem afirmou gostar muito de trabalhar no CAPS Esperança porque os *profissionais* da *equipe* são amigos, “existe certa afinidade”, “um

escuta o outro”, “um ajuda o outro”. Estas afirmações podem ser observadas no cotidiano institucional e fora dele também, uma vez que, com frequência, eles saem juntos, comemoram os aniversários, combinam almoços, enfim, mantêm relações de amizade. A *equipe* constitui-se de forma dinâmica por membros que se conhecem muito bem. Esta característica permite compor as práticas de uma forma criativa, ultrapassando as instâncias formais e burocráticas para garantir a assistência.

O “espírito cândido” sensibiliza os *profissionais* para as novidades, os acontecimentos e lhes abre à experimentação de novas *performances* de *cuidado*. Desta maneira, é possível pensar a *equipe* como um grupo que estabelece *vínculos* na realização de uma atividade concreta, na adoção de perspectivas teóricas³³, na afirmação de uma vocação ou de um desejo do grupo. Como afirmou uma de minhas interlocutoras: “O tempo da militância foi substituído pelo tempo de assistir os *pacientes* novos, para sustentar nosso desejo de não ter mais hospital psiquiátrico”. Nessa perspectiva, a *equipe* pode ser comparada ao que Guattari chamou de “grupo sujeito” (1985: 92), no sentido de que o fato de manter uma relação de solidariedade e de comunicação com os outros membros da *equipe*, permite acessar aquilo que se situa no além grupo, ou seja, no desejo. É a partir do diálogo que a *equipe* assume a transversalidade no grupo, que pode ser entendida como o agenciamento das relações, não de forma a que o grupo esteja subordinado a leis externas, mas ao contrário, inventando suas próprias leis e reelaborando as formas de colocá-las em prática.

Ao produzirem suas intervenções terapêuticas considerando a singularidade dos

³³ No processo terapêutico, as teorias são utilizadas como ferramentas. Essa ideia foi explicitada em um *grupo de estudos*, do qual participei enquanto realizava o trabalho de campo. Nesta ocasião, os *profissionais* discutiam a seguinte questão: “Para que serve uma teoria?”. As respostas que se seguiram foram as seguintes: “Para você ter um norte”, “para você entender algumas coisas em determinados momentos”, “a teoria não deve engessar uma prática ou uma posição no cuidado”. No caso aqui estudado, observa-se que, de fato, as práticas não são engessadas pela teoria, que serve antes para orientar o posicionamento dos *profissionais* em determinados contextos.

sujeitos, os *profissionais* incluem seus inconscientes na prática *clínica*. Esta orientação ética demonstra forte influência da psicanálise lacaniana. Ao mesmo tempo, os *pacientes* são *responsabilizados* por seu tratamento impondo, assim, seu comprometimento no processo de construção de sua *cidadania*. Este será o tema do próximo tópico.

2.4. A equipe e a psicanálise

O grupo funciona a partir da lógica do *acolhimento* e da *escuta*, que é a mesma utilizada para atender o *paciente*. Dessa forma, meus interlocutores afirmam que a possibilidade de uma multiplicidade de atores trabalharem em certa harmonia acontece devido à orientação lacaniana da gerente do CAPS. Na realização da pesquisa de campo, fui surpreendida pela publicação de uma revista do Clin-a, composta por artigos escritos por alguns *profissionais* do CAPS Esperança. O que mais me chamou a atenção foi um artigo que analisava o papel da psicanálise no trabalho de gerência. Nesse artigo, a autora (gerente do CAPS Esperança) argumentava que sua formação em psicanálise pelo Clin-a, além de sua análise pessoal contribuíram “para a maneira de operar com a *equipe*”. Ainda segundo o artigo, no interior da instituição, a psicanálise opera um movimento que permite a interseção entre o discurso da ciência médica e aquele das políticas públicas na área de saúde mental, contribuindo, desta forma, para a orientação ética, ao incluir o *sujeito* do inconsciente no processo de tratamento particular:

Em uma instituição para psicóticos [CAPS], onde ora se apresenta o discurso da ciência, ora o do mestre, ora o do analista (pela vertente da psicanálise aplicada), talvez o desafio seja, de fato, manter uma circulação entre os discursos, na medida em que a instituição se pretende terapêutica (...). A psicose ensina sobre as soluções que o sujeito encontra para uma falta fundamental e cabe ao praticante escutar as pistas e indicações que cada sujeito traz para seu caso, servindo-lhe de testemunha. (...) Escutar o profissional como sujeito, dar lugar à sua subjetividade, enfrentar a angústia suscitada pela **diferença** e suportar a desidealização do lugar de Mestre comumente conferido ao gestor, tem possibilitado que o **desejo, o prazer e a criação de cada sujeito, paciente ou trabalhador tenham lugar na construção de um coletivo**. Como gestora, represento o Outro

institucional, tendo que zelar por uma ordenação e cumprimento de normas e regras, pois afinal de contas, o gestor também está submetido à lei, porém, sem encarnar esse Outro de forma avassaladora. Aprendi que o vazio se faz necessário, permite a invenção de cada um e implica o sujeito, levando-o a se questionar sobre suas ações, o que coloca o gestor em uma posição não de mestre, mas de referência (Palmieri, 2008: 35-38 e 39, grifos meus).

No que diz respeito ao CAPS, podemos notar que o gerente assume a posição de *técnico de referência* para os *profissionais*. Do mesmo modo como estes últimos constituem uma *referência* para os *pacientes*, o gerente posiciona-se na mesma lógica de *acolhimento e escuta* para a *equipe*. Logo, os *profissionais* são *escutados* como *sujeitos*. Apesar disso, não estão a salvo de experimentarem sentimentos de tristeza ou angústia na realização de seu trabalho. A saúde do *profissional* é assunto bastante discutido nas reuniões de *equipe*. Para meus interlocutores, é imprescindível que ele esteja bem para desenvolver um trabalho criativo e ser *afetado* pela subjetividade e sentimentos dos *pacientes* e dos demais *profissionais*. Ser *afetado*, nesse sentido, está diretamente ligado a um modo de apreensão existencial dos *sujeitos*.

De acordo com o documento “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”,³⁴ produzido pelo Ministério da Saúde, a prática da *transferência* possibilita aos *profissionais* serem *afetados*, tanto por *pacientes* quanto por outros *profissionais*. Vejamos o que diz o documento:

É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. Nesse processo, a equipe de referência é muito importante, porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que, dentro da própria equipe estas transferências também acontecem (Ministério da Saúde, 2007: 18).

Para os *profissionais* do CAPS Esperança, os *cidadãos* portadores de *sofrimento psíquico* colaboram, tal como em uma aliança política, as decisões *democráticas*,

³⁴ Este documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção à Saúde e pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, e está disponível em sua biblioteca virtual: (www.saude.gov.br/bvs).

elaboradas em *equipe*. Essas decisões são tomadas a partir do saber adquirido sobre o *sujeito*, ou seja, as escolhas das atividades são definidas em função do que o *paciente* gosta de fazer, e é a partir de seus desejos e necessidades que a *equipe* consegue convencê-lo a participar de uma rotina prescrita em seu PTI. De fato, a necessidade do *sujeito* faz funcionar uma técnica política de integração social. A ideia, nesse caso, não é a de impor que participe de algum grupo ou *oficina*, e sim a de elaborar formas para que participe das atividades e não deixe de ir até a instituição, em resumo, não abandone o tratamento. Embora os saberes produzidos sobre a história de vida dos *sujeitos* não sejam considerados objetivos, eles muitas vezes possibilitam à *equipe cuidar* de suas necessidades mais particulares. Nesse processo político que se produz um novo lugar para essas pessoas portadores de *sofrimento psíquico*.

Este saber produzido sobre os *sujeitos* mostra-se contrário aos saberes científicos, aqueles que fazem valer em diferentes práticas as variadas formas de intervenção contra a enfermidade. Por outro lado, segundo meus colaboradores de pesquisa, é possível afirmar, que aquelas que lidam com as questões de *responsabilidade* demandam um posicionamento ético do *profissional*. Os aspectos referentes à *responsabilização* estão diretamente ligados à qualidade das práticas e à *implicação*³⁵ dos *profissionais*. Um exemplo disto é a prática da gestão dos *cuidados* (que requer a *responsabilização* dos *profissionais* pelo tratamento dos *pacientes* de sua *referência*) produtora do comprometimento e da participação do *profissional* no processo de construção da *cidadania* dos *sujeitos*.

A *responsabilidade* (infra 6.6.) pode ser pensada como a obrigação de responder a uma determinada exigência do acordo feito sobre o tratamento. Ela nos remete a uma conduta moral em uma relação de poder, na qual existe um laço de dependência e o

³⁵ A *implicação* é uma forma de *comprometimento* do *profissional* com suas práticas terapêuticas.

dever de obediência. Ora, se as práticas políticas no CAPS não obedecem a uma lei de interdição, elas exploram, portanto, todo um aparato técnico de produção de *sujeitos* cidadãos. Isto se faz por intermédio de uma aliança firmada entre os *profissionais* e os *sujeitos* tratados. As práticas adotadas na instituição contribuem para reforçar o saber técnico-científico, que condiciona o desenvolvimento das práticas utilizadas para o alívio do *sofrimento*. Por outro lado, a multiplicidade de poderes que participam do processo terapêutico confere aos *profissionais* uma competência para *calcular* (infra 4.1.) os investimentos técnicos e afetivos. Este poder torna-se, em última instância, uma aliança entre poderes distintivos, cada vez mais pautada em questões que permitem uma demonstração experimental. A seguir, descreverei como as práticas utilizadas tomam forma na organização e no funcionamento das *miniequipes*.

2.5. Miniequipe

A *equipe* está previamente dividida em três *miniequipes* de *referência*. Cada uma delas é *responsável* por um número de *pacientes* moradores da região leste de Campinas e também por um número de instituições de saúde localizadas no distrito leste, tais como: centros ou postos de saúde e *centros de convivência*. Esta forma de organização auxiliava a comunicação do CAPS com outros dispositivos por meio de encontros periódicos, denominados *reuniões de matriciamento*. O contato com *profissionais* de outras instituições era feito, também, por ligações telefônicas. O objetivo era trocar informações sobre os *pacientes* e discutir a melhor maneira de conduzir determinadas situações relacionadas aos *casos clínicos* tratados tanto pelo posto de saúde quanto pelo CAPS Esperança. As instituições matriciadas são igualmente divididas entre as *miniequipes*. Foi possível notar que a ideia do CAPS era a de levar sua *clínica* (supra, tópico 2.2.) de atendimento para outras instituições, por meio da *reunião de*

matriciamento ou por *profissionais* que atuavam tanto no CAPS quanto em outros lugares - caso dos residentes em psiquiatria do Cândido Ferreira que também trabalhavam em postos de saúde.

O CAPS recebe *pacientes* novos quase todos os dias. A instituição segue um princípio do SUS: o de ser *portas-abertas*, ou seja, atender qualquer pessoa que chegar ao CAPS procurando por atendimento. Desse modo, a *equipe* possui uma organização responsável pela *triagem*, cada *miniequipe* disponibilizando um *profissional* por período para *triar* os *pacientes* que serão por ela *cuidados*, impedindo, dessa forma, a produção de um “trabalho inútil” ou de um “retrabalho” (Mehry, 2007). Segundo meus interlocutores, o fato de atender a um *paciente* de outra *miniequipe* e precisar “passar o caso” para outros terapeutas constitui um “retrabalho” que deve ser evitado, mesmo porque o primeiro contato com o *paciente* é considerado muito importante, uma vez que os *profissionais* acreditam que nesse momento inicial já existe o estabelecimento de *vínculos*.

A *miniequipe* é formada por um médico psiquiatra, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e uma monitora. Sua dinâmica interna pode ser observada no cotidiano da instituição, caracterizando-se por uma rotina incessante de *trocas*³⁶ de informações. Cada novo aspecto sobre o *paciente* é imediatamente repassado para, no mínimo, toda a *miniequipe*. Dessa maneira, todas as pessoas que a compõem sabem o que acontece com seus *pacientes*.

Cada uma delas possui também suas especificidades. A “miniequipe moderna”, como é denominada por seus membros, tem sua organização pautada no modelo do *profissional de referência*. Podemos considerar este último, também chamado de *técnico de referência*, como o agente do *cuidado*, ou seja, o *profissional responsável* por atender

³⁶ *Trocas* no sentido de fazer circular as informações sobre o *paciente*.

à *demanda* do *paciente*, ao mesmo tempo em que agencia o suporte social. Ele acompanha o *paciente* em sua vida cotidiana, garantindo um *vínculo* de confiança.³⁷ O atendimento que faz, como já mencionado anteriormente, não é pautado na tutela do *paciente*, mas na gestão de sua inserção social. O *técnico de referência* acompanha e avalia a eficácia das práticas terapêuticas utilizadas, bem como controla suas relações, principalmente, as familiares, a fim de compartilhar a *responsabilidade* do *cuidado* com as pessoas próximas ao *paciente*. A posição de *referência* (ocupada pelo *profissional de referência*) está sempre pautada pela afinidade com determinado *paciente*, ou melhor, pela *transferência* estabelecida na relação terapêutica. Esta forma de organização não é rígida, uma vez que o *paciente* é *cuidado* e escutado por todos os *profissionais* de sua *miniequipe*. Contudo, ao se determinar um *profissional de referência*, são estabelecidas certas *responsabilidades*, sobretudo a de informar o estado do *paciente* para os demais membros de sua *miniequipe*.

Em contrapartida, a “miniequipe da Dra. Ângela” organiza-se de forma diferente. Em sua maioria, os membros dessa *miniequipe* são psicanalistas, o que influencia a forma de *cuidado* pautado na *equipe de referência*. Os *profissionais* organizam-se a partir da relação estabelecida por meio da *transferência* com os *sujeitos* tratados, a relação de *transferência* configurando-se de uma forma espontânea. Uma vez estabelecida esta relação, o *profissional* traz as informações adquiridas para a *miniequipe*. Segundo uma interlocutora de pesquisa, a relação de *transferência* é considerada um *amor de transferência*, ou seja, um sentimento de confiança ou um *link* estabelecido entre o *profissional* e o *paciente*.

A “miniequipe da Dra. Maria Laura” consegue mesclar suas práticas ora pautando-se no *profissional de referência* ora na *equipe de referência*. Ao observar o

³⁷ De modo geral, para detalhes sobre o papel do técnico de referência no processo de negociação do cuidado em saúde mental, ver Silva (2005 e 2007).

funcionamento das três *miniequipes*, pude perceber que o trabalho realizado não era algo rígido, podendo se modificar diante de uma situação, um problema ou um evento. Assim, era possível observar uma *equipe* experimentando formas de ação a partir dos acontecimentos, desentendimentos familiares de *pacientes*, eventos festivos, efeitos colaterais dos medicamentos, *crises* e alucinações.

Cada uma delas reúne-se uma vez por semana para discutir os casos dos *pacientes* tratados. Portanto, é nesse espaço que os *profissionais* discutem os *casos clínicos* de maior complexidade ou os problemas que apareceram durante a semana e que precisam de solução. A discussão do *caso clínico* é importante para aquilo que os *profissionais* chamam de *manejo terapêutico* ou *manejo do caso*, isto é, a forma de tratar e administrar os problemas do *paciente*. Deste modo, fazem parte do *manejo terapêutico* medidas como a “avaliação de uma medicação”, a “intervenção por meio da *palavra*”, a conversa com a família quando o *paciente* apresenta um problema em casa, um exame clínico, a solicitação de uma internação ou uma *visita domiciliar*.

O termo *manejo* remete diretamente a um vocabulário administrativo e de gestão. Isso não é diferente no CAPS, se entendermos o *manejo* em sua prática, elaborada a partir do conhecimento adquirido na *escuta terapêutica*. É a partir desse conhecimento sobre o *sujeito* que o *terapeuta calcula* (infra 4.1.) qual será a intervenção no *caso clínico*, entretanto, a posição de não intervenção também pode ser parte do *manejo*. Desta maneira, por meio da prática da *escuta*, os *profissionais* elaboram uma forma de agir, de maneira particular em cada *caso*, mas sempre visando produzir redes e laços sociais para os *sujeitos*. Um caso de *manejo terapêutico* me foi contado por uma de minhas interlocutoras. Tudo começou com uma ocorrência, na *moradia assistida*, de uma conta telefônica muito alta, devido às ligações feitas por um de seus *pacientes* para

o disque amizade.³⁸ Surpresa com a ocorrência, Cássia afirmou que, ao invés de optar por um discurso repressor, recebeu o *paciente* na sala de *tratamento individual* e pediu que atendesse ao telefone que iria tocar. Saiu da sala e ligou para o *paciente*. A partir dessa intervenção, segundo a psicóloga, ele começou a falar mais durante *atendimentos individuais* e deixou de ligar para o disque amizade.

O auxílio ao *paciente* na administração de seu benefício também faz parte do *manejo terapêutico*. Esse procedimento é utilizado para alguns deles que, ao receberem-no, acabam gastando o dinheiro de uma forma que não viabiliza o seu sustento. Ao tentar me explicar a posição do *profissional* em relação ao uso do benefício, uma psicóloga do CAPS me disse que o *técnico de referência* estabelece juntamente com o *paciente* as prioridades no uso do dinheiro (por exemplo, uma quantia destinada ao pagamento da pensão onde o *paciente* reside, o dinheiro destinado para alimentação etc.). Também por meio da conversa se estabelece a quantia e a forma como o *paciente* irá aceder ao restante do dinheiro no decorrer do mês. Este repasse fica sob a responsabilidade da secretária do CAPS. Existem casos em que o *paciente* pode pegar qualquer quantia a qualquer hora, mas em outros, é necessário que o *profissional* controle por meio de *regras* o uso do benefício – *regras* essas estabelecidas junto com o *paciente*, como por exemplo, estipulando que ele pegará determinada quantia na sexta-feira para poder se alimentar no final de semana. É claro que essas *regras* não são totalmente rígidas, podendo o *paciente*, em caso de urgência, conversar com seu terapeuta e obter o dinheiro para comprar um remédio ou outra coisa de que necessite, mas sempre com a autorização do *técnico de referência*.

A prática do *manejo* está diretamente relacionada à *escuta terapêutica*, permitindo ao *profissional* adquirir informações que possibilitem a “construção do *caso*

³⁸ Disque amizade consiste em um sistema que coloca os assinantes de uma rede telefônica em contato com um grupo de pessoas.

clínico” que, por sua vez, só pode tomar forma por meio do discurso do *sujeito*. Tratarei, a seguir, da disposição da forma de avaliação das práticas terapêuticas, procurando descrever o modo como são pensadas as práticas institucionais para melhor assistir os *sujeitos*.

Capítulo 3

Instâncias avaliativas das práticas terapêuticas

A realização de um trabalho coletivo produz conexões entre os *profissionais*. Ao produzirem novas práticas, os atores da *equipe* posicionam-se como mediadores na elaboração de *vínculos* articulados em rede. Para Guattari (2004), as práticas da “terapêutica institucional” elaboram um cuidado coletivo, condição para a diminuição do risco de conflitos entre os atores. Além disso, o autor afirma que a apreensão da totalidade problemática dos *sujeitos* implica não apenas uma troca de informações entre os *profissionais*, mas também um espaço institucional no qual as atividades estejam sob a *responsabilidade* efetiva da *equipe técnica*. Desse modo, o trabalho coletivo é altamente desejável e estimulado no CAPS Esperança, uma vez que possibilita a articulação simultânea do *profissional* e do *paciente* com a *equipe de referência*. Dessa forma, é possível afirmar a existência de uma *responsabilidade*, assumida por cada *profissional*, de compartilhar com sua *miniequipe* as informações conquistadas por meio de uma relação de *transferência* e do *vínculo* com o *paciente*. A *tomada de responsabilidade*, conforme afirmam meus interlocutores de pesquisa, refere-se a uma nova perspectiva de intervenção terapêutica que *responsabiliza* o *sujeito* por seu *sofrimento*. Isso marca uma posição atuante do *paciente* que precisa se comprometer com seu *cuidado*. Em vista disso, os *profissionais* investem suas ações na saúde, por meio de táticas criativas que possibilitam a criação de *vínculos*, relações, *autonomia* e *cidadania*. Isso quer dizer que, ao invés da cura, se almeja a emancipação dos *sujeitos* por meio da invenção de relações de dependência pessoal e de troca com a realidade social. Os *profissionais* elaboram as intervenções terapêuticas de forma compartilhada com outros técnicos de sua *miniequipe de referência* ou, às vezes, em casos de *supervisões de caso clínico*, isso se dá com todos os *profissionais* da *equipe*. Neste capítulo, procuro expor as instâncias institucionais que possibilitam à *equipe* do CAPS elaborar um trabalho coletivo.

No período em que frequentei o CAPS Esperança, em geral, no início da manhã, os *profissionais* encontravam-se na cozinha para tomar o café. Era nesse momento do dia que algumas informações sobre o plantão noturno eram *trocadas*. Havia a leitura do *livro de plantão* e do *livro de ocorrências* para saber quais *pacientes* haviam ocupado o leito noite.³⁹ Nesse momento, estabeleciam-se as prioridades e os problemas a serem resolvidos no período da manhã - por exemplo, um pedido de *visita domiciliar* feito por um posto de saúde, que estivesse anotado no *livro de plantão*.

Um *profissional*, que compõe a *miniequipe responsável* por essa instituição, leu o referido pedido e entrou em contato com o posto de saúde por telefone e conseguiu as informações necessárias para realizar a *visita domiciliar*. Havia, ainda, uma reunião denominada de *passagem de plantão*, feita, mais especificamente, com a *equipe* de enfermagem e com outros *profissionais*. A *passagem do plantão* era realizada no início de cada turno e tinha como objetivo expor as ocorrências que acometiam a instituição, os procedimentos realizados, as informações sobre alguns *pacientes* e as atividades que não haviam podido ser realizadas durante o plantão.

É na realização de um trabalho coletivo que os *profissionais* procuravam atualizar as informações sobre os *sujeitos*, com o objetivo de fazer com que todos os técnicos, ao menos aqueles que compunham a *miniequipe*, se voltassem para o que foi *escutado* e/ou *observado*. Segundo meus interlocutores, em certas ocasiões, os *terapeutas* falavam do *caso* para “compartilhar uma angústia de não saber o que fazer em relação ao paciente” ou “falavam para *compartilhar* uma melhora do *sujeito*”, mas sempre com o intuito de chamar a atenção para os *casos escutados*. A partir dessa

³⁹ O *leito noite* tem a função de *acolher* o *paciente*. Esse *acolhimento*, no entanto, não é feito necessariamente para atender um problema psicológico; às vezes, por exemplo, o *paciente* é um morador de rua que não tem onde dormir. A partir disto, a *equipe acolhe* e procura junto com o *paciente* uma solução para seu problema, ou seja, os *profissionais* ajudam o *paciente* a encontrar um lugar para morar, que pode ser uma pensão, um lar abrigado ou uma moradia assistida.

relação, marcada pelo *olhar* e pela *escuta*, que o *terapeuta* examina, pergunta, questiona e pronuncia uma verdade sobre o *sujeito*.

3.1. Da organização institucional ao trabalho coletivo

Nesta seção, pretendo descrever o trabalho em *equipe* a partir do funcionamento das práticas terapêuticas. De fato, procuro explorar aquilo que os *profissionais* afirmam ser um trabalho coletivo, ao mesmo tempo em que busco evidenciar o discurso utilizado para explicar e legitimar suas estratégias terapêuticas. Na realização da pesquisa de campo, foi possível observar a forma com que a rotina institucional é permeada por atividades em grupo como as *oficinas*, a *assembleia*, o *grupo de estudos*, o grupo de tratamento etc. Desse modo, começarei explicando o que os *profissionais* entendem por *oficinas*.

As *oficinas* são grupos dos quais participam os *pacientes* e, normalmente, dois ou três *profissionais*. Nesses grupos, são realizadas atividades variadas, tais como: culinária, corte-costura, dança, vídeo, caminhada, história, salão de beleza, música e pintura. A *oficina* tem a função de estabelecer uma comunicação — às vezes, até mesmo não verbal — entre o *profissional* e o *paciente* na realização de uma atividade. Para meus interlocutores de pesquisa, ela configura um espaço em que, a partir de uma atividade cotidiana (por exemplo a *oficina* de culinária) o *profissional* pode produzir experiências corriqueiras como o ato de cozinhar. Isso pode ajudá-lo a cozinhar seu próprio alimento, tornando-se, assim, independente e *autônomo* para realizar tal atividade. Ou ainda, ao preparar seu próprio alimento, o *paciente* pode introjetar hábitos saudáveis com o auxílio do *profissional*. Segundo meus interlocutores, realizar uma atividade em grupo possibilita ao *paciente* conectar-se com outros *sujeitos*, conversar, “compartilhar”, comunicar e “conviver com outras pessoas”, evitando, assim, o

isolamento. Conforme afirmou a terapeuta ocupacional do CAPS Sul (ao ministrar uma aula sobre as práticas da terapia ocupacional em um curso sobre CAPS no Cândido Ferreira), os grupos têm o objetivo de fazer com que os *pacientes* aprendam “condutas mais adequadas, podendo estimular e favorecer a vivência de novos vínculos, (...) alcançando outras relações e espaços sociais” (Tosetto, 2007:30). Por fim, a *oficina* tem ainda a função de proporcionar ao *profissional* a realização de uma atividade “junto com o paciente”, ao mesmo tempo em que *observa e escuta* tudo o que ele tem para dizer.

Das *assembleias*, que ocorriam às terças-feiras pela manhã, participavam os *pacientes*, assim como os *profissionais* presentes na instituição. Formava-se uma grande roda no local onde era o refeitório. Sua coordenação ficava a cargo de um *paciente* e de um *profissional*, invariavelmente escolhidos pelas pessoas presentes na *assembleia* anterior. Nesse espaço, onde estavam presentes tanto os *técnicos* quanto os *pacientes*, eram discutidos assuntos variados, mas sempre coletivos – que iam desde a organização da instituição, passando por soluções para problemas administrativos e referentes à estrutura física do CAPS, até problemas relacionados ao funcionamento da assistência, assim como aos preparativos para festas, passeios, viagens e atividades.

A *assembleia*, considerada por meus interlocutores uma instância *democrática* (supra 2.3.) na instituição, funciona do seguinte modo: inicialmente as pessoas falam seus nomes um a um para, logo em seguida os dois coordenadores organizarem as discussões que seriam feitas, anotando na pauta as pessoas inscritas para falar. Após este primeiro momento, eram chamados aqueles que gostariam de expor o assunto a ser discutido. Às vezes, o tema exposto gerava uma grande discussão e, para solucionar o problema apontado, era feita uma votação entre os presentes, uma solução sendo estabelecida como lei ou norma da instituição. Esse foi o caso, por exemplo, da proibição de fumar dentro da casa. Esta regra afetava a todos (*pacientes* e *profissionais*);

foi votada em *assembleia* e, depois disso, ninguém podia desrespeitá-la que era repreendido. A *assembleia* era considerada uma instância *democrática*, uma vez que, nesse espaço, tanto *profissionais* quanto *pacientes* procuravam resolver questões coletivas que afetavam todos os que conviviam na instituição.

Às quartas-feiras, a *equipe* reunia-se pela manhã. O *grupo de estudo* era a primeira atividade a ter lugar. Este grupo foi criado a partir da ideia de construir um espaço no qual os *profissionais* pudessem ler e discutir textos de assuntos variados, configurando um momento muito importante, para falarem de suas práticas, confrontando-as com as teorias lidas e, ao mesmo tempo, revelarem exemplos do cotidiano institucional. Esse grupo era coordenado por uma psicanalista, formada em artes plásticas, que tinha o papel de mediar às discussões.

Após o *grupo de estudos*, acontecia a *reunião de equipe* da qual participava a grande maioria dos *profissionais*. Em geral, nessas ocasiões, os técnicos de enfermagem e monitores tinham uma atuação menos intensa do que os técnicos graduados. Normalmente, a sala costumava ficar repleta de pessoas e sempre era preciso pegar mais cadeiras para a acomodação de todos. A *equipe* dedicava esse espaço para realizar uma das duas *supervisões*, que se intercalavam: em uma semana acontecia a *supervisão clínica* e na outra, a *institucional*.

Dessa forma, o que se pretende analisar com essa exposição é o modo como a *equipe* elaborava, em conjunto, a problematização de um contexto, ao mesmo tempo em que discutia a melhor solução para determinadas questões que tanto podiam dizer respeito à organização ou ao funcionamento da instituição quanto a um *caso clínico*, como veremos a seguir.

3.2. *Supervisão do Caso Clínico ou Supervisão Clínica*

Antes de descrever a supervisão, é necessário explicar o que constitui um *caso clínico* (ou apenas *caso*). Conforme afirmou uma psicóloga do CAPS, o *caso clínico* “é algo recente, que de certa forma foi influenciado pela psicanálise”. Tendo em vista que o PTI tem como objetivo organizar as atividades práticas das quais participa o *paciente*, o *caso clínico* é a organização de todas as informações a seu respeito - informações estas que descrevem sua história de vida, seu diagnóstico, os sintomas recorrentes, informações familiares, *crises*, internações, manifestações mórbidas, a terapia medicamentosa e a *atuação da equipe*.

A *escuta terapêutica* tem por finalidade obter informações para a “construção do caso clínico”, ou seja, a partir de sua reunião o *sujeito* vai sendo construído (supra, capítulo 6). Nessa perspectiva, meus interlocutores afirmam assumir uma posição ética na formulação do tratamento, visto que os *profissionais* creem na necessidade de estar “atentos ao saber do *paciente* para construir uma direção do tratamento entre vários” ou, ainda, a “psicose é um livro que ensina o tratamento”. É nessa lógica que se privilegia um modo de agir inacabado e instável, ou seja, um processo de criação incessante, no qual o *profissional* é constantemente *afetado* (ver tópico 2.4.) pelo saber do *sujeito* e de outros *profissionais* que interagem entre si. Trata-se, assim, de um movimento que possibilita ao saber especializado mudar de condição por meio de uma relação de *afetos*.

A *supervisão do caso clínico* é uma reunião da qual participam os *profissionais da equipe* junto com um supervisor de fora da instituição. As *supervisões do caso* são intercaladas por um supervisor fixo e conhecido da *equipe* (um médico psiquiatra e psicanalista), e por outro que é sempre um convidado, escolhido conforme a discussão que norteará a pauta. Os supervisores são terceirizados e pagos pelo Cândido Ferreira.

Em sua maioria, são médicos ou psicólogos, mas necessariamente psicanalistas — pelo menos aqueles com quem tive contato no CAPS Esperança.

Na reunião em que se discute o *caso clínico*, a *miniequipe* elabora um discurso que explica a situação do *paciente* começando por sua *história de vida* e, posteriormente, passando às dificuldades no *manejo do caso clínico*. É a partir da *supervisão clínica* que a *miniequipe* expõe para os demais *profissionais*, de forma completa, toda a construção da subjetividade do *paciente*. Antes de tudo, o *caso clínico* é apresentado, isto é, o técnico mais ligado ao *paciente* juntamente com sua *miniequipe* relata a história de vida do mesmo. O relato que se segue foi escrito por uma das residentes e apresentado em uma *supervisão de caso clínico*, em 04 de junho de 2008.

As informações arroladas foram obtidas no prontuário do *paciente*:

P⁴⁰. Nascido em Cordeirópolis, em 8 de outubro de 1953, hoje com 57 anos. O mais novo de três irmãos. Em 1970, com 17 anos, parou de trabalhar, isolou-se das pessoas, não se alimentava. Em casa, só ficava tocando cavaquinho (relato do irmão). A primeira crise ocorreu quando estava no exército, ficou contido e preso durante uma semana. Antes de servir ao exército, P. trabalhou em vários empregos como aprendiz (relato da sobrinha). Passou por diversas internações. Em 1980, foi internado no Hospital Sayão, onde permaneceu até o fechamento da instituição. Passou a residir na Moradia de Nova Sousas, em dezembro de 2000 (...) Foi para o CAPS em outubro de 2006; frequentava a instituição em dias alternados, participava pouco das atividades e tinha dificuldades de adesão aos grupos (...) Uma psicóloga iniciou uma aproximação do paciente e intervenção nos momentos de “impregnação”,⁴¹ oferecendo espaços para a palavra. P. começou a contar-lhe fatos de sua história. P. pedia com frequência para ir ao CAPS. Feita uma reunião em junho de 2007 para discussão do PTI, a equipe prontificou-se a tentar inserir o paciente nas atividades – sua frequência na instituição passou a ser diária.

⁴⁰ O nome do *paciente* e seus dados pessoais são fictícios, em razão tanto de sua privacidade quanto dos *profissionais* que sempre me ajudaram com seus relatos e explicações cuidadosas.

⁴¹ “A impregnação: P. anda normalmente arqueado por conta de uma cifose bem acentuada; dizem que, no Tibiriçá, o chamavam de ‘ganso’. Nos momentos de ‘impregnação’, vem com as mãos sobre os olhos, mais arqueado, dizendo repetidamente estar impregnado, o corpo ruim, dor no corpo e na cabeça, pede injeção e Akineton, pede para chamar o SAMU. Muitas vezes, cai no chão de barriga para baixo, as mãos estendidas para frente e assim fica por tempos variáveis, olhos fechados, como alheio a tudo. Por vezes, levanta-se calmo, em outras, a impregnação se mantém. Outras vezes, quando chamado, consegue conversar e o corpo ‘melhora’. Fala disso fora das ‘crises’: ora que nesses momentos é o diabo que faz isso, e que fica bem quando tem ‘Deus no coração’, ora que é ‘safadeza’ e que na verdade ele não tem nada, que faz para chamar a ‘atenção’” (Relato do Caso Clínico escrito pela residente do CAPS Esperança).

O *profissional* que preparou o texto para a *supervisão clínica* obteve as informações no prontuário do *paciente*, no qual teve acesso a um pouco de sua história familiar, suas internações, seu comportamento em relação aos grupos etc. A partir do relato transcrito, é possível perceber a *equipe* se articulando na tentativa de realizar uma intervenção eficaz. Isso começa com os grupos, mas o *paciente* não participa dessas atividades. Posteriormente, a psicóloga utiliza a estratégia da *escuta individual*, com o objetivo de entender por que o *paciente* apresenta esses momentos de impregnação. Na tentativa de melhor *observar* e *escutar* o *caso* e conseguir criar uma forma de ação mais eficaz, o *paciente* começa a frequentar cotidianamente a instituição.

A *supervisão clínica* avalia as dificuldades que os *profissionais* enfrentam ao *cuidar* de um determinado *caso*. Normalmente, são escolhidos para análise aqueles que a *miniequipe* sente dificuldades em conduzir, ou seja, em *manejar*. No caso do *paciente* descrito acima, os motivos que levaram à tal escolha são descritos do seguinte modo:

Neste mês, P. ficou “mais agitado”; se jogou no chão, induziu vômitos, atravessava a rua sem os devidos cuidados. Os moradores ficavam incomodados com a atitude de P., segundo a equipe da moradia. Daí em diante, permaneceu grandes períodos no Leito Noite [comecei a me aproximar do caso nesta época]. Nos últimos tempos, P. vinha agredindo seu companheiro de quarto durante a noite; tinham até colocado uma cômoda entre as camas para tentar contornar a situação. A médica prescreveu um antipsicótico atípico.⁴² P. começou a frequentar o CAPS todas as noites.

É possível observar que os motivos que levaram a *equipe* a solicitar uma *supervisão* foram, por um lado, o comportamento do *sujeito*, que arriscava sua vida ao se jogar no chão no meio da rua e, por outro, a agressividade direcionada a seu companheiro de quarto na moradia. Para remediar tais problemas, muda-se a estratégia, contatando-se a médica que *cuida* do *paciente*. Sua medicação é alterada, e ele alocado no leito noite.

⁴² Os antipsicóticos considerados atípicos são aqueles que têm a capacidade de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais, ou seja, efeitos colaterais.

Conversei com sua médica; resolvemos aumentar o espaço de escuta de P. em sua própria casa. Optamos por uma hora de atendimento, às quartas-feiras, na hora do almoço. Neste último mês, P. permaneceu na moradia. Por muitas vezes, pediu pra ficar em casa, mas continuou se jogando na rua, pulando o muro, o que acabava interferindo na rotina de outros moradores — pelo fato de, por exemplo, haver a necessidade de se manter a porta ou o portão de casa trancados. Voltou a fazer leito noite no final do mês.

A solução encontrada e discutida pela *miniequipe* foi a de que a residente faria visitas ao *paciente* uma vez por semana, no intuito de escutá-lo. Essa estratégia foi formulada na tentativa de entender as causas que o levavam a continuar com o mesmo comportamento, principalmente o de arriscar sua vida. Interessante observar que as estratégias também têm como meta diminuir o aborrecimento daqueles que dele cuidam.

Na reunião de supervisão, havia um momento em que o *paciente* era *entrevistado*. Esse procedimento visava à descoberta de alguma coisa que pudesse complementar a discussão do *caso*. O *supervisor* avaliava tanto o *paciente* quanto o posicionamento dos *profissionais*. Um interlocutor afirmou que seu papel era o de “fazer com que a *equipe* consiga ver suas falhas, ao mesmo tempo em que procura fazer com que a *equipe* tenha uma nova forma de *olhar* para o *caso*”. Portanto, após a *reunião de supervisão* todos os olhares são direcionados, condicionados e focados nesse *paciente*, o que implica uma *observação* mais atenta ou a percepção de algum detalhe que tenha passado despercebido pela rotina institucional. A *supervisão clínica* produz nos *profissionais* uma posição de alerta em relação ao *caso*.

A questão é que ele [paciente] precisa de outra orientação no tratamento, mas falar isso, nesse momento, é quase propor pra ser linchado pela luta antimanicomial e pela vizinhança, ou comunidade, que compartilha do mesmo sofrimento que a gente. Qual é a proposta? Nós temos um lar abrigado? Se tiver, é um lar abrigado com perspectivas... Ele tem 60 anos, talvez com 70, ele consiga ir para uma moradia, talvez com 62. Mas do jeito que ele está, a moradia é um risco para o próprio projeto; é isso que as pessoas não entendem. Mas essa ousadia de levar o paciente para uma moradia e apostar na autonomia dele é válido. Eu não estou criticando as ideias que levaram a uma moradia, mas acho que nós temos de saber que não foi eficaz do ponto de vista terapêutico. E como é que a gente vai refazer essa proposta — porque ele está colocando em risco o próprio projeto da saúde mental? (fragmentos do meu caderno de campo).

Nesse jogo arriscado, intenso e emocionante, algumas mudanças são produzidas entre o acaso e a necessidade. A partir da discussão desse *caso* específico, a *equipe* do CAPS pôde rever seu próprio projeto assistencial. Desse modo, ambas (a *equipe* das moradias assistidas e a do CAPS Esperança) concordaram que o *paciente* precisaria ser atendido por uma instituição em tempo integral — algo como uma moradia 24 horas — pois estava colocando em risco o projeto do CAPS, uma vez que haviam assumido a *responsabilidade* por seu *cuidado*, “apostando em sua autonomia”, mas o *paciente* colocava recorrentemente sua vida em risco, ao se jogar no chão no meio da rua. Assim, como afirmou o *supervisor*, sua permanência numa moradia deveria estar condicionada ao controle desses sintomas, para que pudesse estar em segurança.

3.3. Supervisão Institucional

A *supervisão institucional* é uma reunião destinada a discutir os problemas enfrentados pela *equipe* no desenvolvimento de suas práticas. Quando realizei meu trabalho de campo, ela questionava o próprio *supervisor*, ou seja, os *profissionais* cogitavam a possibilidade de destituí-lo do cargo. Este espaço possibilita aos *profissionais* refletirem sobre o funcionamento de suas práticas em relação à organização da instituição. O objetivo é o de estabelecer um ritmo de funcionamento que otimize a utilização do tempo, fazendo com que um maior número de *pacientes* seja atendido.

A partir da minha experiência de campo, foi possível observar que a *supervisão institucional* era um espaço no qual a *equipe* se expressava como em uma terapia em grupo — no sentido de que um *profissional* mencionava, por exemplo, um problema e, logo em seguida, a *equipe* começava a discutir esse assunto. Isto permitia compartilhar

experiências parecidas e as formas utilizadas para resolução do problema. Dessa maneira, falava-se de uma forma franca sobre tudo aquilo que causava aborrecimentos, sobre os problemas enfrentados no cotidiano institucional, sobre problemas organizacionais, administrativos e, simultaneamente, sobre situações de frustração e êxito. Enfim, a *supervisão institucional* seria um exercício da *equipe* para compreender os sentidos de suas práticas, ao mesmo tempo em que avaliava seu modo de *atuação* e sua eficácia técnica. Nessas ocasiões, era estabelecido um consenso sobre determinada forma de atuação prática, entretanto, isto não se dava sem a contestação do papel de alguns agentes terapêuticos, a partir de uma avaliação dos procedimentos propostos que podiam ser discutidos e rediscutidos incessantemente pela *equipe*.

3.4. Reunião de Planejamento

A *reunião de planejamento*, supervisionada pelo Prof. Dr. Sergio E. Mehry, possibilitou-me observar como, em determinado contexto, a *equipe* utilizava estratégias de avaliação de suas práticas institucionais. Na primeira que pude acompanhar, os *profissionais* do CAPS discutiram sobre a prática do *acolhimento* (ou *acolhedor*) da *demanda do dia* (*add*). Nessa reunião, foi estabelecido que o *add* não mais faria *triagem*, permanecendo na *convivência*. Para os meus interlocutores, “*estar na convivência*” significa ficar “junto com o *paciente*”, *escutando* atentamente uma possível *demanda espontânea*. É a partir dessa última que costumam aparecer algumas informações importantes ou a chave para o entendimento do *caso clínico*, o que permite a elaboração em *equipe* de uma solução de *cuidado*. De certa forma, foi possível perceber a preocupação com esta *escuta* pelo que se depreende da fala de uma psicóloga do CAPS:

Quando você está no *add*, por exemplo, e o paciente fala que gostaria de tomar um café na padaria, você sabe que pode surgir muitas coisas. Mas o problema é que você não pode sair, por que aqui [no CAPS] fica descoberto.⁴³ E, na verdade, eu acho que aquilo que é a riqueza da clínica não está sendo possível fazer. Eu acho que a riqueza da clínica é o encontro que não tem hora marcada, que o paciente chega e fala: eu poderia falar com você? E você tem que dizer que agora não dá.

Foram duas as *reuniões de planejamento* das quais participei. Na primeira delas, a *equipe* discutiu a prática do *add* em sua função terapêutica de *escuta do paciente* e também de otimização da rotina institucional. A reunião começou com uma exposição de cada *profissional* sobre a prática, o que foi chamado pelo supervisor de “ouvir as queixas da equipe”. Logo depois, ele explicou que os *profissionais* sabiam a forma de *cuidado* que gostariam de realizar: “Daí, vocês fazem a seguinte queixa: ‘eu sei o cuidado que deve ser dado, só que eu vivo a dificuldade de que ele não está acontecendo’”. A análise feita pelo supervisor pontuava uma questão surgida na fala dos *profissionais*, que questionava o trabalho realizado e suas dificuldades. Dentre elas, destacava-se a de realizar um *acolhimento* (vide supra 2.2.) que contemplasse as questões inusitadas, tendo em vista que a função de *add* seria justamente a de atuar diante do inesperado, daquilo que não está programado. O *profissional* deve exercitar sua capacidade de ser *afetado* (ver tópico 2.4.) por situações deste tipo e por *demandas espontâneas*.

De volta à *reunião de planejamento*, os *profissionais* pontuaram algumas evidências que os impediam de realizar o *acolhimento*. Uma delas relacionava-se a uma forma de funcionamento da *equipe*, organizada a partir dos interesses individuais de cada *profissional* que mantinha alguma atividade fora da instituição. Outra evidência foi a da desativação de alguns grupos terapêuticos e a da forma de se trabalhar em dupla no *add*. Esse rearranjo foi feito sem uma avaliação que seguisse a lógica do *cuidado*

⁴³ *Descoberto* é um termo utilizado para indicar a falta do *profissional* que cumpriria as atividades na instituição.

estabelecida pelos *profissionais*. A discussão sobre a dupla de *add*, ou melhor, dois *profissionais* trabalhando juntos na prática do *add*, fica mais clara na fala de uma psicóloga do CAPS:

Eu trabalho em dupla já há muito tempo; acho que nunca fiquei sozinha no *add*. E eu acho que funciona bem, porque nos casos em que eu tenho dúvidas, pode trocar uma ideia, tem essa tranquilidade pra fazer sozinha uma *triagem*. Eu acho que uma pessoa no *add* é pouco. A minha questão é assim: o que fazer depois, por exemplo, com a rotina do *add*?

A exposição da psicóloga fez com que a *equipe* pensasse não apenas na prática do *add*, mas em suas consequências para o processo terapêutico. Sua preocupação era a de normalizar as condições técnicas de funcionamento e organização institucional para realizar adequadamente a prática do *acolhimento* — passada esta primeira etapa, o *paciente* deve ser encaminhado e integrado a uma rotina de atividades institucionais. Esta inquietação era de todos os *profissionais* da *equipe*, mas ficou mais evidente no discurso daqueles que tinham uma formação em psicanálise, como se pode notar na exposição de uma enfermeira e psicanalista:

[...] Uma oficina em cada horário parceira desse *add*. Isto é, saber que eu estou acolhendo com a possibilidade de incluir o paciente no grupo de caminhada ou em outra oficina. Porque você fica acolhendo e não tem como resolver. Eu acho que a nossa equipe tem a capacidade de resolução. O *add* é um dispositivo que a gente criou que avalia como é que está a nossa clínica. Eu colocaria ao lado do *add* o triador. Eu gosto demais da ideia de ter um de cada equipe na roda. Uma oficina aberta operando em todos os horários. E o *add* responsável pela passagem de plantão com a equipe de enfermagem e na articulação da tarde.

O *add*, enquanto *clínica* do *acolhimento* e da *escuta terapêutica*, não deve estar sobrecarregado com os problemas institucionais. Desse modo, a *equipe* chegou à conclusão de que era melhor desmembrar algumas funções que ele acabava cumprindo, como a *triagem*, por exemplo. Com isso, ele assumiria a função de encaminhar os *pacientes* para as *oficinas*. Nesse sentido, a *reunião de planejamento* também discutiu a importância dos grupos no interior da rotina institucional. De uma forma geral, esses momentos são importantes, pois permitem ao *profissional* “estar junto com o *paciente*”,

observando cuidadosamente algum sintoma ou efeito colateral da medicação, *escutando-o* e *acolhendo-o*. No interior da organização institucional, o *add* tem a função de atender às *demandas* trazidas pelos *sujeitos*, no intuito de impedir que o *paciente* em *sofrimento* perturbe o funcionamento das demais atividades institucionais.

A *roda* foi outra proposta levantada durante a reunião. No início de cada plantão, dela participariam um *profissional* de cada *miniequipe* e os *pacientes* que estivessem no CAPS. A função da *roda* é a de *escutar* os *pacientes* e detectar os problemas que devem ser resolvidos pelos *profissionais* da *equipe de referência*. Um *paciente* precisa, por exemplo, saber quem será seu acompanhante terapêutico (AT) em uma consulta médica na Unicamp. A *roda* minimiza o tempo gasto *escutando* o *paciente* e o encaminhando para o *profissional* de sua *referência*. Para meus interlocutores, o *add* ocupa um “lugar de ponte”, ou seja, ele é um canal de comunicação entre o *paciente* e os *profissionais* de sua *referência*.

Outro assunto discutido na *reunião de planejamento* abarcou as ferramentas que os *profissionais* devem “criar para olhar o seu mundo do trabalho”, ou seja, o cotidiano de suas práticas terapêuticas. Afirmou-se a importância de discutir a utilidade de algumas práticas e a inutilidade de outras, essa avaliação devendo ser contínua. Segundo a exposição de Emersom Merhy, médico sanitário e supervisor da *reunião de planejamento*:

Isso faz parte dos próprios saberes que o trabalhador tem no seu dia a dia; ele faz um exercício automático. Ele não precisa ficar fazendo reunião: “vamos agora fazer um mapeamento do que é útil e inútil”. Assim, esta discussão já começa a entrar absolutamente no cotidiano da avaliação, ou seja, a avaliação faz parte do saber que opera o cotidiano das equipes.

De fato, ao pensar a prática do *add*, a *equipe* procurou esclarecer suas funções. Os *profissionais* precisavam delimitar exatamente o que ela compreendia, que tipo de *demandas* teria de atender. Esse esforço em compreender e sistematizar a técnica do

cuidado surgiu na tentativa de impedir que dois *profissionais* se ocupassem da mesma atividade ou precisassem *acolher o paciente, escutando sua queixa* e o encaminhando para outro *profissional* que iria resolver seu problema. Pode-se notar um esforço no sentido de determinar a melhor forma de realizar uma prática, quer seja do ponto de vista clínico eficaz, quer seja de uma maneira rápida. A *reunião de planejamento* pode ser comparada a uma consultoria que incita os *profissionais* a pensar na otimização das práticas, na motivação dos funcionários para a prática de um trabalho criativo, eficiente e rápido, características essas de uma política institucional que se funda em moldes empresariais (Deleuze, 2007: 221).

Segundo uma interlocutora de pesquisa, o *add* fica muito “puxado” quando aquilo que é programado como prática na instituição não funciona muito bem. Com efeito, é neste momento que ele deixa de ser o *profissional* que *escuta* e se *afeta* pela *demanda* espontânea do *paciente* para se transformar naquele que resolve seus problemas burocráticos, questões relacionadas ao transporte dos *pacientes*, rotinas institucionais como, por exemplo, levar a receita na farmácia para o *paciente* pegar a medicação, resolver quem será seu acompanhante terapêutico (AT) etc. Enfim, quando aquilo que é programado deixa de ser cumprido, o *profissional* que esta na função de *add* é sobrecarregado, não conseguindo ajudar o *paciente* realizar sua clínica de forma satisfatória. Conforme afirmam meus interlocutores, o *profissional* deixa de ser *add* para o *paciente*, passando a sê-lo para a *equipe* de *profissionais*, ou seja, ele volta-se para o atendimento dos problemas institucionais que deveriam estar funcionando de forma programática.

Ele deixa de ser o *add* pra fazer o acolhimento necessário do inusitado, para ser o gerente de cuidado de emergência. Na medida em que o que é programado fura, isso causa uma tensão em algum ponto, e aí deixa de ser *add*; é como se você assumisse a função de gerente. O *add* pode ser um observatório da equipe, ou para um furo ou para o inusitado. Ali no dia a dia, aparece como uma emergência daquilo que deveria ter funcionado e não funcionou. Mas isso pode denunciar uma falha em algum lugar.

Quando colocado na posição de *acolher* as falhas da *equipe*, o *add* pode se tornar um observador crítico das práticas coletivas, na intenção de encontrar soluções para os problemas que o impedem de realizar sua *clínica*. Na verdade, o que minha interlocutora de pesquisa questionou foi a forma de organização da prática do *acolhimento* como uma oportunidade de *escutar* e *endereçar* (ou encaminhar) o *paciente* para um *cuidado* eficaz. Pode-se afirmar que o modelo de gestão da *equipe* — baseado no planejamento das práticas, nas técnicas disciplinares e no trabalho — é cada vez mais direcionado para a gestão de pessoas, redes e relações. Está presente no discurso dos *profissionais*, a importância dada à criatividade, as inovações sendo constantemente estimuladas para a elaboração de um trabalho coletivo que proporcione *autonomia*, *responsabilidade* e liberdade para a invenção de ações práticas e rápidas. Desse modo, verifica-se que a *equipe* é motivada a elaborar um trabalho que seja capaz de lidar com os imprevistos da *clínica*, ao mesmo tempo em que o *profissional* deve estar preparado para avaliar determinada situação e ser livre para tomar determinadas decisões. A *reunião de planejamento* pode ser comparada a uma forma de aprendizagem coletiva, em que são criadas novas competências afetivas, comunicacionais, intelectuais e a capacidade de julgamento e avaliação.

De acordo com os *profissionais* do CAPS Esperança, a *equipe* é capaz de redefinir uma posição no *cuidado* a partir das necessidades do *paciente* e da avaliação da eficácia de suas práticas, o que permite a possibilidade de experimentos e erros. Estes últimos estão diretamente ligados a um sistema de informação, ou seja, à busca inquietante pela avaliação correta. Este saber que compreende as informações sobre a vida dos *sujeitos* em seu funcionamento é elaborado no contexto da vida e em sua experiência. Ao afirmar um “não saber”, o profissional simultaneamente afirma um “não domínio” sobre o *paciente*. Desse modo, os imprevistos obrigam a uma revisão das

bases que dão sustento às práticas, possibilitando a produção de outras articulações a partir dos saberes do *paciente*. Existe uma tensão entre este último e o saber científico, o que, na prática, permite experimentações a partir da problematização feita no plano dos comportamentos. Ou seja, a prática experimental pressupõe o conhecimento dos fatos que constituem a vida dos *pacientes* por meio da interação estratégica entre as teorias e seus saberes individuais. Esta prática terapêutica experimental será descrita no capítulo sobre a medicação, mas antes de tudo, é necessário pontuar práticas de exame tais como a *triagem* e a consulta médica, detalhadamente descritas no capítulo a seguir.

Capítulo 4

O cotidiano das práticas terapêuticas

*Quem determina se é terapêutico ou não, não é o trabalhador,
é o paciente, não está em nossas mãos.*

Enfermeira do CAPS Esperança

Decerto, ao observar as práticas do CAPS é possível perceber como a *equipe* se organiza para cuidar de assuntos que fogem à própria clínica biológica/médica. Logo nos primeiros dias de realização da pesquisa de campo, pude participar de reuniões de *miniequipe* e percebi, durante as discussões de *caso*, problemas relacionados ao caráter social do *sofrimento* experimentado pelos *sujeitos* – por exemplo, no caso daqueles que não tinham onde morar e voltavam a viver em “situação de rua”. Assim, foi possível notar relações que se fundavam tanto sobre funções administrativas e sociais quanto sobre funções médicas. Essas relações, permeadas por um campo de forças, eram atravessadas por um poder *clínico* específico, que em seus efeitos promovia a gestão de pessoas, ou melhor, o que Foucault (2003: 131)⁴⁴ chamou de “administração dos corpos” e “gestão calculista da vida”. Cabe lembrar que as possibilidades de ação passavam necessariamente pelo consentimento dos *sujeitos*. Para adquiri-lo, as práticas eram minuciosamente *calculadas* e formuladas a partir de suas necessidades. A avaliação da eficácia das intervenções terapêuticas era feita a partir de um jogo de observação dos *pacientes*. Os sinais, os sintomas, os efeitos colaterais da medicação, os comportamentos agressivos, as agitações, o vestuário e a higiene pessoal eram observados de forma minuciosa pelos *profissionais*. Observação esta feita por todos em qualquer espaço da instituição e também, em alguns casos, fora dela em uma *visita domiciliar*.

A observação não está diretamente relacionada à estrutura arquitetônica do CAPS Esperança, uma vez que a instituição não foi construída para ser um observatório. No entanto, seus espaços são utilizados de modo a viabilizar essa prática. Os *profissionais* observam como o fazem os vigilantes. Em seu interior, alguns espaços são

⁴⁴ A construção histórica da “sexualidade” como invenção discursiva é inseparável de mecanismos de saber e poder. No século XVII, os mecanismos de poder caracterizavam o soberano, em seu direito sobre a vida e a morte dos súditos, a partir do dispositivo da “sexualidade” voltam-se para aquilo que o autor denominou “biopoder” que teria seus efeitos na “administração dos corpos” e na “gestão calculista da vida” (Foucault, 2003: 131).

estrategicamente pensados para melhor examinar os *sujeitos* como, por exemplo, o espaço da *convivência*, as *oficinas*, os grupos de tratamento e os acompanhamentos terapêuticos (AT). Esses espaços permitem que os *profissionais* fiquem próximos dos *pacientes* para observar de forma contínua os aspectos gerais das manifestações mórbidas, ao mesmo tempo em que percebem sua capacidade ou dificuldade em desenvolver as atividades propostas. O *profissional* investe no *paciente* o procedimento da *escuta* para atualizar as informações a seu respeito. Instâncias privilegiadas de observação e *escuta* lhes permitem adquirir um saber que opera no *cálculo* da intervenção terapêutica, o que será descrito no próximo tópico.

4.1. O cálculo terapêutico

Os *profissionais* elaboram o *cálculo* terapêutico a partir das probabilidades já experimentadas na realização de suas *práticas de cuidados*. Com base nessa experiência, eles conseguem prever, antecipar os imprevistos que possam surgir. O *cálculo* é marcado, então, pelas probabilidades de erros e acertos do *cuidado*. Assim, o *cálculo* — que pode ser feito por um *profissional* ou produzido de forma coletiva em discussões de *equipe* — parte de um fato ou de um acontecimento que permite deduzir possíveis reações dos *pacientes* a determinadas intervenções. Ao mesmo tempo, ele permite ao *profissional* presumir sua posição na intervenção terapêutica.

Para demonstrar um *cálculo* feito por um *profissional* no CAPS, descreverei, de forma breve, um fato ocorrido na *oficina* de caminhada conduzida pela psicóloga Beatriz toda segunda-feira de manhã. Os *pacientes* eram chamados para nela participar, saindo do CAPS em direção ao *Centro de Convivência* que fica a cerca de dez quarteirões da instituição. Ao chegar neste destino, a psicóloga percebeu que um *paciente* não estava no grupo, o que fez com que voltasse rapidamente ao CAPS, mas

ele também não estava ali e permaneceu desaparecido nos dois dias subsequentes. Depois desse acontecimento, a *equipe* e a psicóloga que acompanhava a *oficina calcularam* que algumas medidas de segurança deveriam ser acionadas. A partir de então, toda vez que o referido *paciente* está presente, a psicóloga caminha ao lado dele durante todo o percurso, para não correr o risco de ele se perder novamente.

O *cálculo* pode igualmente ser feito em relação às pequenas condutas no interior da instituição. Às vezes, ele prescreve um comportamento do *profissional*, em outras palavras, sua *atuação* deve se pautar no *cálculo*, visando a um determinado fim. Em uma reunião de *miniequipe*, pude observar os *profissionais* discutindo o *caso* de uma *paciente* que havia passado por uma *supervisão* alguns dias antes. A *equipe* falava sobre a posição dos *profissionais* em relação ao *caso*. Vejamos, a seguir, um fragmento do meu caderno de campo:

Enfermeira: É uma psicose gravíssima, e eu não sei como lidar com isso. Quando a Dr. Ângela falou em não medicar, eu conversei com a *paciente*, e não teve como não medicar. Ela [paciente] ficou muito feliz, disse que precisaria ver a mãe se ela fosse ficar [no leito noite]. “Amanhã é outro dia”, e não devemos tomá-la como retardada. Enquanto a *equipe*, cada um a seu tempo, na psiquiatria ou na psicanálise, deve *escutá-la*. O que tem me norteado são como as coisas se desenrolam [acontecem] ao longo do dia. Se ela sente saudades da mãe. Como uma boa psicótica, ela pensa à noite e atazana o dia. Ela sempre pediu para ficar na instituição e ver a família no fim de semana. Eu acredito que ela faça transferência com a instituição, e é melhor que a loucura dela apareça aqui no CAPS. Quando ela fala que precisa do remédio, ela toma e fica tranquila à tarde. É preciso que esses elementos apareçam aos nossos olhos. E esse nervoso que ela fala. A mãe diz que esse nervoso é frescura. Os *pacientes* estão falando que ela não é louca.

Psicóloga: A gente tem que deixar cair a Elisa retardada.

Enfermeira: A gente tem que construir o caso, e isso tem que fazer eco na *equipe*.

Médica psiquiatra: Não falar para a Elisa o que é melhor ela fazer.

Enfermeira: É muito complicado quando a pessoa se coloca no lugar de “eu sei”.

Médica psiquiatra: Eu mesma já falei: “esse tratamento é melhor para você”.

Enfermeira: É muito diferente cuidar de um caso de paranóide.⁴⁵ Quando é uma neurose, somos capazes de interpretar o desejo. Na psicose, o que vem é um grande enigma por não conseguir interpretar o desejo de cada um. Por não ter sustentado o caso, nós chegamos nesse ponto de angústia. A gente tem que conseguir alinhar o caso. É preciso que as medicações sejam orientadas pelo que ela fala. Na psicose, o saber está do lado do *paciente*. Quando sua mãe chegar, é preciso *acolhê-la* para orientá-la. Não podemos dizer: “porque você não veio antes!”.

⁴⁵ O DSM (Manual de Diagnósticos e Estatísticas das Perturbações Mentais) descreve a perturbação paranóide da personalidade por manifestações do comportamento ligadas a um sentimento de desconfiança e de suspeita persistentes. Pessoas com esse diagnóstico têm dificuldades em estabelecer relações próximas. São indivíduos excessivamente vigilantes e desprendidos de sentimentos afetuosos. (<http://pt.shvoong.com/social-sciences/psychology/1672314-que-%C3%A9-perturba%C3%A7%C3%A3o-personalidade-paran%C3%B3ide/>).

Este fragmento foi parte de uma discussão entre os *profissionais* por ocasião de uma reunião de *miniequipe*, mais especificamente depois da *supervisão clínica* do *caso*. Assim, pode-se perceber os *profissionais* refletindo sobre o que é necessário fazer para ajudar a *paciente*. O *cálculo* aparece nos momentos em que eles têm de tomar alguma atitude e se posicionar, como no caso da enfermeira que conversou com a *paciente* e verificou que ela deveria tomar a medicação. A discussão sobre seu retardo aconteceu na *supervisão*. A avaliação feita nesta ocasião apontou para o fato de que a *equipe* limitava suas práticas e para a dificuldade que a *paciente* tinha de se comunicar e de falar sobre si. Por isso, a ênfase no discurso transcrito acima, que pode ser percebidas em frases como: “deixar cair a Elisa retardada” ou “não devemos tomá-la como retardada”. Para que a *equipe* observasse os elementos que a ligavam a um quadro de psicose foi necessário que a *paciente* permanecesse mais tempo internada no leito noite. A posição dos *profissionais* na relação com a mãe da *paciente* também foi *calculada*. Assim, eles afirmaram que ela não deveria ser repreendida por não ter ido antes à instituição, ao contrário, deveria ser *acolhida* para que a *equipe* conseguisse orientá-la e *responsabilizá-la* pelo *cuidado* com a *paciente*.

No trecho acima citado, pode-se observar ainda a preocupação da *equipe* em elaborar uma posição que não seja de imposição de um saber, como afirmado pela médica: “Não falar para Elisa o que é melhor ela fazer” ou, ainda, “na psicose, o saber está do lado do *paciente* e não da gente”. De fato, é a partir desse saber que os *profissionais* elaboram as intervenções terapêuticas, que não visam apenas adaptar os *sujeitos* para que possam encontrar um “lugar de existência”. É necessário, portanto, que os *profissionais*, a instituição, as *práticas de cuidados* e o controle se moldem às particularidades de cada *sujeito* tratado. É o que demonstrarei no tópico a seguir, sobre a terapêutica.

4.2. O delinear da terapêutica

- Quando um *paciente* chega ao CAPS, eu acho que é isso, é um pedido para que ele possa fazer um laço social a partir de um anteparo institucional e de um [técnico] que escute seu desconforto.
- É esse o papel do CAPS?
- Eu acho que é esse o papel da instituição e dos terapeutas que estão ali. Eu não tenho a intenção, como há cinco anos atrás, de compreender um delírio. [Atualmente a intenção] é sempre visar algo que dê a oportunidade de fazer o secretariado⁴⁶ desse laço, para que ele possa experimentar e falar no tratamento, o quê que isso causou. Quando o Gabriel não está no grupo de tratamento, eu acompanho o tratamento dele, eu sei que ele vai ao *conselho local*, que às vezes ele é plateia na Câmara Municipal dos vereadores. Porque ele me conta, entendeu? Sei que ele não vai trabalhar no NOT⁴⁷ porque, quando ele consegue um bico, ele ganha mais. E que, às vezes, ele bebe, porque uma alucinação machuca a cabeça dele. Mas, assim, é uma opção ética: que as soluções sejam dadas por eles [pacientes] e que eu seja testemunha disso, e é óbvio que têm momentos em que eu intervenho.

Este pequeno fragmento de uma conversa que tive com uma enfermeira do CAPS Esperança possibilita demonstrar um pouco do *cuidado* e da lógica empregados na assistência proposta por esta instituição. Uma forma de tratar que utiliza novas estratégias de poder, diferente do que acontecia (ou ainda acontece) nos hospitais psiquiátricos, um local onde grande número de pessoas residia e levava uma vida ordenada pela instituição. O modelo manicomial empregado pelo antigo Sanatório Cândido Ferreira, em suas características disciplinares (cf. Foucault, 2002: 127), por sua vez, determinava o tempo e o espaço por meio da lógica institucional: os *pacientes* eram separados por gênero, pelo tipo de patologia e pelos horários para o banho e horário da medicação. A arquitetura do espaço institucional proporcionava um tratamento coletivo que ordenava as multiplicidades.

Diferente da lógica hospitalar, o CAPS promovia um *cuidado* produzido a partir da observação e da *escuta terapêutica* de cada *pacientes*. Esse procedimento era executado em qualquer lugar e por qualquer *profissional*, diante da *demanda* do

⁴⁶ O secretariado ou a ação de secretariar é uma forma de ajudar o *paciente* a resolver algum problema.

⁴⁷ O Núcleo de Oficina de Trabalho do Cândido Ferreira é composto por doze oficinas, com características de cooperativas e projetos de geração de renda. As atividades, os objetos construídos, assim como os trabalhos realizados, são serviços oferecidos e prestados à comunidade. O capital arrecadado com essas atividades é repassado para os *pacientes* (bolsa-oficina que pode variar de 80 a 120 reais por mês), uma parte sendo utilizada para a aquisição de novos materiais. O Cândido Ferreira possui duas lojas na cidade de Campinas, onde são expostos e vendidos os trabalhos realizados pelos *pacientes*.

paciente. Ou seja, ele dizia que precisava conversar ou falava espontaneamente em um grupo ou numa *oficina*, enquanto pintava ou cozinhava, momentos em que relatava informações importantes como um fato ocorrido na infância, como e quando se deu a primeira *crise* ou ainda experiências de internações anteriores. Assim, no CAPS, os *profissionais* estão sempre atentos a uma possível *demanda espontânea*, que frequentemente ocorre no espaço de *convivência* (a *demanda espontânea* e a prática da *convivência* foram descritas no tópico 3.4.), ou em um atendimento em grupo — durante um *grupo de tratamento* ou por meio das *oficinas* (vide supra 3.1.).

O *grupo de tratamento* foi recentemente reformulado. Anteriormente, ele se dividia em dois. Um deles chamava-se *grupo de medicação* — do qual participavam o médico e os *pacientes* de sua *miniequipe de referência*, tratando de questões relativas às medicações — e o outro era o *grupo de encontro* — igualmente composto por *profissionais* e *pacientes*, esse grupo tinha o objetivo de *escutar* e identificar os problemas que poderiam estar causando um mal estar no *sujeito*. A reformulação possibilitou a fusão de ambos, fazendo com que outros *profissionais* da *equipe* participassem do grupo juntamente com o médico. Enfim, o *grupo de tratamento* materializa-se em um formato que, segundo meus interlocutores, permite atender à grande *demanda* de *pacientes* tratados pela instituição.

Esse pequeno relato que aqui se segue é um fragmento do meu caderno de campo. Descrevo um *grupo de tratamento* realizado em 09 de abril de 2008, no CAPS Esperança. Pretendo com isso, expor as relações estabelecidas entre alguns *profissionais* e os *pacientes* que participavam do mesmo.

O grupo de tratamento acontecia na sala de reunião. Os *pacientes* eram chamados pelos *profissionais*; todos sentavam-se em roda, seu número era bastante variado a cada sessão. Nesse dia, em particular, estavam presentes 13. Um movimento

de entrada e saída era frequente; muitos ficavam agitados para falar e, logo saíam; alguns nem conseguiam permanecer no local. A enfermeira chamou a atenção de Márcia que deixava a sala, dizendo: “Márcia, o Walter está falando, aonde você vai?” Enquanto isso, outros *pacientes* entravam na sala. Walter continuou falando. Nesse momento, outro *paciente* o escutava, outra senhora também, mas com uma cara de quem sofria ao ouvir o que o ele narrava. Muitos nem ao menos prestavam atenção. Walter pedia para não tomar o Diazepan no período da manhã porque ficava com muito sono, zozzo e achava perigoso este estado para trabalhar. Depois que falou, saiu da sala, dizendo que a doutora não queria escutá-lo. Três *pacientes* saíram junto com ele. A médica pediu para a técnica de enfermagem ver como Walter estava. Em seguida, ela voltou com ele e mais os outros dois que tinham saído. Um *paciente* levantou e disse que ia se deitar. A enfermeira pediu para que ele não fosse, porque sua presença no grupo era muito importante. Ele levantou-se e cuspiu no lixo.

A enfermeira começou a perguntar para cada um como estavam. As respostas foram variadas, preenchidas pela história cotidiana individual. Beto contou como foi o exame na Unicamp para verificar suas dores no tórax. Uma *paciente* afirmou também sentir uma “dor no peito”, mas provavelmente fruto de uma tosse — aproveitou para pedir um xarope para a médica, mas foi encaminhada pela enfermeira para falar com outra pessoa. De uma forma firme e delicada a enfermeira, pediu para a *paciente* tratar dessa questão naquela tarde. Um outro disse que aproveitou para ir até o CAPS porque no outro dia seria feriado. Outro ainda contou que tinha parado de tomar o remédio por uns dias e que, por este motivo, estava no CAPS. A enfermeira perguntou sobre a *oficina* de vitral, e o *paciente* respondeu que não estava se sentindo bem ali e que gostaria de morar em uma comunidade para viver em um lugar tranquilo. Ele perguntou se poderia ir mais vezes ao CAPS. A enfermeira respondeu que sim e perguntou sobre a

sua carteirinha de passe. Outro *paciente* levantou-se e disse que estava com dor de cabeça, afirmando ser da “pressão”. A enfermeira levantou-se e o levou para verificar a pressão. Enquanto tudo isso acontecia, dois *pacientes* cantavam no lado de fora da sala. A médica, por sua vez, mencionava a importância de se tomar os remédios na quantidade certa, essa afirmação tendo sido feita após um *paciente* ter falado que a “Risperidona⁴⁸ estava faltando (do seu pacote de medicação) e que não era muito importante”. Voltaram para a sala, a enfermeira e o *paciente*. A médica explicou que, no feriado, o CAPS funcionaria em esquema de plantão e desejou um bom feriado a todos!

Esse relato permite visualizar como se configuram os *grupos de tratamento*. É possível observar que os discursos são problematizados pelos *sujeitos*, ao mesmo tempo em que os *profissionais* procuram saná-los. Temos, então, a cena na qual um *paciente* falava sobre os efeitos do remédio que o impossibilitavam de trabalhar. A partir disso, a médica recorreu à mudança do horário da medicação: o *paciente* deixaria de tomar o remédio no período da manhã para tomá-lo à noite, antes de dormir. É de praxe que o grupo funcione com um *profissional* questionando o estado geral de cada *paciente*, para que se detectem as intercorrências na intenção de resolvê-las o quanto antes. Assim, a sessão termina com um discurso da médica sobre a importância da medicação, após um *paciente* ter afirmado estar sem os remédios que deveria levar para casa. Por fim, é possível observar uma *equipe* que se utiliza da estratégia de conscientizar e *responsabilizar* o próprio *paciente* por seu tratamento.

É na relação estabelecida entre o *profissional* e o *paciente* que a *clínica do particular* se constitui. Ela é orientada pelo projeto terapêutico individual (PTI). O PTI tem a função de informar todos os membros da *equipe* a respeito da história de vida dos *sujeitos* por meio de um pequeno relato escrito. Possibilita saber, igualmente, quais os

⁴⁸ Risperidona é um antipsicótico atípico que possui a capacidade de produzir a ação antipsicótica em doses que não causam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais ou efeitos colaterais.

dias em que o *paciente* frequenta a instituição, qual sua proposta terapêutica (por exemplo, quais os grupos frequentados pelo *paciente* ou se passa por um *atendimento individual*). O PTI compreende medidas práticas, ou seja, as atividades que o *paciente* participa, mas como afirmam meus interlocutores, descreve igualmente uma prescrição, constituindo um contrato terapêutico que, em sua escrita, dá a conhecer algo sobre o *paciente*, certos dados pessoais, um breve histórico de sua vida e a proposta terapêutica formulada pela *equipe de profissionais*. O PTI é descrito em uma folha e anexado ao prontuário, estabelecendo, dessa forma, para todos os envolvidos no tratamento as atividades que o *paciente* irá realizar em cada dia da semana.

O PTI organiza a terapêutica do *paciente* a partir de seus interesses. A *equipe* não pretende precisar o diagnóstico ou a cura do *sofrimento*, e sim encontrar um meio de tratar os problemas particulares e impedir que ele sofra uma *desestabilização*. Dessa forma, a prática da *escuta terapêutica* é utilizada no intuito de se adquirir um saber sobre o *paciente*, mas um saber que ultrapassa as prescrições práticas do PTI.

De fato, a matriz da terapêutica no CAPS é atravessada pela *escuta* e pela medicalização do *paciente*. Isso é explícito na fala dos *profissionais* e visível igualmente na organização da instituição e no comportamento dos *pacientes*. Revela-se desde o início, no processo de *acolhimento* (supra 2.2.) e *triagem* (discutirei detalhadamente esse assunto no próximo tópico). O *paciente* começa a ser analisado desde o momento em que entra pelos portões da instituição. Toda sua *atuação*, ou seja, seu modo de agir, estar, seu comportamento e seu modo de vestir são levados em consideração. Na sala de *triagem*, ele é acompanhado por um técnico graduado. O *profissional* se apresenta e faz muitas perguntas, começando normalmente pelos dados pessoais (nome, endereço, telefone, número do RG), em seguida, procura-se descobrir os motivos que o levaram a procurar a ajuda da instituição. Em geral, chegam para a *triagem* os *pacientes* que

possuem um encaminhamento de outra instituição. São frequentes encaminhamentos de postos de saúde e de enfermaria psiquiátrica (Unicamp, PUC – Pontifícia Universidade Católica/Campinas/SP, e pelo Núcleo de Atenção à Crise do Cândido Ferreira). Os *profissionais* do CAPS *acolhem* os *pacientes* que estiveram internados e que precisam de um acompanhamento da instituição para se manterem *estáveis*. Descreverei, no próximo tópico, a prática da *triagem*.

4.3. *Triagem*

Pude acompanhar algumas *triagens*. Dentre elas, uma me chamou especialmente a atenção, por se tratar de um senhor que não parecia um *paciente* do CAPS. Contudo, quando a enfermeira começou a me explicar suas observações e descreveu tudo aquilo que conseguiu apreender de sua fala, eu consegui entender o ponto do qual ela partia para avaliar o *paciente* como um *sujeito* que deveria ser *cuidado* pelos *profissionais* da instituição. Assim, ao descrever a *triagem*, pretendo expor de que modo o *profissional* avalia as informações adquiridas na interpelação do *paciente*.

A *triagem* aconteceu em uma dada manhã no CAPS Esperança, na ocasião em que eu participava de uma *reunião de matriciamento* com a *equipe* da Dra. Ângela e com os funcionários do posto de saúde. Foi quando Letícia (enfermeira) me chamou para acompanhar uma *triagem*.

Descemos juntas até a sala de consulta que fica próxima à entrada do CAPS. Letícia, com os papéis da *triagem* em mãos, chama um senhor para a sala. Esses papéis ditam um roteiro de perguntas que serão feitas no decorrer da sessão. A ordem em que são pronunciadas é decidida pelo *profissional*. Ao tentar manter um diálogo com o *sujeito* que busca por assistência no CAPS, o *profissional* procura deixá-lo à vontade para falar, pois tudo que está relacionado à fala (do que se fala e como se fala) está

sendo analisado. Os papéis serão preenchidos e colocados no prontuário do *paciente*. Assim, esse primeiro contato com o *sujeito* (supra, capítulo 6) informa a *equipe* e, principalmente, o médico sobre uma possível intervenção, caso necessária.

No caminho até a sala, Leticia disse que aquele seria mais um *acolhimento* do que propriamente uma *triagem* e chamou um senhor e a psicóloga Carol, que o acompanhava, para a sala de consulta. O procedimento da *triagem* pode necessitar de várias conversas ou *acolhimentos* até ser completado, ou seja, as informações serão adquiridas a partir de um exame continuado. Somam-se a esse exame informações coletadas todos os dias e atualizadas na *evolução* (ver capítulo 6) do *paciente*, descrita em seu prontuário. Optei por descrever este exemplo de *triagem* porque ele possibilita entender o modo como a enfermeira avalia, julga e *calcula* se a pessoa atendida será um *paciente* tratado pela instituição. Para os meus interlocutores, não é possível apreender todos os aspectos sobre a existência do *sujeito* em uma única consulta. Além disso, algumas vezes, os indivíduos encaminhados para o CAPS chegam à instituição precisando de ajuda, o que faz com que o *profissional* acione um dispositivo de *escuta* para tentar aliviar seu *sofrimento*. Desse modo, o foco da *atuação* recai sobre a tentativa de ajudar o *paciente* a resolver aquilo que é mais urgente, neste caso, a questão que está lhe causando *sofrimento*. Nesse sentido, a *triagem* já é em si um *acolhimento*, pois o *paciente* é *escutado* e normalmente encaminhado para uma consulta médica. As informações importantes para a realização da *triagem* serão adquiridas em um outro momento, quando o *paciente* estiver em condições para falar de si.

Retornando à descrição da *triagem*: após a entrada de todos na sala de consulta, nós nos cumprimentamos e nos apresentamos. Em seguida, Leticia começou a série de perguntas, sempre muito educada e gentil: Como ele estava? Onde morava? Há quanto tempo morava em Campinas? Como estava a família? Como era a relação com os pais e

irmãos? Perguntou se ele estudara, seu estado civil, se tinha filhos, se trabalhava, se já havia sido internado alguma vez e quando, por quanto tempo havia ficado internado, como e onde haviam sido estas internações, por que havia sido internado.

As perguntas eram invariavelmente feitas de forma calma e em um tom de voz sereno, tranquilo e com muito cuidado. O senhor respondeu às perguntas sem dificuldade. Contou que nasceu em Bebedouro e veio para Campinas com dois anos de idade, junto com os pais. Não sabia responder por que a família tinha vindo morar nesta cidade, mas logo em seguida acrescentou que a escolha se justificava pelo fato de se tratar de uma cidade grande. Contou ainda que morava com os pais e irmãos, mas não falou muito sobre isso. Afirmou ter estudado até o segundo grau; não se casou e não tinha filhos. Enfim, respondeu a todas as questões feitas por Letícia que, em seguida, pediu delicadamente para que esperasse um pouco fora da sala, para que ela pudesse conversar com a psicóloga.

A psicóloga Carol nos explicou como conhecera este senhor: um belo dia, ele apareceu no posto de saúde à procura de um laudo que pudesse entregar para o INSS a fim de conseguir a aposentadoria. Antes disso, ele havia ido até o atendimento do INSS sem o documento médico necessário tanto para constatar sua impossibilidade para o trabalho quanto para permitir que recebesse a aposentadoria. Depois de passar por uma *triagem* em outro CAPS, foi encaminhado para o CAPS Esperança, por uma questão do *território*. Após verificar os documentos, receitas e encaminhamentos, Letícia lhe disse que o CAPS Esperança iria ajudá-lo e que no próximo encontro ele seria atendido pela Dra. Ângela, que emitiria o laudo necessário. Ao fim deste procedimento de anamnese, registro e exame, Letícia me perguntou se eu tinha alguma dúvida sobre a *triagem*. Respondi que tinha ficado surpresa, pois acreditava que aquele senhor não era um *paciente* a ser tratado pelo CAPS. Letícia me afirmou o seguinte:

A resposta está na linguagem e na organização desta pelo paciente. Eu não tenho dúvidas de que ele é um *paciente* para o CAPS. O que eu pude perceber é que ele está um pouco desorganizado. Por exemplo, quando eu pergunto por que sua família veio morar em Campinas, o *paciente* não responde. Ele mora com os pais e não fala da família – não é como a gente que, quando tem problemas, chega e fala. Essa construção que ele faz quando fala do trânsito, isto é, quando ele diz que fica nervoso porque as pessoas o xingam... Eu não sei dizer com certeza, mas não duvido que esta questão com o trânsito não seja um delírio. Não sei. Paciente não se cuida, dá pra ver em sua aparência. Hoje está frio, e ele está vestindo só uma camisa. A internação que ele diz ter passado, seis meses?! No meio da conversa, eu percebi que ele ficou um pouco incomodado com as questões, por isso que uma hora eu até perguntei se estava tudo bem em eu fazer aquelas perguntas. A psicóloga Carol falou que ele não se alimenta direito, que só come doce e bala. Paciente não come direito, não dorme direito, não trabalha, não casou, não tem filhos e durante a triagem ele coloca uma questão em relação à medicina, que não me lembro agora...

Este pequeno fragmento do meu caderno de campo revela o discurso da enfermeira sobre o *acolhimento*. Mais precisamente, procurei expô-lo com o objetivo de descrever exatamente sua avaliação, que transformava aquele senhor em um *paciente* do CAPS Esperança. Assim, ela afirmou que percebia a *desorganização* do *paciente* no momento de elaborar as suas respostas, ao não responder a determinada questão, ao não falar da família mesmo morando com os pais, pelo fato de o *paciente* falar que fica nervoso quando o xingam no trânsito etc. São igualmente avaliadas sua aparência, suas vestimentas, como ele reage às perguntas, se passou por internações psiquiátricas, sua alimentação, se trabalha, se consegue dormir, se casou e se têm filhos.

Letícia anotou algumas perguntas sobre o *caso* que iria fazer para o *paciente* no próximo encontro. Pode-se notar que, diante da minha presença, este senhor aparentemente tranquilo saiu da sala de consultas como um *paciente* que seria tratado pelo CAPS. Este *sujeito* que chegou à instituição para pedir ajuda foi *acolhido* e passou por um processo de exame, que procurou fazer dos motivos de sua *demand*a dados que autorizassem uma intervenção psiquiátrica. Em outras palavras, a *triagem* atua como um primeiro exame que permite colocar em funcionamento relações que tornam possível a obtenção e o estabelecimento de um saber. Foi o que Foucault chamou de prova psiquiátrica, a qual compõe “a vida de um indivíduo como tecido de sintomas

patológicos” (Foucault, 2006: 348). Como afirmam meus interlocutores, a *triagem* é importante para estabelecer, por meio de uma avaliação, se o *sujeito* que busca ajuda na instituição é um *paciente* a ser tratado pelo CAPS ou se deverá ser encaminhado a outra instituição — um posto de saúde, por exemplo.

Retorno à experiência de observação da *triagem*. O que pude perceber naquele momento foi que o *profissional* não estava preocupado com o funcionamento do corpo do *sujeito* no que diz respeito a seus sinais vitais (tais como pressão, pulso, temperatura ou ausculta pulmonar), como em qualquer consulta médica clínica. O corpo é relegado a um segundo momento. No momento da *triagem*, ele é investido por um exame meticuloso em que o discurso, o comportamento, a maneira de se vestir e determinado sentimento de *sofrimento* podem explicar um contexto, avaliado pelo procedimento técnico-administrativo do exame.

No CAPS, qualquer *profissional* graduado pode fazer a *triagem*. Como vimos acima, ela foi descrita em sua aplicação terapêutico-administrativa, já que o *paciente* firma um contrato ao ser examinado. No entanto, os procedimentos administrativos autorizam, ou melhor, fazem referência à possibilidade de existência da pessoa enquanto um *sujeito* jurídico classificado como doente. Assim, os motivos para uma intervenção são descritos por meio de uma *demand*a transcrita em termos de sintomas, doença, angústia. Em outras palavras, no processo do “interrogatório”, o *paciente* firma um trato com o *profissional*, que o isenta de uma *responsabilidade* moral ou jurídica, em troca de relatos sobre sua subjetividade ou sobre os elementos do seu *sofrimento* descritos na forma de sintomas.

É a partir deste saber do *paciente* que os *profissionais* organizam a terapêutica que será oferecida — as intervenções sendo consentidas por aquele que será tratado — assim como operacionalizam suas relações, procurando criar para eles redes e *vínculos*

com outras pessoas. Intervenção feita, portanto, de forma a conquistar o *paciente* e, ao mesmo tempo, incentivar a que faça determinada atividade, ou ainda, convencê-lo da real necessidade de tomar uma medicação. A *triagem* possibilita ainda a reunião de informações sobre o *caso* que acaba de chegar e permite pensar e *calcular* quais deverão ser as formas de *atuação* dos *profissionais*, isto é, como irão se posicionar e agir frente a um *caso* novo que chega à instituição. Após a *triagem*, o *paciente* é encaminhado para a consulta médica psiquiátrica, o que será descrito a seguir.

4.4. A consulta médica

Na consulta médica psiquiátrica, o *paciente* é novamente avaliado. O médico tem em mãos o documento que descreve um pouco de sua história de vida, algumas informações já tendo sido descritas no processo da *triagem* e arquivadas no prontuário. Com essas informações, ele realiza uma primeira avaliação do *paciente* que, normalmente, está ligada à medicação da qual o *paciente* faz uso. Sua prescrição pode ser alterada, uma medicação pode vir a ser trocada, ou sua dose aumentada para que o *sofrimento* do *paciente* seja aliviado. Ao prescrevê-la, o médico pensa em sua ação e, ao mesmo tempo, em uma ação sobre o sintoma. Assim como afirmou Pignarre (2008), os neurolépticos não curam a esquizofrenia, mas aliviam os sintomas mais incômodos. Para meus interlocutores, a ação da medicação é rápida. E para o alívio de um *sofrimento* intenso, ela é acionada a partir do sentimento de comoção com o discurso do *paciente*, que pede incessantemente por medicamentos, muitas vezes aos berros, chorando e se queixando com os *profissionais* da *equipe*.

A última vez em que estive no CAPS Esperança para uma visita, lembro-me de uma cena que presenciei, na qual Letícia dizia para a médica psiquiátrica que o *paciente* já estava melhor. Perguntei de que *paciente* elas estavam falando. Letícia explicou que

falavam de um *paciente* que não era usuário do serviço até aquele dia, que não estava se sentindo bem em casa e, sendo assim, a família havia resolvido levá-lo ao CAPS. Por não ser usuário do serviço, Letícia *acolheu* o jovem que *estava sofrendo* e também sua família. Ao perceber que o *paciente* não conseguia conversar, pediu à Dra. Ângela para avaliá-lo. Nesse processo, a médica avaliou a medicação que o *paciente* estava tomando e prescreveu outra, que logo foi administrada. Na cena que presenciei, Letícia aguardava que a Dra. Ângela preenchesse um atestado para o pai que havia levado o filho até o CAPS, e aproveitava para avisá-la da melhora do *paciente*, que já conseguia falar. Letícia afirmava, entretanto, que iria esperar a próxima semana para *triá-lo* e que por hora atenderia seu pedido de ir para casa descansar.

Após a avaliação médica, o *paciente* costuma ser apresentado aos *profissionais* de sua *equipe de referência* (vide supra 1.3.). Ao tentar manter uma conversa, os *técnicos*, primeiramente, tentam aproximar-se e conhecê-lo. Essa posição é estimulada para que se estabeleça uma relação e uma interação que proporcionem ao *profissional* a obtenção do maior número possível de informações a respeito dessa pessoa recém-chegada na instituição. Uma vez obtidas, essas informações são rapidamente *levadas* para a *miniequipe*, para que o *caso* possa ser apresentado e informado aos demais. Para os *profissionais*, é de suma importância a reunião de informações sobre a existência desse indivíduo, ou seja, sobre sua vida particular, afetiva, familiar, sobre sua infância, sobre os possíveis tratamentos já feitos, sobre o número de internações, as medicações utilizadas em outros tratamentos etc.

Ao descrever a prática médica da prescrição, voltada para o alívio do *sofrimento*, procuro avistar as estratégias das relações de controle no que se refere à medicação, tendo em vista que todo usuário do CAPS possui uma prescrição específica. Na instituição, o *paciente* recebe a medicação da semana, do mês ou referente a alguns dias.

Isso faz com que não fique de posse de muitos comprimidos, tendo de necessariamente retornar ao CAPS ao término desse tratamento. A presença do *paciente* é, portanto, controlada pela posse (ou não) do remédio. Ao ter de comparecer ao CAPS para a aquisição do medicamento, o *sujeito* é avaliado pela *equipe* no *grupo de tratamento* em uma *oficina*, ou ainda em um *atendimento individual*. Todas essas instâncias de *observação* e *escuta* dão conta de perceber quando o *paciente* estaria ou não usando a medicação mas, de toda forma, ele pode ser questionado por meio de uma conversa no interior da instituição. Como já mencionado, os *técnicos* contam que, ao realizarem *visitas domiciliares*, sempre encontram medicamentos que deveriam ter sido tomados, e que não o foram. De certa forma, isso é colocado como uma característica dos *pacientes* psiquiátricos: a de, em um determinado momento, parar de tomar a medicação prescrita.

Parte II

*A eficácia das intervenções terapêuticas:
gestão, controle e produção de sujeitos*

Capítulo 5

A medicação

A alopatia é o catolicismo da medicina...

Machado de Assis

No CAPS Esperança, os *pacientes* sempre conversam com os *profissionais* de sua *miniequipe* ou diretamente com o médico psiquiatra que cuida do seu *caso*. Conforme já notou Pignarre (2008a), é consenso entre os *profissionais* da área da saúde considerar os *pacientes* como *casos clínicos*. Foucault (2002: 159) já havia apontado anteriormente para a mesma questão, ou seja, a percepção dos indivíduos como um objeto descritível, mensurável, analisável, mantendo-os em suas singularidades e em suas capacidades particulares. Esta concepção permite, ao mesmo tempo, a operacionalidade de um sistema comparativo que analisa a probabilidade dos desvios individuais em uma população. O *caso* constituído pelo exame e por técnicas de registro é, por um lado, um indivíduo descrito em sua própria individualidade e, por outro, alguém que tem de ser normalizado, treinado e classificado. Para o autor, no século XVIII, as técnicas de documentação permitiram a liberação de um saber sobre o indivíduo, saber este que produz um discurso científico a partir da emergência histórica das ciências “clínicas”, que funcionam por meio da descrição singular, da anamnese, do exame, do registro e da criação dos dispositivos disciplinares, elaborando uma nova forma de poder sobre o corpo.

No CAPS, é possível verificar com certa frequência que a prescrição da medicação acontece de forma particular de acordo com a singularidade de cada *sujeito*. Pode-se observar que, ao descrever como se sente, o *paciente* explica, por exemplo, que não está “dormindo muito bem”, ou que está com “dificuldade para acordar”, devido à sonolência que o uso de alguns medicamentos pode provocar. Pude observar que alguns *pacientes* pediam para médica ou para outro *profissional* aumentar a medicação, enquanto outros pediam para diminuí-la, diante do surgimento de alguns efeitos colaterais indesejados.

Durante a realização da minha pesquisa de campo, um *profissional* me afirmou que, algumas vezes, o uso da medicação era capaz de orientar a direção do tratamento, isto é, a partir do fármaco e sua ação no corpo, era possível atingir determinado sintoma e, desse modo, proporcionar a diminuição do *sofrimento* psíquico, evitando que o *paciente se desestabilizasse*. Embora no CAPS Esperança o uso da medicação esteja ligado à dinâmica da *transferência* (assunto ao qual será dedicada uma discussão mais adiante), existem lugares nos quais a prescrição da medicação psicotrópica é orientada por um protocolo. Isto quer dizer que o médico preenche um papel com informações sobre o *paciente* indicando o tipo de medicação a ser administrada. Em outras palavras, o psiquiatra assinala com um “X” as alternativas referentes às informações mencionadas pelo *paciente* e, ao final, a todos aqueles que, por exemplo, forem enquadrados no diagnóstico de esquizofrenia, o protocolo irá indicar uma medicação.

No CAPS, por sua vez, a prescrição da medicação é feita pelo médico, mas está estritamente relacionada à *escuta terapêutica* e às informações que os *profissionais* adquirem por meio da *transferência* estabelecida com o *paciente*. Este saber possibilita a compreensão de como o *paciente* funciona com determinada medicação. No exercício de suas práticas, os *profissionais* consideram o *sujeito* que sofre um colaborador do processo terapêutico. Nesse sentido ao falar de um efeito indesejado da medicação para o técnico em que confia, ele faz com que essa informação chegue ao médico, que acaba por modificar sua prescrição. A experiência dos *profissionais* na aquisição dos aspectos e manifestações do *sujeito* foi descrita como uma relação solidária (Foucault, 2008: 212). Dela participam aquele que procura descobrir e aquele a partir de quem se descobre algo.

O funcionamento da terapêutica é marcado por micropoderes que organizam a dinâmica das relações no interior da instituição. Essas relações foram descritas

primeiramente no processo da *triagem* (ou interrogatório - mencionado no capítulo anterior). Além do interrogatório, as relações de poder são também visualizadas em práticas como a *escuta* e a *observação* permanente dos *sujeitos*, assim como no uso das medicações que procuram controlar todas as manifestações mórbidas. Na descrição feita sobre a *triagem* procurei ressaltar o movimento em que a *demanda* do *paciente* é transformada em sintomas. Este processo permite uma intervenção terapêutica por meio da linguagem em um jogo de perguntas e respostas. Nesse momento em particular, os técnicos não se aprofundam na loucura do *paciente*.

No caso da medicação, por sua vez, as relações de poder operam por meio de um jogo de forças que permite ao médico apreender internamente o processo do adoecimento, a partir de um saber que o psiquiatra “imagina poder compreender dos fenômenos da loucura” (Foucault, 2006: 373). Nesse processo, esta última é caracterizada como *sofrimento*, o uso do remédio possibilita a reprodução artificial desse estado, uma vez que produz efeito nos corpos — em sua maioria, indesejáveis, isto é, efeitos colaterais⁴⁹ que afirmam para o *sujeito* a condição de doente. Em suas análises, Pignarre (2008b) observou os efeitos colaterais no uso da medicação psicotrópica. Para ele, estas medicações (benzodiazepínicos prescritos como ansiolíticos e hipnóticos) são utilizadas para sedar ou diminuir o nível de consciência dos *pacientes* com a intenção de controlar os comportamentos agitados e agressivos. O autor afirma que o “diagnóstico de esquizofrenia implica a prescrição de um neuroléptico, cujos efeitos colaterais fazem com que o *paciente* pareça cada vez mais com um esquizofrênico!” (Pignarre, 2008b: 04).

⁴⁹ Os efeitos colaterais observados costumam ser os seguintes: salivação excessiva, tremores, pele oleosa, discinesia — movimentos involuntários tais como mastigação repetitiva e movimentos que repuxam os músculos da face. Também podem ocorrer efeitos sobre o sistema motor, como: rigidez muscular, inquietação, dificuldade de ficar parado, vontade de andar e mexer com as pernas, mesmo estando parado.

Os efeitos medicalmente nocivos são provocados não pelo erro de diagnóstico ou pela ingestão esporádica do medicamento, mas pela ação da intervenção médica fundada em sua racionalidade. Isto quer dizer que, em alguns momentos, as intervenções médicas podem produzir efeitos incontroláveis que sujeitam os indivíduos em um processo arriscado que pertence ao domínio das probabilidades. No CAPS, toda medicação, principalmente os antipsicóticos, é usada na tentativa incessante de controlar, esconder, mascarar e aliviar todos os sintomas da psicose, tais como agressividades, agitações, alucinações auditivas e visuais. O médico prescreve, com frequência, doses elevadas de medicação ao mesmo tempo em que prescreve outras que têm a função de inibir seus efeitos colaterais. Em outras palavras, estes últimos são tão frequentes que, na conduta médica, é comum seu cálculo antecipado, o que se traduz na prescrição concomitante ao antipsicótico, de um medicamento que irá inibir e/ou prevenir seus efeitos colaterais

Estroff (1997) observou, no processo de desinstitucionalização, que a medicação psicotrópica inibia a capacidade do *paciente* em negociar suas necessidades. Para a autora, o medicamento aparece como um estigma para este último, estigma este que atinge tanto os *pacientes* quanto as pessoas diretamente relacionadas a eles. Os profissionais da área de saúde mental acreditam que o estigma esteja relacionado aos sintomas da doença, enquanto os pacientes o vivenciam de forma diferenciada, mais relacionada às humilhações de alguns tratamentos, à pobreza e à escassez de oportunidades. Para Estroff, o estigma pode ser, em grande parte, o efeito de uma afirmação de “periculosidade” do paciente que supostamente justificaria uma intervenção terapêutica e doses elevadas de medicamentos. Os fatores que levam os pacientes a reagirem de forma agressiva, segundo a autora, são decorrentes das relações

interpessoais, situacionais, de dependência econômica, assim como do convívio em determinados ambientes e com relações hostis.

Durante a realização da pesquisa de campo no CAPS Esperança, pude observar *pacientes* que eram medicados por serem ou estarem agressivos ou agitados. Cabe lembrar que todos aqueles que seguem um tratamento no CAPS Esperança são medicados. Pude observar que as prescrições variavam segundo os *casos*. Em muitos deles, eram prescritas as chamadas *medicações de depósito*,⁵⁰ que são injeções de Haldol Decanoato, utilizadas uma ou duas vezes ao mês. Essa medicação, administrada por via intramuscular, é liberada aos poucos no decorrer dos dias. Cerca de 80 *pacientes* do CAPS Esperança recebem a *medicação de depósito* juntamente com os outros medicamentos prescritos via oral.

Apesar de muitos *pacientes* pedirem, constantemente, para serem medicados, o que se verifica, nas práticas cotidianas do CAPS, é o esforço do *profissional* em entender o que existe por trás dessa *demanda* pela medicação; que tipo de *sofrimento* o *paciente* procuraria aliviar com o consumo da medicação. Uma vez que não é possível a cura da doença, e nem tampouco a alta do *paciente*, o tratamento se mostrava contínuo e o uso da medicação, incessante. Deste modo, a prescrição de um neuroléptico não trataria o diagnóstico da psicose, somente aliviaria seus sintomas. Segundo Pignarre (2008c), o uso prolongado e contínuo deste último acarreta efeitos colaterais irreversíveis, como as discinesias tardias.⁵¹

⁵⁰ Os neurolépticos de depósito são medicações que possuem em sua composição um álcool (neuroléptico original) e um ácido graxo (palmitato, decanoato, undecilinato, enantato). Com isso, obtém-se um tipo de substância que possui uma lenta absorção, por se tratar de uma substância oleosa. A partir da composição química do medicamento, é possível afirmar que a duração do efeito terapêutico é maior para o palmitato, seguido do decanoato (Bressan, 2000).

⁵¹ A discinesia tardia (DT) é um efeito extrapiramidal causado por neurolépticos, caracterizada por movimentos involuntários, anormais e repetitivos localizados principalmente na região orofacial, tronco, extremidades inferiores e superiores. A DT acomete ao menos 20% dos indivíduos, com taxas de incidência para novos casos de aproximadamente 3 a 5% ao ano. Essa incidência ocorre de maneira cumulativa e chega a 30% entre os idosos expostos ao uso crônico de neurolépticos (Soares, 1998).

A partir da observação do cotidiano institucional percebi que alguns *pacientes* recusavam-se a tomar a medicação. Nesses casos, os técnicos tinham de convencê-los que o uso do remédio era importante. Em alguns casos específicos, os *profissionais* explicavam o porquê de se tomar a medicação, e esse gesto já era suficiente para o *paciente* consentir. Ao tentarem administrar a medicação prescrita — já conhecendo os motivos que levavam o *paciente* a resistir à medicação, principalmente à medicação injetável — os técnicos de enfermagem colocavam em prática certas estratégias como, por exemplo, administrá-la com o acompanhamento do médico psiquiatra. Havia *pacientes* que só aceitavam tomar a injeção caso fosse administrada por um técnico de enfermagem. Em um caso particular, o *paciente* aceitou a injeção de Haldol, ao ser convencido de que se tratava de outro medicamento (uma vitamina).

Segundo meus interlocutores, a *medicação de depósito* é indicada para *pacientes* que “não aderem ao tratamento”, isto é, que por alguma razão não aceitam e não seguem o tratamento proposto pelo médico. Alguns *sujeitos* tratados costumam esquecer ou, simplesmente, deixam de tomar a medicação. Esse comportamento pode levar os *pacientes* a uma *crise* e a uma internação psiquiátrica. Assim, com a aplicação quinzenal ou mensal da *medicação de depósito* o médico é capaz de prevenir tais situações indesejadas. Para Bressan (2000), o uso da *medicação de depósito* em ambulatórios públicos é uma intervenção terapêutica de fácil execução, altamente eficaz e de baixo custo, que permite diminuir o número de internações e favorece a reinserção social do *paciente*, ao mesmo tempo em que melhora a relação médico-paciente.

Uma interlocutora de pesquisa afirmou que os *pacientes* que recebem tratamento em instituições como os CAPS são mais medicados do que aqueles que o recebem nos hospitais psiquiátricos. Quando questionado a este respeito, um *profissional* respondeu que os *pacientes* tratados por essas instituições estariam, atualmente, em contato com

peças e relações, algo antes impossível, uma vez que eram confinados em grandes instituições como os hospitais psiquiátricos. Os dados epidemiológicos disponibilizados pelo Datasus revelam que no período histórico entre 1995 e 2005 ocorreu um aumento de 15% na distribuição de psicotrópicos e um aumento significativo dos serviços comunitários. Nesse de dez anos, ocorreu uma diminuição de 26,7% com os gastos destinados à saúde mental. Os serviços comunitários aumentaram, ao passo que o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido a 41%. Em 1995, as internações psiquiátricas representavam 95,5% dos gastos, enquanto em 2005 esse número representava 49% (Andreoli *et al.*, 2007).

Para meus interlocutores, o contato com a realidade social faria com que os *pacientes* necessitassem de mais medicações para evitar o *sofrimento*. Vemos aqui um sistema no qual a terapêutica é ordenada pelo uso da medicação, assim como os corpos dos *sujeitos* construídos e constituídos por essa relação química. Tomo emprestado de Donna Haraway (2000), a expressão “ciborgue” para referir-me às pessoas que fazem uso contínuo, prolongado, às vezes por toda a vida, de substâncias químicas. Em sua análise sobre redes biológicas, a autora faz uma crítica sobre a forma como a biotecnologia constrói os corpos. O “ciborgue” é, portanto, um organismo cibernético, uma junção de organismo e máquina, um híbrido de relações sociais vividas, ao mesmo tempo que é uma ficção.

A vida atual implica uma relação íntima entre os *sujeitos* e as tecnologias. Ao analisar as novas formas de subjetividades, é preciso levar em consideração sua interação com a medicação. No próximo tópico, proponho expor como a medicação foi responsável pela possibilidade dos *pacientes* viverem fora de instituições como os hospitais psiquiátricos.

5.1. A ação da medicação e a possibilidade do não confinamento

O modelo manicomial entrou em crise junto com outras grandes instituições disciplinares, de maneira mais evidente no contexto histórico do pós-Segunda Guerra Mundial. Essa crise, destacada por Deleuze (2007: 219), anunciou um novo regime de dominação que não mais se voltava para o investimento em práticas de confinamento de uma sociedade disciplinar, como descrito por Foucault (2002). Com isso, o modelo asilar foi atravessado por inovações teóricas e práticas que exigiram dos *pacientes*, antes confinados, a *ressocialização*. Esta crise na economia do poder disciplinar promoveu mudanças no modelo médico psiquiátrico em diferentes contextos.

Ainda no século XIX, segundo Siqueira (mimeo), a psiquiatria foi investida por saberes da neurologia que a fizeram se distanciar do modelo de confinamento asilar, produzindo saberes que compuseram a psiquiatria clássica. Essa, por sua vez, buscou incansavelmente localizar no cérebro e nos “nervos” as causas orgânicas que explicassem a doença mental a partir de técnicas da neurologia. Nessa mesma época, com a análise do inconsciente, a psicanálise permitiu a invenção da psiquiatria dinâmica ou psicodinâmica. No final do século XIX, com a “psicologia da profundidade” Freud afirmou que a doença mental estaria estreitamente ligada aos aspectos subjetivos da vida cotidiana do *paciente*, ou seja, a seu comportamento e relações sociais. Com o Movimento da Higiene Mental, em 1910, nos Estados Unidos, a intervenção dos saberes psiquiátricos passou a não mais incidir apenas sobre os “alienados”, mas também, de forma preventiva, sobre todos aqueles que corriam o risco de sofrer algum tipo de distúrbio mental. Nessa mesma perspectiva, em 1960, a partir da influência dos estudos culturalistas, a psiquiatria preventiva ou comunitária reelaborou uma forma de identificar os fatores de predisposição social para a doença mental. Alguns deles tais como o desemprego, problemas socioeconômicos, características demográficas,

habitação, escolaridade eram particularmente importantes, uma vez que, dessa perspectiva, a psiquiatria visava à promoção da qualidade de vida ou do bem-estar como forma de prevenção da doença mental.

A crise nas instituições de confinamento indicou a falência dos dispositivos de poder das sociedades disciplinares, o que provocou movimentos de resistência contra o modelo manicomial considerado ineficaz, violento, de alto custo e segregante. Movimentos antimanicomiais que reivindicavam reformas ou a própria extinção dos hospitais psiquiátricos surgiram na década de 60, dentre eles, o da antipsiquiatria,⁵² que questionou os aspectos excludentes, violentos e de controle social operados pela psiquiatria clássica.⁵³ Outros movimentos como a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor; na França e na Itália, a psiquiatria democrática, constituíram movimentos políticos que procuraram criar um aparato institucional extra-hospitalar.

Essa breve constatação das inovações terapêuticas foi feita para pontuar as possibilidades que permitiram aos *pacientes* a *ressocialização*, ou melhor, a vida fora dos hospitais psiquiátricos. Com isso, procuro expor como, a partir dos anos 70, a psiquiatria biológica viria potencializar as práticas psicológicas. Mas antes de tudo, não poderia deixar de dizer que práticas como a lobotomia foram recorrentes em hospitais psiquiátricos (Siqueira, *mimeo*), assim como a descoberta dos primeiros neurolépticos (clorpromazina), em 1952, foi utilizada de forma eficaz no controle dos sintomas da psicose, livrando os *pacientes* dos seus sintomas e, conseqüentemente, do confinamento. Este tipo de medicação foi bem aceito, e seus efeitos comparados à ação esperada da lobotomia. Porém, essa tecnologia medicamentosa não acarretava perda de

⁵² Na década de 60, surgiu o movimento da antipsiquiatria, que criticou a violência institucional e simbólica da psiquiatria clássica, violência exercida não somente por ocasião das internações psiquiátricas, mas através de sua racionalidade analítica e nosológica. O efeito de sua taxionomia foi a dependência de uma assistência especializada que estabeleceu uma relação de tutela e sujeição dos indivíduos.

⁵³ Abordagens críticas sobre as grandes instituições de confinamentos podem ser encontradas nos trabalhos de Szasz (1978, 1979), Baságli (1985), Cooper (1967) e Foucault (1999).

memória como se verificava na administração dos remédios utilizados nas terapias anteriores.

A crise nos dispositivos disciplinares criou um campo de possibilidades para a invenção de novas práticas que viessem a suprir o que escapava ao poder disciplinar. Atualmente, os saberes imanentes da psiquiatria biológica que localizam a origem da doença mental nas disfunções biológicas do cérebro são estreitamente influenciados pelos avanços da neurociência, por invenções farmacológicas, por análises da biologia molecular e pela genética. Esses saberes sustentam que os “transtornos mentais” são produzidos por desajustes nos neurotransmissores, podendo, assim, ser sanados por medicamentos. Esse modelo biológico, com pretensões científicas, funciona sem a necessidade do confinamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁵⁴ afirma, a este respeito, que as práticas da psiquiatria biológica teriam como metas a prevenção e a promoção da saúde a partir de um atendimento voltado para a comunidade.

Da perspectiva biológica, há um movimento em que a etiologia (ou a causa) deixa de ser um princípio que organiza as intervenções terapêuticas, para configurar-se em uma nova concepção de assistência que trata dos sintomas observáveis. Um exemplo disto é o *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-III)*, que transforma a tecnologia psiquiátrica em uma forma de observação imparcial e em uma prática de descrição capaz de avaliar os diagnósticos. Esta reformulação permitiu que qualquer *profissional*, mesmo sem formação psiquiátrica, pudesse obter um diagnóstico. O DSM também sistematizou as pesquisas epidemiológicas a partir do funcionamento de um modelo científico, pautado na avaliação e na experimentação, possibilitando o controle dos *sujeitos* e transformando suas informações em dados estatísticos.

⁵⁴ Para ser mais precisa, essa reflexão consta do *Relatório de Saúde Mental no Mundo (2001)*.

Nesse processo, os transtornos mentais são considerados uma perturbação que pode se manifestar em uma disfunção no comportamento, em manifestações psicológicas ou em uma alteração biológica. Desta forma, o DSM reelabora a forma de produção do diagnóstico, que prescinde da constatação das manifestações biológicas das perturbações (cf. Siqueira, mimeo). Por fim, a psiquiatria biológica, sem evidências anatomopatológicas, recorre à neurociência por acreditar que, em um futuro próximo, a tecnologia de imagem possibilitará a visualização dos “transtornos mentais”.

A retomada de uma psiquiatria biológica para tratamento dos *pacientes* psiquiátricos negaria a perspectiva psicanalítica, o que não ocorre no CAPS Esperança, tendo em vista que, da perspectiva biológica, o mais importante seria a observação da intensidade e da duração dos sintomas apresentados pelo *paciente*. Segundo meus interlocutores, a utilização da psicanálise ajudaria o *profissional* a ser “afetado (supra 2.4.) por seu sofrimento, ou seja, entender aquilo que está causando o mal-estar e, ao mesmo tempo, problematizar o *caso* para conseguir ajudá-lo a se sentir melhor” (psicóloga e psicanalista do CAPS Esperança). Assim, observa-se que, na referida instituição, as práticas da psicanálise permitem a compreensão do *sofrimento* do *paciente* a partir da manifestação dos seus sintomas.

Nesta nova perspectiva, verifica-se uma atualização do conceito de biopoder — descrito por meio da emergência de drogas psiquiátricas — que traz a ideia de “cura” a partir da “gestão dos riscos”. Tendo em vista que a prevenção é uma forma de rastrear os riscos ou os fatores que tornam algo provável, ela se materializa em práticas de vigilância dos *pacientes* e dos sintomas e comportamentos, por meio de práticas de controle. Assim, as drogas psicoativas estariam sendo utilizadas para melhorar um mal-estar psíquico e não para o tratamento das doenças, uma prática na qual as pessoas não mais transitariam entre estados normais e patológicos, e sim, entre estados normais,

situações de *sofrimento* e mal-estar. No próximo tópico descreverei o modo como os *pacientes* são medicados no CAPS Esperança.

5.2. A ação da medicação nos corpos dos sujeitos

A medicação administrada tem efeito nos receptores do sistema nervoso central. Ao *administrá-la*,⁵⁵ o *profissional* promove a possibilidade de interação no corpo do *paciente*, mais especificamente, em seus *receptores*⁵⁶ neurais que *absorvem*⁵⁷ o remédio. O que resta da substância química circula pelo organismo, o que pode provocar efeitos colaterais no *paciente*. No CAPS Esperança, há pouco tempo atrás, afirma a Dra. Ângela, a conduta médica em relação à medicação era a da administração até que o *paciente impregnasse* (*impregnação* é o efeito colateral da medicação) e, logo em seguida, se diminuía a dosagem e a prescrição, mantendo-o em um limiar de *impregnação*. Nesta instituição, a relação com a medicação não está pautada nos manuais psiquiátricos, e sim na utilização da prática da *escuta terapêutica* e da *transferência* (como descrito no tópico 2.4.). Meus interlocutores de pesquisa afirmam que procuram não recorrer à medicação como única solução para o alívio do *sofrimento* do *paciente*. Afirmam, ainda, que, em alguns casos, observa-se uma melhora com a *escuta* terapêutica ou com o *manejo do caso*, evitando-se, assim, o uso abusivo do mesmo.

Os medicamentos psicotrópicos são moléculas de síntese acolhidas pelo organismo por meio dos receptores nervosos, estes, por sua vez, são uma espécie de órgão sensitivo dos neurônios que formam a estrutura orgânica do cérebro. Dessa

⁵⁵ Administrar no sentido de ministrar a medicação.

⁵⁶ Os receptores seriam células que compõem o córtex cerebral, esse último, por sua vez, é responsável pela representação, pelo entendimento e pela razão.

⁵⁷ Absorvem, no sentido de absorção, na qual a célula cerebral faz penetrar em seu meio interno as substâncias que compõem as medicações.

perspectiva, o cérebro é pensado como uma propriedade que pertence exclusivamente ao *sujeito* (supra, capítulo 3). Para Rose (2006: 12), o cérebro é, ao mesmo tempo, uma estrutura fixa e um conjunto de processos dinâmicos. Suas funções, em alguns aspectos, são desconhecidas.

Na realização da minha pesquisa de campo, procurei descobrir quais eram os efeitos da medicação no organismo dos *pacientes*, principalmente, no que se refere à ação da medicação psicotrópica, capaz de inibir estados alterados da consciência, como os sintomas manifestados por alguns *pacientes* psicóticos, acometidos por alucinações visuais e auditivas. Procurei, assim, conhecer um pouco mais sobre o assunto por meio de uma conversa com a médica de plantão no CAPS. Indaguei-lhe a respeito da ação dos antipsicóticos no organismo. Sua resposta foi a seguinte: tanto as ações das medicações psicotrópicas quanto as causas dos “transtornos mentais” são, de certa forma, inexplicáveis, apesar das medicações serem drogas fabricadas em laboratórios e, portanto, sintéticas. No CAPS, as condutas relacionadas a seu uso no processo terapêutico são determinadas pela ação, absorção e reação de cada *paciente* em particular.

Neste momento, é preciso destacar a influência da psicanálise sobre a psiquiatria, o que se revela importante para a compreensão da relação estabelecida com a medicação no CAPS Esperança. No final do século XIX, a psicanálise foi considerada a primeira forma de antipsiquiatria, visto que tinha como projeto inicial a desmedicalização de grande parte dos sintomas que a psiquiatria classificava como doença. Contudo, o que se verificou posteriormente foi uma nova medicalização, significativamente maior e mais abrangente, já que as condutas cotidianas passaram a ser suscetíveis às análises da psicanálise (cf. Foucault, 1974: 16). Pignarre (2008b) elabora uma distinção entre a psiquiatria influenciada pela psicanálise e a biológica a

partir das práticas relacionadas à prescrição medicamentosa. A primeira delas prescreveria para fazer com que os *pacientes* falem, enquanto a segunda o faria para fazer com que se calem. Ao diferenciar tais vertentes por meio de suas prescrições, é importante ressaltar que, para os psiquiatras psicanalistas, a forma de se medicar não é determinada, ao menos não em um primeiro momento, pela estrutura psíquica do *paciente* (que pode ser uma neurótica, perversa ou psicótica), e sim por práticas da psiquiatria clássica que analisam seus aspectos fenomenológicos (cf. Pignarre, 2008b).

Assim, as intervenções medicamentosas atualmente reassumem o discurso da psiquiatria clássica, que possibilita intervir de forma incisiva sobre o controle dos sintomas nos corpos dos *pacientes*. A forma de medicar passa necessariamente pela avaliação da experiência do *paciente* com a medicação. Contudo, os *profissionais* do CAPS não pretendem *dopá-lo*, ao contrário, sua ideia é a de amenizar o *sofrimento* causado pelos sintomas com o mínimo de medicação, para que o *paciente* possa falar sobre seus *sofrimentos*, possibilitando ao *profissional* escutá-lo e, a partir desta *escuta*, elaborar uma forma criativa e eficaz de *manejo do caso*, que procura evitar as *crises* e *sofrimentos* futuros.

Desse modo, a conduta terapêutica no CAPS busca prevenir as *crises* por meio do uso incessante da medicação, que age sobre os sintomas dos *pacientes*. Segundo as análises da área de farmacologia, as ações dos medicamentos antipsicóticos incidem sobre a dopamina, impedindo que este neurotransmissor se ligue a seu receptor. Esta reação tem como efeito o controle dos sintomas psicóticos (alucinações, agitação e agressividade). Azize (2008: 18), em sua análise sobre as doenças e medicamentos, aponta que o cérebro é atualmente considerado o órgão responsável por definir nossa identidade. O autor sustenta um posicionamento idêntico ao da médica ao afirmar, em seu estudo sobre a neurociência, o desconhecimento dessa última sobre algumas

atividades cerebrais. Para ele, a literatura atual aponta para um “sujeito cerebral” responsável por diluir as fronteiras entre mente e corpo e, por conseguinte, o “eu” é, também, colocado como algo desconhecido. O mais surpreendente é o fato de, cada vez mais, os *sujeitos* medicarem a sua subjetividade, com base em argumentos como a busca por uma melhor “qualidade de vida” (Azize, 2008b: 3).

O “sujeito cerebral” é descrito como uma “figura antropológica que incorpora a ideia de que o ser humano é essencialmente reduzível a seu cérebro” (Vidal & Ortega, 2007: 257). O cérebro torna-se um “ator social”, ocupando um lugar, em termos corporais, na representação da subjetividade e da própria individualidade. Nesse sentido, a neurodiversidade justifica formas de ser que estão diretamente ligadas a algumas práticas e a determinados contextos. Um exemplo são os *pacientes* com depressão, que compreendem a si próprios não como um determinado tipo de *sujeito*, mas como possuidores de certo tipo de cérebro. O efeito da medicalização é materializado em um novo tipo de autoprodução ou “biossocialidade”. Segundo Rabinow (1991: 85), a biossocialidade está relacionada a uma maneira de organização a partir de critérios de saúde (doenças específicas, longevidade, desempenho corporal). As conexões entre os sujeitos são firmadas por valores ligados às práticas higiênicas, regimes físicos e planejamento das atividades. Nessa perspectiva, as normas morais de avaliação são elaboradas por cada pessoa, permitindo uma autonomia para tornar-se perito de si próprio (ou seja, perito de sua saúde, de seu corpo, de seus sintomas e de seu sofrimento).

No CAPS, a medicação pode ser entendida como um mediador pois, ao ser administrado, o remédio modifica primeiramente o estado físico-corporal, para posteriormente reduzir o *sofrimento psíquico*. Isso quer dizer que a medicação age a partir do momento em que é consumida. O efeito de sugestão potencializa algumas

moléculas farmacológicas, porém o modo de ação desse efeito é ignorado, bem como algumas mudanças corporais provocadas pelo efeito da molécula ativa nos tecidos — uma vez que o medicamento é composto tanto por esta última quanto pelo efeito placebo. Isabelle Stengers (1995: 122), em suas reflexões sobre a medicina contemporânea, analisa o charlatanismo como um correlato do “efeito placebo”, sendo os dois julgados como parasitas de uma relação entre a substância e seu efeito curativo. A autora utiliza a expressão “farmacologia racional” (Stengers, 1995: 131), referente a um saber teórico-experimental que avalia o poder curativo de uma substância química — saber este que deverá ser chamado de medicina. No próximo tópico, pretendo descrever alguns casos nos quais a medicação é acionada para sanar um *sofrimento* que aparece no jogo de interação entre o *sujeito* e sua realidade social.

5.3. A agência social da medicação

Cabe lembrar que cada organismo reage à indução farmacológica de forma particular. A prescrição de uma medicação tem sempre um sentido de intervenção e de modificação que poderia ser atribuída à ação do medicamento. Ela pode, por exemplo, ter um efeito anestésico, como observado em uma discussão sobre seu uso, ocorrida por ocasião do *grupo de estudo* (vide supra 3.1). Nesse dia, em particular, foi discutido um artigo intitulado “Como engolir a pílula?”. O *caso* exposto nessa discussão referia-se a uma *paciente* que possivelmente tinha um diagnóstico de psicose, segundo meus interlocutores. Ela havia sido dependente de álcool, no passado. Diante de algumas dificuldades enfrentadas no dia a dia, ela recorria aos *cuidados* oferecidos pelo CAPS. Essa *paciente* sempre pedia para ser medicada, como afirmou sua médica, “claramente por uma condição anestésica”. Outro *caso* discutido foi o de um *paciente*, com o

diagnóstico de psicose, paranóico e dependente químico, que utilizava alguns medicamentos e, ainda, drogas ilícitas como a maconha.⁵⁸ O *paciente* explicava-se dizendo que tinha uma vida ruim, não tinha carro, não tinha mulher, que sua vida era sem graça e que, ao usar o Benflogin⁵⁹ e o Akineton,⁶⁰ se sentia bem e feliz. Certo dia, ele chegou ao CAPS após ter ingerido 80 comprimidos do primeiro e 20 do segundo de uma só vez. Por esse e outros motivos, decidiu-se por sua internação. Foi possível acompanhar e observar toda a mobilização da *equipe* em atendê-lo. O *paciente* pedia para não ser internado. Os *profissionais* de sua *equipe de referência* conversaram com ele, mas por fim, acabaram por encaminhá-lo ao núcleo de atenção à crise (NAC) do Cândido Ferreira.

No *grupo de estudo* foram discutidos casos em que os *pacientes* utilizam muita medicação, como se esse estivessem pedindo autorização para o uso de uma substância em altas doses para aliviar seu mal-estar. Ao mesmo tempo, segundo meus interlocutores, pode-se observar *pacientes* que, por alguma razão não aparente, começam a *desestabilizar-se*. Nesse contexto, os *profissionais* em geral descobrem que ele fez uso de alguma substância psicoativa (normalmente álcool e maconha). Segundo meus interlocutores, há dificuldades em *cuidar dos pacientes* psiquiátricos que fazem uso de drogas ilícitas. Estes últimos costumam afirmar que fazem ou já fizeram uso de substâncias ilícitas para aliviar um *sofrimento*. Dessa maneira, os significados tanto das

⁵⁸ É proibido o consumo de drogas ilícitas no CAPS e, visando observar todos os lugares da casa que ficam fora da visão dos *profissionais*, são utilizadas câmeras de vigilância que possibilitam aos *profissionais* observar as imagens em uma tevê localizada no postinho de enfermagem.

⁵⁹ Benflogin ou cloridrato de benzidamina é um anti-inflamatório indicado para a região da orofaringe. A dose máxima diária é de 200 mg. Estudos mostram que a ingestão de 500 mg de Benflogin leva ao desenvolvimento de alucinações que se tornam mais intensas quando associadas à ingestão de álcool. Na superdosagem, há o aumento da produção e da liberação de dopamina no cérebro, causando alteração da percepção da realidade e, conseqüentemente, alucinações visuais. Entre os efeitos alucinógenos descritos, os principais são raios e luzes coloridas após a movimentação do globo ocular.

⁶⁰ O Akineton é o biperideno, uma medicação anticolinérgica usada para tratar a doença de Parkinson. Os psiquiatras a utilizam para controlar os efeitos colaterais dos antipsicóticos. O Akineton não possui nenhum efeito sobre o funcionamento mental, apenas sobre as funções motoras.

substâncias ilícitas quanto dos medicamentos são pensados a partir de sua ação no organismo.

A ideia que norteia a *equipe* do CAPS Esperança seria a de utilizar a medicação como algo que resolva os problemas e *sofrimentos* do *paciente*. Em outro caso, me foi narrada a história de uma *paciente* que, invariavelmente ao chegar à instituição, pedia para ser medicada. Caso a médica recusasse seu pedido, ela chorava muito. Quando conseguia a medicação, não hesitava em pedir mais e mais. Esta *paciente* dizia que, em casa, não conseguia dormir, ao passo que, na instituição, uma vez medicada, ela chegava a dormir profundamente de forma que ninguém conseguia acordá-la. Segundo as informações trazidas pela *terapeuta* que a *escutava*, esta era uma *paciente* que utilizava a medicação com um sentido anestésico, visto que, por muito tempo quando criança, foi induzida ao uso de Diazepan⁶¹ pela mãe, que colocava a medicação em seu leite para que ela dormisse, enquanto ia trabalhar em uma casa de prostituição.

Outra questão discutida no *grupo de estudos* foi “o lugar do remédio, o lugar da medicação, o lugar do trabalho médico dentro da clínica da palavra” (palavras proferidas por um *profissional* formado em educação artística que participava do grupo como supervisor). A discussão que norteou os *profissionais* nesse dia foi o problema de recorrer à mediação como se fosse a única solução para o tratamento ou, ao menos, a solução mais rápida para possibilitar um alívio, tanto para o *paciente* como para a *equipe*. Como podemos perceber no relato da médica psiquiátrica: “Eu acho que a forma mais rápida e menos trabalhosa é medicar; às vezes, a gente não esgota todos os recursos antes de medicar”.

Le Breton (2003: 59), ao analisar a “produção farmacológica de si”, afirma a existência de uma medicalização da existência e, conseqüentemente, um aumento do

⁶¹ O Diazepan é um tranquilizante do grupo dos benzodiazepínicos, utilizado principalmente para o tratamento dos transtornos de ansiedade.

consumo de psicofármacos segundo as necessidades dos indivíduos (doentes ou não). No caso dos psicotrópicos, em particular, há um consumo clássico justificado pelo fato do *sofrimento* impedir o *sujeito* de existir e de se relacionar socialmente. No CAPS, há uma medicalização da existência, principalmente de estados de angústia, deprimidos e insones. Contudo, os *pacientes* são medicados, antes de tudo, na tentativa de controlar os sintomas da psicose.

A medicalização da existência está diretamente relacionada a uma possibilidade de “estar no mundo” para estes *sujeitos* que foram *ressocializados*. A busca incessante pela supressão dos sintomas da psicose ou da doença faz com que eles, muito frequentemente, tenham reações como os efeitos colaterais que, por sua vez, são medicados como sintoma de mal-estar (sono excessivo, insônia, verborragia). Essa forma de prescrição está associada ao que Azize (2008:3) chamou de “cultura da qualidade de vida”. Diferente das novas medicações que estão ligadas à busca por uma melhor qualidade de vida, o Haldol, medicamento criado em 1957 e colocado em circulação dez anos mais tarde, não faz parte de uma publicidade desenfreada da indústria farmacêutica direcionada a essa nova perspectiva de medicalização. O número crescente de pessoas (com diagnóstico de psicose ou não) que utilizam o medicamento não está diretamente relacionado a um esforço da publicidade, mas a uma nova forma de apropriação de seu uso. O que se verifica é uma nova apropriação do antipsicótico Haldol, prescrito agora de forma que a agência do *sujeito* seja levada em consideração. Todas as suas reações são controladas minuciosamente, permitindo certa *estabilização* e sua possibilidade de existência em uma realidade social.

Podemos dizer que o dispositivo experimental que opera na relação com a medicação possibilita a produção de um *sujeito* adaptável, que mobiliza e amplia sua rede de aliados. Assim, as relações de poder são consequências do acontecimento

experimental, podendo convencer e mobilizar os aliados em suas microrrelações, uma vez que negociam as alianças estabelecidas e produzidas nas redes de poder. Analisar a ciência em ação, ou seja, em suas práticas cotidianas, permite tomá-la como um processo de invenção do social por meio de uma prática coletiva.

Capítulo 6

O fluxo de informação e a constituição dos sujeitos

O mal minúsculo da miséria e da falta não é mais remetida ao céu pela confiança apenas audível da confissão; ele se acumula sobre a terra sob a forma de rastros escritos.

Michel Foucault.

Diante das informações sobre os *pacientes*, a *atuação* do *profissional* e as intervenções terapêuticas são modificadas e reelaboradas. Vemos a seguir um diálogo entre uma psicóloga, uma residente e uma médica psiquiátrica. A conversa gira em torno de um *acolhimento* (cf. supra, tópico 2.2.) que as duas primeiras realizaram. Nesse diálogo, elas “passam o caso”, ou seja, comunicam as informações adquiridas para a médica de sua *miniequipe*. É possível notar que, nessa conversa, não surgem somente as manifestações mórbidas dos sintomas, mas informações familiares tomadas como dados, que supostamente possibilitariam à *equipe* entender um pouco mais sobre o *sujeito* em questão. Podemos verificar a troca de informações a partir da discussão entre os *profissionais*:

Psicóloga: No final do ano, Ricardo (sujeito que foi acolhido) fala que percebeu que estava em crise. O pai afirma que, às vezes, no final do dia, quando percebe que o filho está falando um pouco mais, ele dá umas 15 gotas de Haldol para ele. Daí o filho passa uns dois dias esquisito e logo melhora. A irmã da mãe de Ricardo também tem TAB [Transtorno Afetivo Bipolar]. O pai tem cinco filhos, três homens e duas mulheres; os filhos homens todos têm TAB. Um irmão de 35 anos faz o tratamento.

Médica psiquiátrica: TAB é muito familiar.

Psicóloga: Mas não é genético?

Residente: Tem uma forte predisposição. Nesse caso, sim. Tem uns que são mais esporádicos.

Psicóloga: Quando a gente pergunta desse outro irmão, o pai fala que ele tem umas alterações. O Ricardo fala que o irmão também conversa: “Ele também vê as coisas, só que ele não é besta de falar”. Vários sintomas também, o outro irmão... mas eu não acho que ele esteja com o mesmo comprometimento do Ricardo. *O pai fala muito mal de psicoterapia porque ele acredita que é o remédio que resolve.*

Residente: O paciente costumava beber e ir a boates e arrumava várias confusões e apanhava.

Psicóloga: Ricardo cuidava de uma padaria da família. Depois que ele começou a mexer com todas as mulheres que iam até lá, ele foi levado para a Unicamp [enfermaria psiquiátrica].

Residente: O paciente saiu da Unicamp e foi direto para o NAC. A primeira crise, possível crise, foi essa que a gente contou. A primeira relação sexual que ele teve ocorreu aos 21 anos, aos 19 anos ele entrou para a Gnose, aos 21 ele se casou. Ele namorou uma moça por três anos e meio. Ela ficou grávida. O pai diz que a moça tentou dar o golpe da barriga. Enfim, eles se casaram e têm, ao todo, quatro filhos. O pai fala que a esposa era interesseira. Ricardo, na época, cuidava de uma padaria e começou a guardar um dinheiro para montar uma firma de alarme. Com o plano Collor, a padaria quebrou e a empresa de alarme ficou capenga. Os filhos moram com ele, mas isso não aparece. Quando ele tinha 34 anos, separou-se e passou por problemas financeiros. O pai de Ricardo diz que, nessa época, ele ficou cerca de seis meses trancado no quarto, insone, hostil e agressivo.

Psicóloga: O pai fala que ele estava com depressão. Ricardo fala que nunca teve depressão. Daí ele começa a aparecer [o sujeito]. É que ele estava descansando, ele diz que nesse momento ele ultrapassou uma barreira na vida dele. Nesse momento ele passou por um portal na escala evolutiva. Ele ultrapassou uma barreira e, como foi um momento muito intenso e muito forte, ele merecia um descanso de dois anos [paciente fica por dois anos em um quarto].

A partir desse diálogo, pode-se verificar o trabalho dos *profissionais* ao comunicarem as informações adquiridas no *acolhimento*. A psicóloga e a residente falam do *sujeito* (infra 6.2.) em seus vários aspectos, do seu diagnóstico e revelam como a família reage ao perceber que o *paciente* está em *crise* — o pai que afirma administrar gotas de Haldol⁶² quando percebe que o “filho está falando um pouco mais”. É possível notar que, algumas vezes, é a família que recorre ao medicamento, na medida em que acredita ser o remédio a melhor solução. A afirmação de que algumas patologias são hereditárias ou, nas palavras da psiquiatra, “familiar” é frequente no CAPS Esperança.

A lógica da psiquiatria sempre foi a de encarregar-se das perturbações psíquicas, de preferência, nos serviços públicos. Foi particularmente no século XIX que aconteceu sua redefinição como estratégia de gestão das populações. No entanto, atualmente, pode-se constatar que ela reassume, sob nova roupagem, suas funções terapêuticas clássicas. As estratégias psicológicas, psiquiátricas e sociais estão pautadas em uma política preventiva e rastreadora dos riscos (cf. Castel, 1987: 125). Isto é possível a partir da análise dos dados epidemiológicos colocados em relação. Nesse procedimento, é detectada a probabilidade do aparecimento de comportamentos indesejáveis. Os dados podem ser associados com outros fatores de risco como, por exemplo, a correlação com alguém da família que apresente os mesmos sintomas ou diagnóstico, pessoas que vivam em condições de miséria, famílias desestruturadas, problemas no trato com as relações sociais, isolamento, faixa etária, filhos etc. Alguns dos fatores ou seu conjunto podem pontuar um valor ou diagnóstico que indica o risco dos filhos dos *pacientes* apresentarem os mesmos sintomas.

⁶² Haldol é um medicamento antipsicótico com efeitos sedativos e psicomotores. Conhecido também como haloperidol, esse medicamento é da classe dos neurolépticos que, por sua vez, são indicados para o tratamento dos sintomas da psicose, tais como alucinações, delírios, agitações e agressividades. Ver mais a respeito em: <http://www.psicosite.com.br/far/anp/haldol.htm>.

No CAPS, a família é acionada quando os *profissionais* precisam entender os sentidos e as dificuldades do *sujeito* em seu *sofrimento*. Desse modo, a partir da *escuta terapêutica*, procura-se entender o desenvolvimento singular desse sentimento que pode levar o *paciente* a uma *crise*. O *sofrimento* e as origens de seu mal são apresentados em seu discurso e analisados pelos *profissionais* que descrevem, medem, comparam este *sujeito* em sua própria individualidade — eis a invenção do *caso clínico*. Cabe lembrar que ao fabricarem-no, os *profissionais* consideram o *paciente* como um interlocutor privilegiado do objeto de seu *sofrimento*, sua reação podendo invalidar as intervenções terapêuticas. Quando isso acontece, o *profissional* tem de pensar outro tipo de intervenção eficaz para a criação de redes, vínculos e articulações.

Segundo meus interlocutores, a relação de *cuidado* é tomada como algo em movimento, como uma cartografia (infra, tópico 3.3). Nessa nova tecnologia de *cuidado*, os *sujeitos* assumem a posição atuante, que rompe com os referenciais interpretativos estáveis (no sentido de um modelo de tratamento a ser seguido por todos os *pacientes*). No fim do diálogo entre os *profissionais*, a psicóloga afirma o “aparecimento do sujeito”, caracterizado pelo momento em que o *paciente* começou a falar sobre si e explicou, mesmo contrariando as informações de seu pai, o que sentia em relação àquilo que o acometia. As informações adquiridas mediante o contato com o *paciente* são repassadas para a *miniequipe* por ocasião das reuniões, assim como nos encontros informais com os técnicos.

O CAPS é um espaço no qual o *profissional* pode *observar* e *escutar* o estado atual das manifestações sintomatológicas do *paciente*, uma vez que eles falam para os *terapeutas* como estão se sentindo. Esse saber sobre os *sujeitos* é adquirido por meio da prática da *escuta terapêutica*, que pode ser comparada ao que Foucault chamou de “práticas confessionais da penitência cristã”, elaboradas pelo poder pastoral, no século

XVIII. Para o autor, o poder pastoral é uma forma específica de poder que objetiva assegurar a salvação do indivíduo. Não é apenas um poder de comando, mas um poder que se sacrifica pela vida e para salvar o seu rebanho. Esse poder é exercido pelo Estado de uma maneira contínua e, de uma forma, ao mesmo tempo, individualizante e totalizadora. Segundo Foucault (1995: 237), o Estado moderno pode ser considerado a matriz da individualização pois, em sua estrutura sofisticada, submete as individualidades à sua salvação nesse mundo, no sentido de garantir a saúde, a segurança e o bem-estar. Desse modo, a prática da confissão expõe a verdade por meio da expressão de algo muito íntimo e individual. Para Foucault (1995: 231), o mecanismo da confissão faz com que o indivíduo seja subjugado à sua condição de sujeito, isto é, sujeito à dependência e aos controles institucionais, ao mesmo tempo em que o sujeito está preso em sua própria individualidade criada por meio de mecanismos de autoconhecimento.

Logo nos primeiros dias de pesquisa de campo, pude perceber que os *pacientes* eram incitados ao discurso sobre si. Isso acontecia de uma forma direta ou, na maioria das vezes, de forma sutil, por meio de práticas institucionais e, implicitamente, no modo de agir dos *profissionais*. Pode-se afirmar, então, que é a partir de toda a informação adquirida na prática da *escuta terapêutica* que o *profissional calcula* a melhor forma de adquirir informações e intervir no *caso*. A “construção do *caso clínico*” é a produção de um saber pautado no discurso do *paciente*, capaz de orientar a *equipe* sobre a melhor forma de *manejo terapêutico*, isto é, a melhor forma de agir, intervir, administrar e controlar a vida daqueles que são tratados na instituição (descrevo detalhadamente a construção de um *caso clínico* no tópico 3.2).

O *profissional* anota no prontuário do *paciente* tudo aquilo que *observou* e *escutou*. Anota também, caso ocorra, toda e qualquer manifestação fenomenológica. As

informações observadas são referentes à organização da linguagem, ao estado psíquico, ou seja, se o *paciente* está *estabilizado* ou *desorganizado* (*crise*). O estado físico e/ou aparência também são percebidos; observa-se se o “paciente está se cuidando”, ou seja, se está tomando banho, escovando os dentes, trocando de roupa. É importante saber se o *paciente* está se alimentando e se está dormindo bem. Observa-se igualmente seu vestuário, ou seja, se a roupa que o *paciente* usa condiz com o clima. Por último, verifica-se se está agitado ou se manifesta algum efeito colateral (que pode ser uma rigidez no braço ou se o *paciente* está *marchando*⁶³), seu estado emocional, isto é como o *paciente* se sente, se está incomodado com alguma coisa, se está triste, feliz ou eufórico.

O procedimento da escrita permite descrever o estado atual do *paciente* em seu prontuário, que é chamado de *evolução*. O ato de *evoluir* é uma prática de atualização constante de tudo aquilo que acontece com os *sujeitos*. Desse modo, registra-se todo o procedimento realizado, os exames médicos solicitados, as atividades das quais o *paciente* participa, as internações, um pouco de sua história de vida, seu estado atual, as medicações utilizadas, suas *crises*, a regularidade e a frequência com que vai até a instituição, enfim, anota-se o máximo possível.⁶⁴ Esse procedimento permite que toda a *equipe* tenha acesso ao arquivo de informações relativo ao estado atual ou a um comportamento passado dos *pacientes*. Assim, a leitura do prontuário permite seu

⁶³ *Estar marchando* é um efeito colateral caracterizado pelo fato de o *paciente* ficar inquieto e não conseguir parar de mexer os membros inferiores.

⁶⁴ Existe uma comissão do Cândido Ferreira que vai mensalmente até o CAPS Esperança para conferir os prontuários e um documento que os *profissionais* precisam preencher para garantir o financiamento da instituição (este documento é denominado APAC). Existem três modalidades de financiamento recebidas do SUS. O faturamento vai depender da modalidade de atendimento, que pode ser intensivo (*paciente* atendido pela instituição até 25 dias no mês), semi-intensivo (até 12 dias ao mês) e não intensivo (até três dias ao mês). Com isso, pode-se observar um fluxo contínuo, que parte da escrita do documento, passa por uma avaliação da própria instituição, vai diretamente para o Sistema Único de Saúde e retorna como financiamento pelo trabalho prestado.

controle e, algumas vezes, a possibilidade de detectar algum sintoma que indique como se manifesta sua *crise*.

O *profissional* coloca-se em uma posição estratégica ao *calcular* (infra 4.1.) o melhor momento para se aproximar e conversar com o *paciente*, a fim de *escutar* e entender a causa de determinado *sofrimento*. Meus interlocutores chamam esse procedimento de “estar à disposição do paciente”. Assim como afirmou uma psicóloga do CAPS Esperança, em sua dissertação de mestrado, “é a oferta de uma escuta que se torna eficaz por valorizar a singularidade daquele que é acolhido no momento preciso” (Bedin, 2009: 37). Essa postura de estar sempre pronto para ouvir o *paciente*, sempre com os sentidos aguçados para observar os menores gestos, em uma postura doce e gentil para que ele adquira confiança e se sinta à vontade para falar, esta postura solidária do *profissional* traz em si uma operação terapêutica. Essa operação permite que as informações passem pelo *profissional*, sendo esse um canal direto da *equipe* com o *paciente*, já que informa tudo o que consegue apreender sobre os *sujeitos* tratados. Trata-se, portanto, de uma relação que se assemelha ao que Foucault descreve como a prática do “vigilante” (2006: 07). No hospital psiquiátrico, o “vigilante”, em sua postura ativa e forte, era aquele que, sem possuir um olhar científico, fornecia importantes informações sobre os *pacientes*. O “vigilante” era, então, aquele que, por meio da observação, formulava um discurso constitutivo do saber médico.

Os *profissionais* no CAPS Esperança, por sua vez, diferente do “vigilante”, possuem um olhar objetivo capaz de analisar e formular um saber que será compartilhado e discutido de forma coletiva. Para que isso fosse possível, eles seguiram cursos de formação em saúde pública e, atualmente, muitos fazem formação em psicanálise, além de participarem (ou terem participado) de cursos de formação continuada. O investimento na formação do *profissional* foi um dos pontos

fundamentais para que essa nova tecnologia de *cuidado* se estabelecesse e se tornasse eficaz.

Com esse sistema de informação, os *profissionais* avaliam a forma de funcionamento de suas práticas. A seguir, descreverei de forma sintética os acontecimentos que permitiram a reformulação das práticas psiquiátricas, tendo como efeito uma nova forma de organização tática das intervenções terapêuticas.

6.1. A reformulação das práticas psiquiátricas e a produção do sujeito

Neste tópico, pretendo expor como a reformulação das práticas psiquiátricas e da psicanálise permitiram a criação de uma nova tecnologia de *cuidado*. Em um primeiro momento, com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, houve um processo que introduziu a assistência psiquiátrica na clínica médica (cf. Cardoso, 1999: 40). Em um segundo momento, a psiquiatria recuperou as práticas psicanalíticas e inventou a *clínica ampliada*. O funcionamento desta última permite uma relação democrática do exercício do poder no interior da *equipe*. Pretendo expor de forma sintética o modo como as práticas da psicanálise foram atualizadas pelos *profissionais* do CAPS.

Para tanto, é necessário retornar a uma emergência histórica que fez com que a psiquiatria rompesse com o saber médico clínico. Esse acontecimento produziu uma singularidade no discurso sobre aqueles considerados insanos, devolvendo o poder da fala para estes sujeitos, alvos das intervenções terapêuticas. Para Birman (1978: 209), em 1893, Freud elaborou uma demonstração teórica dos sintomas histéricos, porém não reduzidos ao corpo anatômico, e sim a uma anatomia imaginária estabelecida pela decifração dos fantasmas de um corpo simbólico. De fato, a fala do *paciente* constitui este corpo simbólico, opondo-se aos processos interiores da organização anatomofuncional. A psicanálise rompe, portanto, com a forma de avaliação da clínica

anatômica para seguir a lógica do inconsciente, das representações, reduzindo, assim, a enfermidade ao conflito estabelecido no impedimento da realização do desejo e do prazer. O corpo simbólico, descrito por Freud, contrapõe-se ao corpo investido por um saber, que analisa os fenômenos fisiológicos pela via da anatomia patológica. Nessa perspectiva, a morte tornou-se um objeto de saber quando, ainda no século XVIII, as autópsias se tornaram a fonte desse conhecimento. A utilização de cadáveres era uma necessidade médica para suprir seu apetite científico (cf. Foucault, 2008: 138). Nessa época, a doença foi considerada um sujeito ativo que investia seu mal sobre o organismo. A análise objetiva feita pela anatomia permitia entender o processo patológico da doença, manifestada em elementos e fenômenos reais na superfície perceptível do próprio corpo. O olhar clínico possibilitou uma mudança na forma de observação, uma fidelidade com os dados e a utilização de um empirismo objetivo.

Um dos efeitos desse acontecimento foi a criação de um novo discurso sobre o indivíduo. O método analítico transformou a clínica na ciência dos casos. Desse modo, a doença foi considerada individual, pois sua ação desenvolve-se na forma da individualidade. As modulações individuais materializaram-se em uma complexa conceituação da morte e na elaboração de uma linguagem científica que fez emergir um conhecimento sobre o indivíduo. No início do século XIX, o corpo anatomopatológico foi investido pela medicina mental, e a loucura transformada em uma enfermidade. Nessa época, a loucura mediada pela moral não podia falar a linguagem de seu desatino, sendo considerada uma patologia produtora de uma verdade sobre si mesma (Foucault, 1999: 336).

Segundo Birman (1978), a prática psicanalítica dispõe-se a restaurar o desejo pela análise meticulosa das representações do inconsciente. O corpo para o prazer é a verdade a ser revelada pelo discurso dos *pacientes* sobre seu estado mórbido.

Contrapondo-se ao dispositivo técnico do tratamento moral, a psicanálise, no fim do século XIX, não procura apenas a eliminação dos sintomas, mas sua transformação pelo resgate das lembranças. O sintoma, considerado uma produção do espírito, é considerado um caminho para a cura. Ao postular um significado para o sintoma e a suposição de uma verdade oculta, a psicanálise revela o sujeito em um estado patológico e a importância de sua colaboração para a existência do tratamento. O paciente é deslocado de um papel obediente para aquele de quem investiga sua própria verdade.

Ao longo da história, as práticas psiquiátricas oscilaram entre uma vertente fisicalista e uma vertente moral no tratamento das perturbações. Esta última desenvolveu-se com a psicanálise, após a Segunda Guerra Mundial, em contraponto à perspectiva biomédica, à chamada “nova psiquiatria” ou à “psiquiatria dinâmica”. Segundo Venâncio (1990: 88), a psiquiatria foi influenciada ora por um saber psicanalítico, ora por movimentos sociais (como a antipsiquiatria), ou ainda pela perspectiva da psiquiatria democrática e, em alguns momentos, pela psiquiatria comunitária, que procuraram elaborar a concepção social da doença mental por meio de um vínculo entre o indivíduo e a sociedade — aqui entendida como comunidade. No início do século XIX, o doente mental era considerado um alienado (tanto social quanto em si mesmo), que podia ser apreendido, por ser igual a todos os outros seres humanos. A loucura foi capturada pelo conceito de alienação e, posteriormente, pela classificação de doença mental. Em sua prática, o saber psiquiátrico afirma de forma incansável a alteridade, a diferença e a alienação. Primeiramente, a alteridade foi constatada nas dimensões físicas para, em seguida, ser considerada no âmbito moral. Em meados do século XX, a psiquiatria retomou a perspectiva biológica com a neurociência, a neurologia e a psicofarmacologia. Contudo, assim o fazendo, ela não conseguiu desfazer

as implicações referentes à dimensão moral, isto é, à dimensão afetiva e psicológica das perturbações físicomorais do indivíduo.

Para Venâncio (1990: 91), a “nova psiquiatria” resolveu essa tensão, ao se contrapor à “psiquiatria tradicional” (organicista, que utilizava como prática os psicofármacos e o eletrochoque), voltando-se para a dimensão moral, subjetiva e psicológica. A psiquiatria clássica buscou entender os mecanismos intrapessoais que caracterizavam a alteridade do doente mental e o lugar de sua singularidade. A “nova psiquiatria”, por sua vez, considera a alteridade como significativa do indivíduo, ou seja, aquilo que caracterizaria sua subjetividade que, por sua vez, não está dissociada de seu sofrimento. Desse modo, o indivíduo deveria ser compreendido a partir de sua dimensão intrapessoal ou subjetiva. É a partir da ideia de que qualquer pessoa, incluindo o doente mental, pode ser pensada a partir de sua subjetividade, que a “nova psiquiatria” reinvoca toda a positividade do valor “indivíduo” que, em sua experiência com a interioridade funda a noção de sujeito. Nesse momento, o doente passa a ser considerado sujeito a partir de sua saúde mental e pela capacidade de tornar-se saudável, ou melhor, de adaptar-se às normas. Este processo lhe possibilita a aquisição do mesmo estatuto dos demais indivíduos, além de afirmar de forma objetiva sua subjetividade. Ao mesmo tempo, esta última é igualmente expressa por meio do sofrimento e justificada por condições objetivas vivenciadas na experiência cotidiana e, frequentemente, atribuídas à sua construção subjetiva.

Antes de passar para a descrição das práticas preventivas atuais, é preciso descrever de que modo a psicanálise influenciou o saber médico psiquiátrico em suas condutas terapêuticas de intervenção e sujeição dos *pacientes*.

6.2. Uma exposição sobre a teoria nativa dos sujeitos

Todos os indivíduos que chegam ao CAPS Esperança e passam pelo atendimento, *triagem* ou *acolhimento* são considerados *sujeitos*. Ou seja, *sujeitos* constituídos pelo mal estar e seus *sofrimentos*. Somente ele é capaz de elaborar um saber sobre aquilo que está sentindo e experimentando. Para os *profissionais*, “o *sujeito* é tudo que há de mais particular em cada pessoa”, por isso a importância dada à *escuta terapêutica*, que teria a função de conhecê-lo melhor. A influência da psicanálise nas práticas terapêuticas do CAPS levou a uma prática contínua de descoberta da verdade por meio da fala do *paciente*.

Nessa instituição, os corpos vão tomando forma na produção dos *sujeitos* caracterizados pelas informações que os *pacientes* fornecem a respeito de sua vida, de seu *sofrimento*, daquilo que faz de um sintoma uma particularidade sua, sua singularidade somática. O *sujeito* é, também, o estado das manifestações mórbidas no corpo do *paciente*, em um momento muito específico, quase ritual, que é o momento da fala. É exatamente no momento em que o *paciente* fala de si que acontece o “aparecimento do sujeito” pois, segundo meus interlocutores de pesquisa, “o *sujeito* é o que há de mais íntimo em cada *paciente*”. A fala propicia o surgimento de sua singularidade, ou daquilo que o diferencia dos outros. A diferença é uma condição, física ou psíquica que produz uma dificuldade em estar no mundo. A capa que ilustra a abertura do último jornal *C@ndura*, editado pelo Cândido Ferreira, traz escrita a frase: “pelo direito de ser diferente” (2009). Podemos igualmente perceber o discurso de afirmação da diferença na afirmação de um *profissional* do Cândido Ferreira, exposta por ocasião de uma palestra sobre a interdependência entre a clínica e a instituição:

Na clínica transdisciplinar, o analista, por ser constantemente afetado e se suportar assim, consegue permitir o encontro e o embate de muitas vozes, de dissonâncias e a permissão para uma existência humana [do paciente], contraditória, errante, nômade em si; alojamento da diferença.

Contudo, no processo de *ressocialização*, a diferença não foi pensada, por exemplo, como solução para eliminar a diferenciação do *paciente* (cf Venâncio, 1990: 84). O que procuro constatar aqui é que, mesmo com a influência da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda hoje, os *profissionais* do CAPS Esperança não pretendem mudar a sociedade ou criar um mundo solidário para o *paciente* da saúde mental. Procura-se *cuidar do sujeito*, a partir do reconhecimento de sua diferença, porém não como desvio ou como um defeito no funcionamento bioquímico. Existe uma complexidade no processo de saúde/doença que constitui o *sujeito* e que ultrapassa as explicações orgânicas. Segundo os meus interlocutores, a doença ou o *sofrimento* produz subjetividades diversas.

A *clínica* operada no CAPS também encontra argumentos para justificar as intervenções medicamentosas, argumentos estes que aparecem na fala do *paciente*. Assim, sua *demanda* é transformada em sintoma, e a intervenção terapêutica colocada em prática na ação da substância medicamentosa. A questão que se coloca é a seguinte: por que não utilizar um medicamento para reduzir o *sofrimento*? Essa pergunta questiona os limites da racionalidade terapêutica e seu *cálculo* é elaborado a partir da eficácia da experimentação medicamentosa. O *profissional*, por sua vez, justifica sua intervenção, colocando-se em uma posição solidária aos valores “humanistas”, em defesa do “sentido da vida” e de uma “melhor qualidade de vida” (infra 6.4). Este “humanismo”, por um lado, posiciona-se a favor da participação ativa e *democrática* dos *pacientes* na gestão de suas relações, conexões e laços sociais, considerando o *sujeito*, sua subjetividade, seu *sofrimento*, sua interação com as substâncias medicamentosas e sua relação com a realidade social. Essa posição “humanista” foi

influenciada pelas experiências de desinstitucionalização italianas. O “otimismo da prática”, como foi chamado por Basaglia (1979), foi capaz de produzir uma transformação na ideia socialmente construída sobre a periculosidade do doente mental. No próximo tópico, descreverei a relação entre o *profissional* e o *paciente*, mediada pelo *vínculo de transferência*.

6.3. O sujeito e a dinâmica da transferência

Para meus interlocutores, a *escuta terapêutica* significa ouvir o que o *paciente* “traz como *demanda*” e saber entender o que “há por traz desse pedido”. Esta relação de *escuta* estabelecida entre os técnicos e o *paciente* pode ser intencional ou espontânea. Intencional no sentido de que os técnicos *escutam* os *pacientes cuidados* por sua *miniequipe*, ao mesmo tempo em que *escutam* os *pacientes* de sua *referência*, isto é, aqueles *sujeitos* com os quais o *profissional* estabelece uma relação de *transferência*, pensada como um instrumento que permite o acesso a seu saber.

De acordo com a análise de uma psicóloga do CAPS, realizada em sua dissertação de mestrado, para Lacan (1998), a relação de *transferência* ocorre pela via da erotomania:

...o psicótico está numa posição de objeto do Outro. Está exposto a uma invasão sem barreira e, se o trabalhador da saúde mental não tiver conhecimento da singularidade dessa estrutura, poderá ocupar um lugar invasivo ou de perseguidor. Para o sujeito psicótico, quem sabe, quem tem certeza, é ele. Portanto, é importante operar com o saber do paciente e não com um saber sobre o paciente (...). Ciente de como a transferência se dá na psicose, fica mais fácil saber qual ferramenta utilizar naquele momento e para aquele caso (Vitullo, 2009: 28).

A *clínica* desenvolvida no CAPS caracteriza o sintoma como uma propriedade exclusiva do *sujeito*. Segundo a psicóloga da instituição, “há sintomas típicos de cada estrutura, porém o sentido de um mesmo sintoma é distinto em sujeitos diferentes e está

articulado às experiências individuais” (Vitullo, 2009: 32). Percebe-se, com isso, que a noção contemporânea de *sujeito* é reinventada, contemplando o seu sintoma. Desta forma, podemos dizer que os *profissionais* estão interessados em definir o *sujeito*, o que lhes possibilita um *cálculo* (supra 4.1.) eficaz da intervenção terapêutica, feita a partir da prática da *transferência*, que é utilizada como um instrumento para o estabelecimento da interação e da intermediação dos *afetos*. Uma psicóloga do CAPS falou-me a respeito da mediação verificada entre o *técnico* e o *paciente*, que implica uma relação de afinidade:

A clínica da psicose tem a ver com a construção da rede no interior da equipe. O paciente, quando chega, é apresentado para os profissionais de sua miniequipe. O paciente psicótico é diferente do neurótico, que só confia em um profissional para atendê-lo. O paciente Renato é um exemplo diferente, pois ele gosta de ser atendido por mim. E se eu estiver de férias, ele não conversa com ninguém. Ao contrário de outros que mantêm uma relação interessante com toda a miniequipe. É o paciente que escolhe com quem ele quer falar; se ele procura a gente, nós atendemos.

A psicóloga assumiu a posição política de atender o *paciente* que a procurou, mesmo não sendo ela a *profissional* de sua *referência*. Essa *atuação* é descrita como uma posição ética que se baseia no atendimento a todos aqueles que chegam procurando ajuda. No CAPS Esperança, o *paciente* é considerado um *sujeito* que deve ser respeitado e atendido por um *técnico* que com ele mantém uma “boa relação de transferência” e que se tornará *responsável* por ele, em última instância.

Descreverei, a seguir, a *atuação* dos *profissionais* em um *grupo de tratamento*. Na própria dinâmica de funcionamento do grupo, pode-se perceber os elementos que compõem o *sujeito* e a lógica em que é inserido a partir de seu discurso. Em um *grupo de tratamento* (do qual participavam os *pacientes*, a médica e mais dois outros *profissionais* da *miniequipe*), uma *paciente* afirmou que estava grávida. Ela falou para a médica psiquiatra que tinha parado de tomar o remédio, pois tinha medo de fazer algum

mal à criança. A médica lhe respondeu que ela não poderia parar de tomar a medicação de forma abrupta. Vejamos parte desse diálogo:

A médica disse: “Já tirei uns medicamentos e diminuí outros. O Haldol é o remédio mais indicado em casos de gravidez. Esse remédio que você está tomando não faz mal, pelo contrário, é o mais indicado para grávidas”.

A paciente perguntou: “Dra. Ângela, eu sou doente?”

A médica respondeu de forma calma, mas com outra pergunta: “O que você acha?”

A paciente disse assim: “Meu pai fala que eu e minha irmã somos doentes.”

Nesse momento, outro paciente começou a rir.

A médica perguntou: “Por que você riu Pedro?”

Pedro respondeu: “Eu não acho que ela é doente, só toma remédio para parar as perseguições.”

A médica: “Mas perseguições não é doença?”

Pedro respondeu: “Sim.”

A paciente respondeu que se sentia melhor porque, antes, ouvia muitas vozes e agora isso não acontecia mais. Afirmou também que gostava muito de ir ao CAPS, pois tinha muitos amigos e, em sua casa, só tinha as filhas: “Aqui, eu tenho amigos e, se não fosse ao CAPS, eu estaria em casa isolada”.

Pode-se perceber, no discurso da *paciente*, a afirmação de que alguns sintomas lhe provocavam certo mal-estar, assim como a melhora de sua condição de existência a partir da afirmação de que se sentia melhor após ter iniciado o tratamento na instituição. A *paciente* afirmou que, ao ter seus sintomas controlados, conseguiu estabelecer relações de amizade com outros *pacientes*, relações estas que a impediam de ficar em casa isolada.

A relação de *transferência* é pessoal e estabelecida por meio de um *vínculo* de afinidade. Desse modo, é possível perceber que, em última instância, é ela que determina qual (ou quais) os *profissional(is)* da *equipe* irá (irão) *escutar* determinado *paciente*. Esse *vínculo*, espontâneo e frágil, deve ser fabricado de forma ativa e incansável. Nesse processo, a *equipe* adquire informações importantes e estratégicas visando formular o *calculato terapêutico*.

Segundo meus interlocutores, o médico atualiza as prescrições a partir das informações dos *pacientes*. No entanto, estes últimos reaparecem por meio dos sintomas e da doença para, em seguida, serem redefinidos como *casos* e reconstruídos como *sujeitos*. O *sujeito* não precede a relação, sendo por ela constituído. O que se revela

como “indivíduo” é o resultado de uma configuração de múltiplas forças. Assim, sua subjetividade é produzida na própria relação terapêutica, o que possibilita ao *profissional* entender o *sujeito* por meio da *transferência*. Sua vida é considerada uma potência que pode ser identificada por meio de sua história de vida. Sua singularidade é indicadora de seus desejos e de suas possibilidades de transformação. Em resumo, os *profissionais* refletem sobre a vida dos *sujeitos*, *responsabilizando-se* por situações inesperadas que permitem pensar uma possibilidade para predizer um futuro sem *sofrimentos* e digno de ser vivido (cf. Biehl, 2008: 423).

Sua posição na elaboração de suas práticas, principalmente àquelas relacionadas à produção de *cidadania*, *autonomia* e ao *ponto de estabilização* são assuntos que serão discutidos, a seguir, no próximo tópico.

6.4. O manejo da cidadania

A superação do conceito de doença constitui o aspecto mais importante para a modificação do modelo manicomial, segundo Amarante (2001: 79). Isto não quer dizer que seja preciso negar a experiência particular do delírio ou da alucinação. Negar a doença seria o mesmo que negar a capacidade do saber psiquiátrico de explicar o fenômeno do transtorno mental. Contudo, isto tampouco significa que se negue a existência do *sofrimento* ou de um mal-estar. Essa forma de abordagem coloca em funcionamento uma tecnologia que considera a complexidade dos problemas do *sujeito*. Para o autor, essa complexidade deve ser potencializada como diferença ou como uma forma diferente de relação com o mundo. Nessa perspectiva de *cuidado*, os *profissionais* criam novas subjetividades — em contraponto com as interpretações que consideram a loucura uma doença mental, incapacidade, erro ou inferioridade.

De modo análogo, a desinstitucionalização pautada na complexidade do *sujeito* não procura mais a cura da doença, tendo em vista que ela se torna antes, um projeto de invenção de saúde, *autonomia*, *cidadania*, produção de subjetividade, relações sociais e criação de *vínculos*. Segundo uma enfermeira do CAPS, em determinados momentos, o tratamento oferecido pela instituição tem como objetivo a *crise*, o sintoma e o *sofrimento*. Porém, não se trata de *cuidados* investidos para curar os *sujeitos*, “não é uma questão de doença apenas”. Como afirmou uma interlocutora da pesquisa:

Nós estamos voltados para o atendimento à crise. A gente visa isso no paciente, o grupo de tratamento visa como é que foi a semana. Isso, pelo viés da doença, não tem como negar. [Diferente do cotidiano de uma equipe que trabalha na] moradia, às vezes, você até esquece o remédio, esquece que existe a doença. E, hoje, os pacientes da casa quando estão em crise, para onde eles vão? Para o leito noite do CAPS! Algumas crises são tratadas no domicílio. Uma das críticas [feitas ao modelo] é o fato do CAPS ser a única forma de oferecer um tratamento; assim a gente faz manicômio de novo...

A intervenção terapêutica tem como objetivo atingir um patamar em que o *paciente* se mantenha *estável* e, ao mesmo tempo, possa viver com qualidade de vida e *autonomia*. Para meus interlocutores de pesquisa, existe uma preocupação com o *tempo do paciente*, isso quer dizer que cada um reage e se recupera de uma determinada maneira. A discussão sobre o *ponto de estabilização* aconteceu em um *grupo de estudo* durante o qual os *profissionais* leram uma apresentação sobre a clínica da psicose. O texto, elaborado e apresentado pelo médico psiquiatra do CAPS Esperança no *Centro de Convivência Portal das Artes*, falava sobre um *paciente* tratado na instituição:

Um paciente grave tratado pelo CAPS já foi considerado um sujeito folgado por alguns profissionais. Mas, semanalmente ele vem prestar contas do seu trabalho. Acorda cedo e acompanha sua esposa até o ponto de ônibus, depois se ocupa de seu filho pequeno de três anos, de arrumá-lo e levá-lo até a escolinha. Não é possível reconhecer aqui um trabalho? Mas esse paciente não participa das oficinas no CAPS e, muito menos, está inserido no mercado de trabalho...

Esse pequeno fragmento do texto levou os *profissionais* a discutirem sobre o *ponto de estabilização do paciente* que, nesse caso, estaria relacionado a um hábito. As

atividades que o *paciente* realiza em seu dia a dia ocasionaram uma reflexão a respeito do valor do trabalho. Os *profissionais* consideraram como “trabalho” as tarefas realizadas pelo *paciente*, ainda que não constituam, de fato, um trabalho registrado ou formalmente instituído.

No hospital psiquiátrico, como afirmou o médico psiquiatra do CAPS em sua apresentação sobre a rotina institucional, existia o “apagamento do sujeito enquanto manifestação do particular, ou seja, de sua subjetividade” ou, ainda, “a massificação e o desaparecimento do sujeito verificado em rotinas de filas”. Ou seja, as rotinas disciplinares do hospital psiquiátrico englobavam práticas minuciosas de distribuição dos indivíduos no espaço e um controle do tempo. As novas instituições, que compõem o tratamento realizado pela *Rede* de atenção à saúde mental do Cândido Ferreira, tais como os *Centros de Convivências* e os CAPS, permitiram um *cuidado* mais sutil e particular ou, como afirmam meus interlocutores, “uma maneira discreta de empreender um tratamento a partir das necessidades de cada sujeito”.

Ainda de acordo com estes últimos, desde sua criação, o CAPS foi associado — por *profissionais* que trabalham em postos de saúde, por *profissionais* da área de saúde mental, por *pacientes*, por familiares de *pacientes* — à ideia de ser um espaço de atividades terapêuticas. Porém, elas não são elaboradas para entreter os *pacientes*. Como afirmou o médico psiquiatra, o processo de reabilitação psicossocial não pode ser um pretexto para deixar o *paciente* entretido, “fazendo de conta que a vida está sendo vivida”. As atividades são entendidas como uma solução criativa para a psicose, já que permitem ao *sujeito* experimentar viver algo elaborado a partir de sua necessidade. Por ser algo ligado diretamente aos seus desejos, o *paciente* se vê impulsionado a participar ativamente das relações institucionais e se responsabilizar por sua manutenção.

Psicóloga: “Existe a ideia de que o paciente vem para o CAPS para fazer uma atividade; porque não é bom o sujeito ficar em casa sem fazer nada o dia inteiro...”

Médico: “Existe essa imagem que circula na *Rede*: ‘CAPS enquanto lugar que tem atividade’”.

Terapeuta Ocupacional: “Em um tempo não muito distante, no Hospital-Dia, o medo de ter alguma coisa que lembrasse o hospital psiquiátrico poderia estar mostrando fracasso do nosso trabalho. Paciente deitado no chão — se bem que isto me incomoda até hoje — fora de atividade ou fora de grupo. Nós combinamos de arrebanhar e levar para o grupo de atividade, sob qualquer condição, os pacientes dispersos.”

Psicóloga: “Os que ficam deitados são os pacientes que já passaram por internações. Mas, enfim, como pode ser terapêutico um sujeito ficar aqui o dia inteiro sem fazer ‘nada’? Isso dá uma impressão de família na posição de fazer com que o paciente fale no momento adequado e se comporte de um jeito que seja mais próximo do normal.”

Para meus interlocutores de pesquisa, todas as atividades que o CAPS oferece são consideradas terapêuticas, mas não estão, necessariamente, ligadas a uma ocupação formal. O *paciente* é considerado um *sujeito* constituído por suas idiossincrasias, por suas limitações e diferenças. Faz parte da prática do *profissional* inventar estratégias para ajudá-lo a superar certos obstáculos como limitações físicas ou subjetivas. Assim como explicou-me um interlocutor de pesquisa, sua *atuação* investe sobre as questões subjetivas, ou seja, nos limites impostos pelos *sofrimentos*, tristezas, angústias e, frequentemente, pelas alucinações. Podemos observar este aspecto no diálogo abaixo, no qual um *profissional* do CAPS analisa as questões referentes à subjetividade:

A principal necessidade que eu vejo é ter na instituição um anteparo pra conseguir estabelecer um laço social. O terapeuta entra em momentos muito íntimos naquilo que beira a posição subjetiva do paciente. Na psicose, esta posição, pela orientação que eu tenho, ela não vem como vem para gente na neurose; o sujeito é convocado a responder e não responde, e isso vem como um delírio/alucinação que o paciente não responde, e que a gente está ali para dizer: “você pode fazer algo melhor com isso, com essa lei universal”.

Segundo uma enfermeira do CAPS Esperança, é *responsabilidade* do *profissional* ajudar o *paciente* a conquistar sua *autonomia* e *cidadania*. Sua estratégia consiste em colocá-lo na situação de realizar uma ação como se estivesse sozinho. A partir do diálogo abaixo, é possível constatar o que o *profissional* entende por *cidadania*, ao falar sobre sua postura na realização do AT (acompanhamento terapêutico). Vejamos sua explicação:

[...] um paciente no primeiro AT, quando eu perguntei se estava tudo bem a gente ir de ônibus, ele disse assim: “você não entende, eu vivi mais dentro do hospital psiquiátrico do que na rua, eu acho que eu sei ônibus”. E ele sabia. Ele ativou uma lembrança. Esse AT, eu fiquei muito impressionada, é um bom exemplo de cidadania. Pois esse paciente era levado pela família para realizar suas atividades. Aí ele vai me levar, porque eu faço de conta que não sei. E eu posso fazer que eu não sei porque ele nasceu em Campinas e algum saber ele tem sobre aquele lugar. Ou que a gente vai dar uma solução juntos para isto, vamos perguntar para alguém no ponto. Enfim, ele lembra do ônibus. Só que assim, ao invés da gente seguir do ônibus até o Itaú do centro, eu aponto uma placa no bairro em uma agência pequena. Aí ele me pede pra digitar uma senha no caixa eletrônico, eu falo assim: “José, você tem direito de pegar essa fila aqui que é uma fila preferencial” [Paciente diz]: “Não. Eu nunca fiz isso, minha irmã me levava nesse caixa”. Eu começo a digitar a senha e eu mesma não consigo pela quantidade de informações que aquele caixa pede. Daí, ele fala assim: “Você acha que esse moço do banco pode não tirar meu dinheiro?” Eu fico pensando quantas coisas não passam pela cabeça dele... Eu respondo que não. Porque eu costumo fazer isso em outro banco. Daí na hora de digitar a senha, ele diz assim: “Eu não sei o número”. Tudo isso eu acho que é cidadania, tudo isso eu acho que está no campo do direito, que eu só pude ver com esses pacientes dentro do CAPS.

Para meus interlocutores, a *cidadania* é a possibilidade que o *paciente* encontra para conseguir fazer coisas habituais do seu cotidiano em uma realidade social exterior ao hospital psiquiátrico. Isto se faz a partir da produção de uma rotina de hábitos, criando novas relações e vínculos, restabelecendo laços familiares, aprendendo a lidar com novas situações (como aprender a usar o caixa eletrônico, a usar seu benefício, a fazer compras, a preparar os alimentos). Ao mesmo tempo, tal situação é também produtora de subjetividade, *autonomia*, *cidadania* e de “uma nova forma de estar no mundo”. A invenção da subjetividade produz a possibilidade de ser *autônomo*, isto é, de cuidar de si.

O *manejo* da *cidadania* acontece nas intervenções dos *profissionais*, que procuram ensinar aos *pacientes*, principalmente àqueles que por anos moraram em hospitais psiquiátricos, uma maneira de viver e de se adaptar a essa nova realidade. Canguilhem (1966: 196-197), ao analisar os conceitos de normal e de patológico, afirmou que a saúde não está relacionada com a normalidade, e sim com a capacidade de ser normativo, ou seja, de se adaptar e instituir novas normas. Assim, as estratégias terapêuticas investem na produção de *autonomia e cidadania* como uma possibilidade de os *sujeitos* as estabelecerem. Desse modo, a saúde do *paciente* é atravessada por um

conjunto de estratégias complexas. As táticas de *cuidados* são formuladas de forma coletiva e, às vezes, as ações têm efeito sobre o jogo da resolução dos problemas, vivenciado pelos *sujeitos* no cotidiano de suas existências. As condutas terapêuticas estão em processo de avaliação constante quanto à eficácia dos seus resultados no *cuidado com os pacientes*.

Enquanto os *profissionais* em suas práticas relativizam as concepções de normal e patológico, a noção de normalidade sempre possibilita uma intervenção. Seu objetivo, para meus interlocutores, está em possibilitar aos *pacientes* de saúde mental, considerados *cidadãos*, uma vida com menos *sofrimento*, pois este último, apesar de ser algo que constitui o *sujeito*, pode levá-lo a uma *crise* que acabaria, ao menos por um tempo, com sua *autonomia*, com seu direito de ir e vir, com sua liberdade de *cidadão* que pode viver fora de uma instituição de confinamento. O *cuidado* instrumentaliza as subjetividades por meio de estratégias individuais de interação com uma realidade social que faz parte da vida do *paciente*. As intervenções acontecem quando o *sujeito* possui alguma dificuldade nesta interação, que tem como efeito um *sofrimento*.

Desse modo, os *profissionais* do CAPS produzem *vínculos* nos espaços institucionais, onde o *paciente* estabelece relações com os demais e com as pessoas que frequentam esses espaços. O espaço institucional de interação era estimulado e concebido, pelos *profissionais*, como uma forma de *ressocialização*. O mesmo verificou-se na análise realizada por Dias (2007: 146) em um CAPS na cidade de Pedreira, no estado de São Paulo. Para o autor, sua função era igualmente a *convivência*, bem como o processo de *ressocialização* dependia dos espaços institucionais, dos *profissionais* e da *Rede* de instituições. Contudo, tal processo não existia fora da instituição ou sem a mediação dos *profissionais*.

Assim como apontou Marques (comunicação pessoal), as relações de solidariedade estabelecidas na produção de conexões e alianças que partem do indivíduo permitem desempenhar um papel que viria a suprir um vazio provocado por nexos institucionais, por situações econômicas precárias, pela falta de relações solidárias e de relações familiares. Dessa maneira, os laços criados pela via interindividual como as relações de amizade, de solidariedade, de afinidade e afeto viriam a amenizar o abandono e a mascarar certas desigualdades, contudo, não permitem a *autonomia* dos *sujeitos* em relação aos laços institucionais.

Por meio de um exemplo etnográfico, pretendo expor de que modo três *profissionais* do CAPS Esperança descreveram um *caso clínico* em que a *paciente* precisou passar por várias instituições para ser tratada. Nessa descrição, podemos observar como os *profissionais* de várias instituições são acionados para “desimpedir os fluxos de informação sobre o *paciente*”. Vemos, também, como as políticas sociais são colocadas em prática em um exercício de gestão de um *sujeito* que necessita, conforme a avaliação ética da *equipe*, ter sua vida institucionalizada, diante da gravidade de seu quadro *clínico* e da precariedade socioeconômica em que ela se encontra. Vejamos o relato de uma psicóloga:

Paciente foi internada no Cândia por três meses. Em uma de suas tentativas de suicídio (com Carbamazepina [antiepiléptico]) foi encaminhada da Unicamp para o NAC [Núcleo de Atenção à Crise]; foi para a UBS [Unidade Básica de Saúde] e não deu muito certo. Foi fazer novamente o tratamento na Unicamp, tinha um tratamento clínico com um endocrinologista. Acabou mais uma vez no NAC (em fevereiro de 2006, e ficou dois meses internada), foi encaminhada para o CAPS e teve uma complicação clínica. Era uma pessoa autônoma, que conseguia ir e vir, mas tinha toda uma dependência clínica que a gente não tinha acesso às informações. A médica ficava ansiosa, sem saber o que a paciente tinha clinicamente. Em uma escuta terapêutica, nós descobrimos que sua doença clínica era muito grave, e que ela trazia consequências como uma depressão orgânica (que a gente não sabia como ela ainda estava viva de tão grave que era seu quadro). Paciente teve um AVC [Acidente Vascular Cerebral] e foi internada na PUC; ficou completamente dependente. A PUC ligou para o CAPS e avisou que a paciente estava internada e não tinha condições de levantar sozinha. Conversamos com a dona da pensão que afirmou não poder cuidar dela. Ela foi para o Núcleo [Núcleo Clínico do Cândia Ferreira] e não teve uma evolução suficiente para voltar para a pensão. Ela anda com cadeira de rodas, dependente, não tem família. Se não fosse o Núcleo, onde ela estaria?

No trecho citado, é possível observar uma série de instituições – integrantes da *Rede* de saúde mental em Campinas — que foram articuladas para tratar a *paciente*. Por meio de uma *escuta terapêutica*, a *equipe* do CAPS descobre que a *paciente* tem uma complicação clínica muito grave e, sobretudo, após sofrer um acidente vascular cerebral, ela fica completamente dependente dos *cuidados* institucionais oferecidos pelo Núcleo Clínico. Pode-se observar a relação de dependência dos *pacientes* da *Rede* de saúde mental por meio das relações que estabelecem e que, na maioria das vezes, são condicionadas pelos espaços institucionais e pelas pessoas ligadas às instituições, o que limitaria, assim, um universo de relações existente em uma realidade social exterior a estes espaços estabelecidos em *Rede* (cf. Dias, 2007: 208).

A *atuação* dos *profissionais* do CAPS Esperança tem como função proporcionar condições para que o *paciente* produza a sua realidade social. De acordo com o relato de um interlocutor de pesquisa:

Se nós tivéssemos os conselhos locais mais tempo funcionando e as associações de familiares funcionando, eram eles que teriam que brigar com o governo para ter verba. Nós temos **que gerar assistência e colocar os pacientes em condição de fazer o social** (*grifos meus*).

No discurso do *profissional*, é possível perceber que o objetivo dessa nova tecnologia de *cuidado* é ajudar o *paciente* a inventar uma nova forma de participar de sua realidade social. Nessa perspectiva, a família é convocada a participar de algumas atividades que passam a ser de sua *responsabilidade* — tais como “brigar por verba” ou por direitos. Os *profissionais* têm como meta o restabelecimento das relações familiares para recuperar os laços de sentimento e de afeto. Com a ajuda da família, o *paciente* torna-se mais independente da instituição, mas não fica livre das intervenções terapêuticas e do medicamento. Enfim, a família fornece aos *profissionais* informações sobre o *paciente* e o encaminha para a instituição se estiver se sentindo mal. Cabe aos primeiros a produção de novas práticas terapêuticas, ao mesmo tempo em que os

pacientes cuidados devem viver e produzir este social por meio da fabricação de *vínculos*, relações e laços sociais. Veremos a seguir, no próximo tópico, como se configuram essas práticas.

6.5. A composição dos sujeitos na invenção de novas relações

A relação terapêutica configura-se, atualmente, por uma relação de contrato e não mais de tutela, conforme afirmam os *profissionais* do CAPS Esperança. Isso quer dizer que esta última, considerada uma relação de dependência estabelecida entre o *paciente*, os *profissionais* e a instituição, foi questionada pelos *técnicos* que procuraram modificá-la por meio da produção do contrato terapêutico.

Os meus interlocutores afirmam que, no hospital psiquiátrico, existia uma “relação de tutela mais evidente” e também de dependência pessoal. No CAPS, por sua vez, a relação terapêutica reafirma a dependência pessoal dos *pacientes*. O processo de reabilitação ocorre na direção de uma individualização do *paciente*, na construção de relações pessoais e de *vínculos*, possibilitadas pelas relações de *transferência* e por um tratamento particular elaborado a partir da subjetividade de cada *paciente*. Em decorrência disso, foi necessário que os *profissionais* produzissem uma assistência diferente das práticas “desindividualizantes” e “institucionadoras”, características das instituições manicomiais, promovendo, desse modo, “o surgimento de um indivíduo instituinte e criador” (Furtado, 2001: 48). A assistência oferecida pelo CAPS tem, portanto, uma função diferente. Segundo seus *profissionais*, a relação estabelecida pelo contrato terapêutico permite ao *paciente* sair da condição de passividade e atuar como um ator no plano de *cuidado* traçado por seu Projeto Terapêutico Individual (PTI). Com isso, ele é *responsabilizado* por seus atos e por seu tratamento.

O discurso que afirma a irresponsabilidade do paciente psiquiátrico por seus atos fundamenta o estatuto jurídico da tutela. Na história da psiquiatria, a tutela é uma ação sobre os indivíduos que não se submetem à ficção administrativo-jurídica do contrato social. Ao não compactuar com essa ficção, o paciente psiquiátrico foi controlado por instâncias como a família e/ou o Estado. Assim, a psiquiatria tornou-se responsável por uma prática de administração de pessoas tuteladas (cf. Silva, 2004: 85).

No CAPS Esperança, os *profissionais* procuram *responsabilizar* (infra 3.5.) os *pacientes* através de um contrato terapêutico. Este contrato direciona o *cuidado* e o *cálculo* das intervenções terapêuticas. Vejamos a seguir o diálogo entre alguns *profissionais* da instituição por ocasião de uma reunião de *miniequipe*:

Psicóloga: O Daniel melhorou, mas, ao mesmo tempo, pediu para ser tutelado financeiramente. Logo depois, falou que não é doente, que leva o dinheiro para pagar os carnês atrasados, pagando um e não todos. Daí, ele comprou um videogame para o filho. Sua esposa falou que vai entrar na justiça porque ele não paga as contas. O problema para ele é como sustentar o “lugar” de pai. Ele diz: “Eu posso e quero terminar o supletivo”. Mas ele não sustenta este “lugar”. Podemos fazer um AT para ver como é o supletivo. O paciente pegou seu cartão e fez um empréstimo de 2 mil reais.

T.O.: Não daria para ficar com o cartão e o dinheiro dele aqui?

Psicóloga: O dinheiro é o “lugar” dele no mundo. Quando ele explica que gasta seu dinheiro com os filhos... Ele se endivida e fica ansioso. Ele diz que é impotente (sexualmente também); se ele não tem dinheiro, ele não é nada! Mas se ele é impotente, com dinheiro ele tem um “lugar” no mundo. Não dá para apostar que ele vai dar conta de administrar o dinheiro.

Médica psiquiátrica: A única solução é ficar com o dinheiro dele, não vejo outra saída.

T.O.: Mas tem como a gente garantir que ele vai conseguir controlar o dinheiro?

Assistente Social: Só se a gente interdita-lo judicialmente.

Médica: Mas quem vai ficar com esse dinheiro? Quem vai ficar com esses cartões?

Psicóloga: Eu não sei se a gente sustenta isto. O pedido de internação foi por causa do problema do dinheiro, que é onde se manifesta a doença. Se a gente ficar com os cartões, ele vem aqui e destrói o CAPS.

Assistente Social: Vamos falar que vamos tratá-lo e não controlar o seu dinheiro.

Psicóloga: O combinado [no contrato terapêutico] foi eu mostrar no holerite as contas e o que sobra de dinheiro. Ele afirmou que isso deu certo porque eu não quero controlar o dinheiro dele, mas ajudá-lo a controlá-lo.

Psicóloga: Ele pediu para alguém conversar com sua família. Ele quer que digam para seu filho respeitá-lo. Ele não conversava com seu pai, agora seu filho faz o mesmo com ele (o filho faz tratamento psiquiátrico na Unicamp). Ele queria falar com os filhos e ser diferente do seu pai. A questão está na relação com o filho. Ele queria falar que não ia comprar o videogame, mas ele voltou atrás. Ele disse o seguinte: “Eu quero cuidar da minha família”. A questão é a paternidade. Será que se alguém for junto conseguirá fazer com que ele sustente esse “lugar” de pai?

No diálogo acima, podemos notar que o *paciente* pede para ser tutelado financeiramente, ou seja, pede para a psicóloga ajudá-lo a controlar o dinheiro. Um dos *profissionais* questiona a possibilidade de ficar com o dinheiro do *paciente* na

instituição. A psicóloga que o *escuta*, ou seja, a psicóloga que possui uma relação pessoal ou um *vínculo de transferência* com o *paciente* explica, a partir das informações sobre o *caso*, porque o *sujeito* estava pedindo para ser tutelado. “O dinheiro é o ‘lugar’ dele no mundo” e, à medida que o *paciente* se endivida, isso causa um mal estar. A *equipe* discute o *caso* e conclui que o pedido de internação esta relacionado ao problema do dinheiro “que é onde se manifesta a doença”. A psicóloga explica que, por meio de uma intervenção terapêutica, procurou ajudar o *paciente* a controlar seu dinheiro.

Como afirmou uma enfermeira do CAPS em um artigo, o *sujeito* pode estar em uma situação de *crise* e ter dificuldades em estabelecer relações e *vínculos*: “Os espaços de escuta de um sujeito que se encontra com menor poder contratual (na crise) e do sujeito que se encontra com maior poder contratual (*estabilizado*) são espaços institucionais distintos” (Bagnola, 2001: 171). Pode-se notar que a posição do *profissional* é *calculada* a partir do estado em que se encontra o *sujeito*. Os espaços nos quais existe um maior poder contratual são aqueles em que eles estão *estabilizados* e, dessa forma, conseguem mobilizar os *vínculos*, estabelecer relações, participar de eventos, *assembleias*, grupos e *oficinas*. Os *pacientes* são convidados a participar das atividades do *Centro de Convivência* com o intuito de habitarem outros locais e *conviverem* com outras pessoas. Assim, os espaços institucionais produzem relações contratuais, obrigações, compromissos pessoais e coletivos, *vínculos* afetivos, projetos e encontros com pessoas que trabalham nessas instituições e com outros *pacientes* que frequentam esses espaços. Contudo, o investimento dessa tecnologia de *cuidado* não é mais somente no corpo. Para meus interlocutores, as práticas terapêuticas partem da criação de ações inteligentes e de condições para que os *pacientes* se sintam atuando e, também, decidindo as políticas públicas na área de saúde mental. Assim como um *profissional* do CAPS me explicou:

Eu aprendi com os pacientes que não deve ser o trabalhador o protagonista que denuncia a barbaridade que foi a invenção do manicômio. Interessante, porque eu me lembro de quantas bandeiras eu levantei, de quantos conselhos eu participei, de toda luta que teve e da militância. É óbvio que aquilo tudo como manifestação política e ideológica **dava um lugar para o paciente diferente do pátio**. Por exemplo, vamos organizar a excursão que vai para o encontro da luta antimanicomial em Salvador. **Tinha esse caráter terapêutico**. Uma vez, a gente lotou um ônibus para ir para Bauru, e me fizeram a seguinte pergunta: “Todo mundo que está neste ônibus sabe o que vai acontecer lá?” Isto é muito importante, e depois... começar a perceber que, para alguns pacientes, isto fazia muito sentido. Como hoje é para o Sergio, que é membro do conselho local no CAPS. **Um fazer político dá um lugar de estabilização para o paciente e para outros não**. As ações políticas aparecem no CAPS de uma maneira muito discreta. À medida que nós incluímos o paciente num fórum político constituído [conselho local, representação no ministério público, assembleias, movimentos populares relacionados à Reforma Psiquiátrica] **e isto faz parte do sentido do tratamento daquele paciente** (*grifos meus*).

O trecho citado faz parte de uma conversa que tive com um *profissional* do CAPS Esperança, na qual falávamos a respeito da Reforma Psiquiátrica e de como se configuravam as ações políticas entre os *profissionais*. A participação nos movimentos de luta antimanicomial permitiu ao *paciente* situar-se em um espaço diferente do hospital psiquiátrico, em contato com outras pessoas, e isso era considerado terapêutico uma vez que fazia sentido para os *sujeitos*. Para alguns deles, o fato de estarem inseridos nesses espaços e assumirem uma posição política permitia uma possibilidade de *estabilização*. Esta última pode ser encontrada e/ou conservada em uma posição política que faça sentido para o *paciente*. O *profissional*, por sua vez, só consegue avaliar se determinada participação do *paciente* está aumentando seu poder contratual, sua *autonomia* e seu poder de troca com o mundo, quando o *sujeito* fala sobre si. Assim como admitiu um *profissional* do CAPS:

Eu acho que não é fazer para os pacientes, mas é fazer com eles. Acredito que a maioria dos 60% que trabalham com psicanálise partiram da Reforma Psiquiátrica. Todos participaram, uns mais, outros menos, da luta antimanicomial, mas a gente entendeu que isso [ações políticas] não é a chave de acesso ao tratamento. Para nós, a chave de acesso é aquilo que o paciente nos fala dentro dos grupos, dentro do atendimento individual, dentro do acompanhamento terapêutico, nas oficinas, na rua.

É possível afirmar que os *sujeitos* constituem-se de variadas formas. Os *pacientes crônicos*, por exemplo, são aqueles que possuem algum comprometimento

clínico ao mesmo tempo em que, às vezes, apresentam um quadro psiquiátrico complexo, no sentido de que precisam de um *suporte da equipe* ou de uma assistência intensiva (assistência 24 horas). O grau de complexidade está relacionado ao comprometimento que alguns deles têm devido a longas internações psiquiátricas. Em outras palavras, a psiquiatria concebe como *pacientes complexos* aqueles que possuem os efeitos de cronicidade da doença, produzidos pela institucionalização. Segundo meus interlocutores de pesquisa, tais *pacientes* estiveram por um longo tempo internados em hospitais psiquiátricos e não tiveram *autonomia* para viver o cotidiano de suas existências com uma assistência a distância – como acontecia com um grupo de *pacientes* que morava nas *residências terapêuticas*. Assim, eles não conseguiam viver sozinhos e precisavam de ajuda para fazer compras, para cozinhar e para resolver os conflitos internos da moradia. Eram chamados de *crônicos* porque não conseguiam uma *autonomia* para realizar as mínimas coisas do cotidiano como tomar banho sozinhos, preparar a comida etc. Muitos deles envelheceram na instituição, alguns tinham patologias clínicas ou ainda, dificuldades em se locomover, como os cadeirantes ou aqueles que apresentavam amputações (Azevedo, 2009: 7). O *paciente* considerado *crônico* não deixa de ser *sujeito* de seus *sofrimentos*, sendo, portanto, *escutado* por *profissionais* que procuram inventar novas formas de ajudá-lo — por exemplo, uma das residências terapêuticas do Cândido foi adaptada para um *paciente* cadeirante.

Segundo meus interlocutores de pesquisa, outro exemplo de *atuação* do *profissional* para ajudar o *paciente* a produzir sua *autonomia*, pode ser observado por ocasião dos momentos de invenção de uma forma de lidar com a realidade social. Nas palavras de um *profissional* do CAPS:

Outra coisa que eu tenho experimentado no campo da cidadania nos AT é uma posição mais da comunidade. Com o Paulo, eu não faço lugar de acompanhante do lado da deficiência física. Ele não me pede a mão, não dou a mão, não ajudo a subir no ônibus, não puxo a cordinha, ele faz tudo.

É assim, o cobrador vem e ajuda ele a levantar. Eu nunca precisei fazer nada, eu acho que isso já é proporcionar uma autonomia para o paciente fazer sozinho.

Para Mehry,⁶⁵ os *profissionais* do CAPS pensam os *sujeitos* como multiplicidade, como “vida em ato” (2007: 14). O *sujeito* é um indivíduo que vivencia um processo coletivo de produção de sua subjetividade. No CAPS, o contexto de sua produção materializa-se em situações nas quais as relações de tutela (ou de dependência pessoal) são substituídas pela invenção de relações de *autonomia* e *cidadania* dos *sujeitos*. No próximo tópico, tratarei das questões relacionadas à *responsabilização* dos *pacientes*.

6.6. A responsabilização dos sujeitos

No CAPS, os *pacientes* são *responsabilizados* por seus sintomas e *sofrimentos*. Como afirmam meus colaboradores de pesquisa, o *cuidado* terapêutico é realizado ao “se tratar o *paciente* sem fazer desaparecer o *sujeito* com seu mal estar e seus sintomas”. Assim, a estratégia dos *profissionais* consiste em identificar os desejos que surgem na fala do *paciente*, uma vez que o objetivo final é a fabricação de possibilidades para sua realização ou, como afirmam meus interlocutores, uma forma na qual o *paciente* encontre “um sentido no viver”, ou seja, a participação nas atividades deve fazer sentido para ele. Nessa perspectiva, os *profissionais* procuram fazer “aparecer” o *sujeito* no *sofrimento* de que ele padece. É na *escuta terapêutica* que adquire as informações mais íntimas que permitem melhor conhecer cada *paciente*. As informações sobre sua história de vida, seus sintomas, suas angústias, os efeitos colaterais das medicações, suas

⁶⁵ Emerson Elias Mehry é médico sanitарista e professor da Universidade de Campinas e acompanhou a Reforma investida sobre a instituição Cândido Ferreira. A reflexão que aparece neste texto se encontra na introdução ao livro *A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*, que Mehry organizou junto com Eloisa Amaral.

internações psiquiátricas e antigos tratamentos vão pouco a pouco constituindo este *sujeito*.

Ao assumirem uma relação de *responsabilização dos pacientes*, os *profissionais* afirmam uma postura crítica diante dos discursos e práticas jurídicas que os consideram inimputáveis, ao mesmo tempo em que criticam o discurso médico que os torna objeto da intervenção terapêutica. O *sujeito*, para Lacan, está implicado em seu processo de saúde-doença,⁶⁶ ou seja, ele é *responsável* pela produção inconsciente de sua condição de loucura (cf. Silva, 2005: 315). Na realização da pesquisa de campo, ouvi de uma interlocutora de pesquisa que os *sujeitos* tratados na instituição eram pessoas carentes, que viviam em situações precárias e que precisavam de assistência para suprir suas necessidades e aliviar seus *sofrimentos*. Nesse ponto, o *sujeito* deve ser considerado em si mesmo como algo da ordem do real, pois o subjetivo é algo que encontramos no real (Lacan apud Safatle, 2005). De acordo com Isabelle Stengers (1989: 200), o indivíduo é formado por elementos fisiológicos e psicológicos complexos, ao mesmo tempo em que é considerado a instância do “eu”. Este último, por sua vez, constitui-se e contrapõe-se à concepção do sujeito na relação de inserção aos comportamentos sociais.

Nesse processo, o *paciente* torna-se *sujeito* quando é interpelado pelos *profissionais*. As diferentes formas de normalização impostas ao indivíduo procuram fazer com que mude seu ponto de subjetivação. Segundo Deleuze (2007:84), em um regime de subjetivação acontece a invenção de um sujeito duplicado, que é, simultaneamente, produtor e efeito dos enunciados. Para o autor, o sujeito do enunciado, que deriva do sujeito de enunciação, está preso aos enunciados de uma

⁶⁶ “Na estruturação psicótica, alicerçada na recusa ao significante primordial (forclusão do Nome-do-pai), há uma participação – não intencional, mas inconsciente – fundamental do indivíduo no seu processo de adoecimento. De algum modo, a posição que assumimos diante de situações conflitantes – do ponto de vista libidinal ou desejante – encontra alicerce no próprio funcionamento psíquico, o que justificaria um engajamento visceral do sujeito na produção de uma estrutura neurótica, psicótica ou perversa” (Silva, 2005:315).

realidade dominante. A sujeição ou subjetivação produz um sujeito que é, por um lado, aquele do enunciado — isto é, o sujeito inventado pelo processo de individualização, aquele que fala de si, de suas particularidades somáticas, de seu *sofrimento*, o sujeito que “aparece” quando interpelado pelos *profissionais* do CAPS Esperança. Por outro lado, existe aquele da enunciação, que consiste em um efeito do processo de normalização dos enunciados de *cidadania*, *autonomia* e *ressocialização*.

Considerações finais

Nesta dissertação, procurei analisar o modo de funcionamento e de organização de uma nova tecnologia de *cuidado* colocada em prática pelos *profissionais* do CAPS Esperança. Em um primeiro momento, descrevi os acontecimentos que possibilitaram à instituição filantrópica Cândido Ferreira, na década de 90, criar uma *Rede* de instituições responsáveis pela assistência à saúde mental, como efeito das modificações decorrentes da crise nas grandes instituições de confinamento. Isto expõe a lenta ruína do modelo de funcionamento disciplinar (Foucault, 2002) que atualizou suas relações de controle, agora materializadas, segundo Deleuze, por um “controle ao ar livre” (2007:220). Pode-se afirmar que a reforma institucional foi um efeito da reformulação das práticas terapêuticas, que produziram a experiência da *ressocialização* dos *pacientes* moradores do hospital psiquiátrico do Cândido Ferreira (ver capítulo 1). Para atender a *demanda* de um grupo não mais confinado, foi criado um ambulatório, ainda nas dependências do hospital, mas ele não comportou o número crescente de *pacientes* intensivos, em decorrência disto, seu atendimento foi reorganizado já inserido na comunidade como CAPS Esperança.

O objetivo principal da pesquisa foi o de analisar as práticas terapêuticas do CAPS operacionalizadas por duas ações: a *escuta terapêutica* e a medicalização do *paciente*. Vimos que ambas organizam a forma de *atuação* dos *profissionais*. O processo terapêutico já não vislumbra a cura da doença mental, mas o controle minucioso das manifestações mórbidas. A *prática de cuidado* funciona por meio de informações que permitem aos *profissionais* construir o *caso clínico*, ou seja, um saber particular sobre o *sujeito*. Compõem esse saber todas as informações observadas, escutadas e anotadas no prontuário do *paciente*. O *caso clínico* atualiza a formulação do PTI (infra 4.2.), que se caracteriza por sua operação avaliativa, admitindo o exame contínuo dos *pacientes* e das intervenções de *cuidado*.

O *paciente* é investido por intervenções terapêuticas que produzem saber e relações de poder. Portanto, os *profissionais* observam e analisam os efeitos terapêuticos nos corpos, nos gestos e nos comportamentos daqueles que são *cuidados*. Promove-se um controle que exige sua participação, firmada pelo contrato terapêutico, isto é, por um pacto democrático continuamente negociado no interior da relação de *cuidado*. A aliança firmada no processo terapêutico implica a *responsabilização* do *paciente* em cumprir as obrigações determinadas pelo *vínculo* de *transferência* com o *profissional*. As relações de poder são visualizadas em práticas como a *escuta* e a *observação* permanentes dos *sujeitos*. Nesse processo, a *demanda* é transformada em sintoma. Isto quer dizer que as queixas dos *pacientes* são caracterizadas como *sofrimento*. A medicalização o reproduz o *sofrimento* de forma artificial, já que o remédio produz efeito nos corpos, muitas vezes, efeitos colaterais. A forma de prescrição no CAPS Esperança reassume o discurso da psiquiatria clássica, pois investe nos sintomas. Os *profissionais*, a instituição, as *práticas de cuidados* e o controle moldam-se às particularidades de cada *sujeito* tratado. Os *profissionais* avaliam continuamente a experiência de interação do *paciente* com a medicação.

A observação de um comportamento individual constitui um saber acumulado e permanente sobre o indivíduo. Ao descrever o estado geral e as características dos *pacientes*, os *profissionais* tornam o corpo visível por meio da escrita. O acesso às informações, segundo meus interlocutores, ajuda em alguns casos como, por exemplo, na identificação de um sintoma indicador de um estado de *crise*. A partir disso, pode-se afirmar o caráter virtual do *cálculo terapêutico* (infra 4.1.) que prevê uma situação por intermédio da experiência anteriormente descrita e registrada sobre a individualidade dos *pacientes*. Decerto, o procedimento da escrita e da documentação das informações sobre o *caso clínico* permite aos *profissionais* um controle preventivo.

A prevenção psiquiátrica materializa-se em práticas que permitem antecipar as urgências (*crises*). No CAPS Esperança, os *profissionais* procuram manter-se sempre atentos e/ou vigilantes para serem *afetados* (ver tópico 2.4.) por algo “inusitado ou inesperado” ou por comportamentos imprevisíveis, de “passagem ao ato” e agressividade. Para Castel (1987: 125), a imputação de periculosidade é estabelecida por um *cálculo* de probabilidade intuitiva do *profissional*. Ao avaliar um *paciente*, este último elabora possibilidades de correlação entre os sintomas atuais e um comportamento futuro. Ao antevê-las, os *profissionais* julgam e acionam as intervenções preventivas.

A atualização ou “ajuste” da medicação é uma das intervenções que fazem parte do cotidiano dos *pacientes* no CAPS Esperança. O médico prescreve o remédio a partir de um saber elaborado sobre a experiência de interação do *sujeito* com a substância química. Essa forma de medicar necessita de sua participação e implicação (ver tópico 5.3.). Segundo meus interlocutores, essa relação de colaboração é importante para precisar a dose adequada da medicação, o que Pignarre denominou de “arte da dosagem” (2006:190). O medicamento é absorvido por *receptores*⁶⁷ de dopamina existentes no cérebro. Nesse processo, o cérebro é considerado uma propriedade exclusiva da pessoa. O médico prescreve a partir da pressuposição de que o sintoma é o resultado de uma disfunção neste órgão. De fato, a medicação antipsicótica provoca uma desaceleração das células de dopamina (Moreira e Guimarães, 2007:67). Essas células são responsáveis pela regulação e pelo controle dos movimentos musculares, pela cognição, pela capacidade de sentir sensações de prazer, ânimo e motivação. A medicação antipsicótica promove uma sedação e um controle dos sintomas, substituindo

⁶⁷ Os receptores seriam células que compõem o córtex cerebral, sendo este, por sua vez, responsável pela representação, pelo entendimento e pela razão.

terapias como a lobotomia devido à contenção química que promove (ver tópico 5.2.). Ela foi igualmente indispensável para sustentar o processo de *ressocialização* e a Reforma Psiquiátrica.

Para meus interlocutores, a psicanálise ensina o *profissional* a *escutar* as indicações que cada *paciente* elabora como solução para seu *sofrimento*. Segundo uma psicóloga do CAPS Esperança, a *atuação* do *profissional* tem a intenção de “permitir que o sujeito psicótico encontre seu próprio tratamento, inventando suas soluções particulares” (Vitullo, 2009: 26). Nesse processo, o sintoma é considerado uma elaboração particular do *sujeito*, ou como afirmou Tobie Nathan (1995:50) sobre a medicina dos brancos, ele é soldado ao sujeito, sendo considerado uma propriedade exclusiva da pessoa. Para os *profissionais* do CAPS, o *paciente* está contido de forma particular em seu sintoma. Eis o *sujeito* que, segundo Lacan, é “como um sintoma que nunca se dissolve” (Sfatle, 2001).

O *sujeito* é constituído por seu *sofrimento*, como afirmam meus interlocutores, sendo, por um lado, o *sujeito* do desejo e, por outro, o *sujeito* da lei — algo como uma síntese de elementos estruturais que compõe e produz o aparelho psíquico, em uma relação de tensão entre o cérebro (biológico/químico/psiquiátrico) e o simbólico. Essa relação produz uma confluência entre o sujeito/pessoa e o sintoma/disfunção cerebral. O resultado desse movimento é uma diferenciação entre o *sujeito* e seus familiares ou pessoas próximas. O *sujeito* contemplado por seu sintoma vem a configurar um objeto de um pensamento especializado. No CAPS, tanto os médicos psiquiátricos quanto os *profissionais* influenciados ou não pela psicanálise lacaniana concordam que o sintoma deve ser proferido pelo *paciente* e, nesse sentido, ele é considerado uma *responsabilidade* do *sujeito*.

O *manejo da cidadania* procura levar em conta as *necessidades* dos *pacientes*

por meio de informações que permitam aos *profissionais* articular relações, laços de solidariedades, contratos, conexões, medicamentos, projetos e táticas para impedir que eles entrem em *crise* e sejam internados em um hospital psiquiátrico. O *manejo* ou a gestão da *crise* responsabiliza o *paciente* a participar de seu processo terapêutico, ao mesmo tempo em que *responsabiliza* o *profissional* por meio de uma noção de obrigação. Os *profissionais* do CAPS são obrigados a aprender sobre a complexidade de seus *pacientes*. Isso os transforma em tradutores de fatos que compõem versões de existências complexas.

Referências Bibliográficas

- Andreoli, S. B.; Almeida-Filho, N.; Martin, D.; Mateus, M. D. M. L.; Mari, J. de J. 2007. “Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 29, n. 1, São Paulo.
- Amarante, P. 1995. “Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica”. *Cad. Saúde Pública*, vol.11, n.3, Rio de Janeiro.
- _____. 1995a. *Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Associação Fênix, 2007. *Transtorno Bipolar: o que você precisa saber*. Associação Nacional Pró Saúde Mental. São Paulo.
- Azize, R. L. 2006. “Saúde e estilo de vida: divulgação e consumo de medicamentos em classes médias urbanas”. In: Leitão, D. K.; Lima, D. N. de O.; Machado, R. P. (Org.). *Antropologia e Consumo: um debate entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre. Ed. Age Ltda, p.119-137.
- _____. 2008. “O cérebro, para leigos: uma etnografia da divulgação científica de neurociências”. 32. Encontro anual da AMPOCS. GT 22: Etnografando o saber científico.
- _____. 2008b. “Uma neuro-weltachauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro”. *Mana*, v. 14, n.1 Rio de Janeiro.
- Azevedo, M. 2009. “Atenção clínica no NADEQ: além do tratamento”. *Jornal C@ndura: espaço aberto para um novo pensamento – Cândido 85 “pelo direito de ser diferente”*, n. 48, Abr/Mai 2009.
- Basaglia, F. 1985. *A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Editora Graal, Rio de Janeiro.
- Bedin, B. V. 2009. *Reflexões sobre as práticas grupais nos Centros de Atenção Psicossocial: uma interface com a clínica lacaniana da psicose*. Dissertação defendida na Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- Bichara, P. F & Palmieri, T. C. 2007. “O acompanhamento de Residências Terapêuticas pela equipe de um Hospital-Dia”. In: Merhy, E. & Amaral, H. (Org.). *A Reforma Psiquiátrica na Cotidiano II*. Ed Hucitec. São Paulo.
- Biehl, J. 2008. “Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo”. *Revista de Antropologia*. São Paulo, USP, v. 51, n. 2.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n. 1.369, de 15 de fevereiro de 1979.
- Bressan, R. A. & Shirakawa, I. 2000. *Neurolépticos de Ação Prolongada e os Avanços da Psicofarmacologia da Esquizofrenia*. Part of The International Journal of Psychiatry – ISSN. A trade mark of Priory Lodge Education Ltd. <http://priory.com/psych/rodrigo.htm>
- Canguilhem, G. 1978. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro. Ed. Graal.
- Castel, R. 1987. *A gestão dos riscos: da psiquiatria à pós-psicanálise*. Francisco Alves, Rio de Janeiro.
- _____. 1978. *A Ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Editora: Graal. Rio de Janeiro.

- Cardoso, M. 1999. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. Editora da Ufscar. São Carlos.
- Carvalho, F. B. de. 2002. História, Interdisciplinariedade e Saúde Mental: o serviço de saúde dr. Cândido Ferreira. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.
- Cavalcanti, A. R.; Campos, G. C. M.; Aros, M. S.; Pacheco, R. A.; Souza, S. F. M.; Palmieri, T. C. “Hospital-dia Nossa experiência em Campinas”. In: Harari, A.; Valentini, W. (Orgs.). 2001. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo. Ed. Hucitec.
- Cooper, D. 1967. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Editora: Perspectiva. São Paulo.
- Costa, D. de L. R. 2007. *A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*. Dissertação de mestrado – USP, FFLCH.
- Deleuze, G. & Guattari, F. 1996. “28 de Novembro de 1947 – Como criar para si um corpo sem órgãos”. In: *Mil Platôs capitalismo e esquizofrenia*, Vol. 3, Rio de Janeiro, Editora 34.
- Deleuze, G. 2007. *Conversações*. Editora 34. São Paulo.
- Delgado, P. 1992. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, Editora Te Cora, Rio de Janeiro.
- Delgado, P. G. G., Alfredo S., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Porto K., Hoffmann, M. C.C. L., Grigolo, T. 2007. “Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F. de, Mello, A. de A. F., Kohn, R.(Org). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Dias, M. K. 2007. *Centro de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença*. Tese de Doutorado Unicamp, Campinas.
- Duarte, L. F. D. 1997. “Introdução: a análise da pessoa moderna pela história e etnografia dos saberes psicológicos”. *Cadernos do IPUB*, n.8.
- _____. 1998. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Organizado por Duarte, L.F.D. e Leal, F. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 1996. Distanciamento, reflexividade e interiorização da pessoa no ocidente. *Mana* 2(2):163-176.
- Duarte, L. F. D.; Barsted, L. L.; Toulous M. R.; Garcia, M. H. 1993. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 8(22): 5-19.
- Estroff, S.E. 1997. *Making it crazy: na ethnography of psychiatric clients in na American Community*. Printed in the United States of America.
- Fonseca, A. L. C. “Entre a ficção e a realidade: financiamento versus capacidade de atendimento dos Caps”. In: Merhy, E. E. & Amaral, H. (Orgs.). 2007. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. Ed. Hucitec.
- Foucault, M. 1974. “A crise atual da medicina”. Rio de Janeiro (transcrição de uma palestra pronunciada pelo autor no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).
- _____. 1995 “O Sujeito e o Poder”. Apêndice à: Dreyfus, H. & Rabinow, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da

- hermenêutica. Tradução Vera Porto Carreiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. 1999. *A História da Loucura na Idade Clássica*. Editora: Perspectiva. São Paulo.
- _____. 2002. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Editora Vozes. Rio de Janeiro.
- _____. 2003. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Ed. Graal. São Paulo.
- _____. 2004. *Microfísica do poder*. Editora: Graal, São Paulo.
- _____. 2006. *O poder psiquiátrico*. Martins Fontes, São Paulo
- _____. 2006a. “O Que São as Luzes?”. In: Ditos & Escritos II – Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento. Ed. Forense Universitária, São Paulo.
- _____. 2006. “Mesa-redonda em 20 de maio de 1978”. In: Ditos & Escritos IV – Estratégias, Poder-saber. Ed. Forense Universitária, São Paulo.
- _____. 2008. *O Nascimento da Clínica*. Ed. Forense Universitária, São Paulo.
- _____. 2008. *O Nascimento da Biopolítica*. Editora: Martins Fontes, São Paulo.
- Geertz, C. 2008. “Do ponto de vista dos nativos’: a natureza do entendimento antropológico”. In: *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro.
- Guattari, F. & Rolnik, S. 2005. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Editora Vozes, Rio de Janeiro.
- Guattari, F. 2004. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Editora: Idéias & Letras. São Paulo.
- _____. 1985. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Editora Brasiliense, São Paulo.
- Haraway. D. 2000. *Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Editora Autêntica. Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Henry, C. 2008. “Brazil: two experiences with Psychiatric Deinstitutionalization, Campinas and Sobral”. In: Almeida, J. M. C. de ande Cohen, A. *Innovative Mental Health Programs in Latin América & The Caribbean*. Pan American Health Organization. Regional Office of The World Health Organization. Washington, DC: PAHO.
- Kinoshita, R. T. 2009. “Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois”. *Cad. Brasil de Saúde Mental*, vol.1, n.1, jan-abril. Acesso ao artigo pelo site: <http://www.congressodesaudemental.ufsc.br/>.
- Lacan, J. 1966. *Ecrits*, Paris. Seuil.
- _____. 1973. *Lê quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil.
- _____. 2003. “Ato de fundação”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lancetti, A. 2008. *Clínica Peripatética*. Editora Hucitec, São Paulo.
- Lopes, I. C. 2004. “A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira”. In: Vieira, M. C. T.; Vicentin M. C. G.; Fernandes, M. I. A. (Orgs.). *Tecendo a Rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Editora Caral. São Paulo.

- Marques, A. C. s/d. “Intrigas and Questões: Blood revenge and social network in Pernambuco, Brazil”, (mimeo).
- Marques & Villela. 2005. “O que se diz, o que se Escreve. Etnografia e trabalho de campo no sertão de Pernambuco”. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v. 48 n.1.
- Merhy, Emerson & Franco, Túlio batista. 2007. “Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho”. http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf.
- Monod, J. 1971. *O acaso e a necessidade - Ensaio sobre a filosofia natural da biologia moderna*. Editora Vozes, Rio de Janeiro.
- Moreira, F. A.; Guimarães, F. S. 2007. “Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas”. *Revista de medicina de Ribeirão Preto*, 40 (1): 63-71, jan/mar.
- Nathan, T. 1995. *Le Médecins et le Charlatan*. In: Nathan, T e Stenger, I. *Médecins et Sociers*, Paris.
- Oliveira, A. G. B de. 2003. *A Reforma Psiquiátrica Em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. Tese de Doutorado.
- _____. 2005. “Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 191-203.
- _____. 2006. “Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões”. *Revista da Escola Anna Nery*, v.10, n.4. Rio de Janeiro.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ortega, F, & Vidal, F. 2007. “Mapeando o Sujeito Cerebral na Cultura Contemporânea”. *RECIIS – R. Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, n.2, P. 257- 261.
- Palmieri, T. C. 2008. “Como a Psicanálise Interfere no Trabalho de Gerência”. In: *Revista Entrevários: revista de psicanálise e saúde mental*. Número 02/abril.
- Pignarre, P. 1999. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre a ciência, mercado e sociedade*. Editora 34, São Paulo.
- _____. 2005. “Qu'est-ce que les psychotropes nous font?” *Publié dans: InfoPsy*, 81.
- _____. 2006. “Avoir besoin que les gens pensent”. *Publié dans: Multitudes*, 23.
- _____. 2008. “Médicaliser/démédicaliser : développer l'expertise des patients”. *Cliniques méditerranéennes 77*. <http://www.pignarre.com/article.php>.
- _____. 2008b. “Os pacientes pouco sedados são mais “incômodos” para a equipe de enfermagem?” <http://www.pignarre.com/article.php>.
- _____. 2008c. “O futuro ameaçador da indústria farmacêutica”. <http://www.pignarre.com/article.php>.
- Rabinow, P. 1991. “Artificialidade e ilustração: da socialidade à bio-sociabilidade”. *Novos Estudos Cebrap*, n. 31, pp. 79-93.

- _____. 1999. *Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow*. Relume Dumará. Rio de Janeiro.
- Rose, Steven. 2006. *O cérebro do século XXI: como entender, manipular e desenvolver a mente*. Editora Globo.
- Safatle, V. 2005. “Uma clínica do sensível: Sobre a relação entre destituição subjetiva e primado do objeto em Jacques Lacan”. *Revista Interações*, São Paulo, v. X, n. 19.
- Silva, M.B.B. 2004. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado. UERJ – Rio de Janeiro.
- _____. 2005. “Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (1): 127-150.
- _____. 2007. “O Técnico de Referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental?” *Revista Vivência* (Natal), n. 32.
- Soares, K. 1998. “Tratamento da Discinesia Tardia induzida por neurolépticos”. *Psychiatry on line Brasil*. (<http://www.polbr.med.br/arquivo/discines.htm>).
- Stengers, I. & Chertok, L. 1989. *O Coração e a Razão: a hipnose de Lavoisier e Lacan*. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro.
- Stengers, I. 1984. *A nova aliança: a metamorfose da ciência*. Editora da Universidade de Brasília. Brasília.
- _____. 1993. *As Políticas da Razão: Dimensão Social e Autonomia da Ciência*. Editora: Edições 70, Lisboa – Portugal
- _____. 1995. *Le Médecins et le Charlatan*. In: Nathan, T e Stenger, I. *Médecins et Sociers*, Paris.
- _____. 2002. *A Invenção das Ciências Modernas*. Editora 34. São Paulo.
- Szasz, T. 1978. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.
- _____. 1979. *O Mito da Doença mental*. Editora Zahar, Rio de Janeiro.
- Tosetto, C. 2007. “A terapia ocupacional no CAPS: a (re)construção do cotidiano através do “fazer””. Artigo publicado em um cd e entregue no fim do curso sobre “O CAPS e o seu papel na Rede de Saúde Mental. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.
- Vasconcelos, E. M. 2002. *Saúde mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Editora Cortez. São Paulo
- Valentini, W. 2001. “Nenhum Ser Humano Será Bonsai”. In: Harari, A.; Valentini, W. (Orgs.). 2001. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo. Ed. Hucitec.
- Venâncio, A. T. A. 1990. *Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: Um Estudo de Caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado PPGAS-Museu Nacional, Rio de Janeiro
- Viganó, C. 1999. “A construção do caso clínico em Saúde Mental”. *Revista Curinga*, nº 13, EBP-MG, BH, set.

- Villela, J. L. M. s/d. “Moral da Política e Antropologia da Ética. O Caso do Sertão de Pernambuco”. (mimeo)
- Wagner, R. 1981. *The Invention of Culture*. Chicago: The University of Chicago Press.
<http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/corpo-humano-sistema-nervoso/cortex-cerebral.php>.
- Zago, A. P.; Ramos, C. C. P.; Oki, N. 2001. “Unidade de Atenção à Crise: Repensando a prática de internação em Saúde Mental”. In: Harari, A.; Valentini, W. (Orgs.). 2001. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo. Ed. Hucitec.