

Psicologia e Políticas Públicas

Experiências em Saúde Pública

Organização

Célia A. Trevisi do Nascimento

Gislei D. Romanzini Lazzarotto

Júlio César D. Hoenisch

Maria Cristina Carvalho da Silva

Rosângela da Luz Matos

Promoção:

Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

CRP - 07

Esta publicação é promovida pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul – 07 Gestão Inserção 2001/2004 numa ação da Comissão de Políticas Públicas que dá continuidade ao trabalho desenvolvido pela Gestão Conexão 1998/2001 neste importante campo de atuação profissional do psicólogo.

O livro é efeito de um projeto de intervenção no campo das políticas públicas, organizado desde 1999 e envolvendo as entidades Conselho Regional de Psicologia/07, Sindicato dos Psicólogos do Rio Grande do Sul e Federação Nacional dos Psicólogos, psicólogos colaboradores e estudantes. Neste percurso foi constituído o Grupo de Políticas Públicas que articulou entidades, estudantes, trabalhadores e conselheiros de saúde psicólogos, produzindo um debate das Práticas Psi no campo da saúde pública, das ações de formação e da articulação política da categoria neste contexto.

Sua autoria articula profissionais e estudantes participantes do Grupo de Políticas Públicas; convidados durante o trabalho desenvolvido pelo Grupo em seminários de formação de conselheiros de saúde e pesquisadores com produção de conhecimento nesta área no RS. A publicação é organizada em três eixos.

Na primeira parte são relatadas as experiências de participantes do Grupo de Políticas Públicas discutindo a prática política deste dispositivo de organização dos psicólogos e seus efeitos na construção de projetos e formas de intervenção das entidades de classe do Rio Grande do Sul no campo da saúde pública. Apresenta uma discussão que articula as relações entre a produção do conhecimento, a política e formação em psicologia, e as indagações de psicólogos a respeito do Sistema Único de Saúde.

No segundo eixo, são discutidas as experiências de formação em graduação de Psicologia, problematizando-a no contexto dos estágios curriculares em saúde pública na perspectiva de professores e estagiários. Apresenta a experiência com o Programa de Atendimento Terapêutico, bem como a abertura de espaços de formação nos espaços de elaboração de políticas e práticas de controle social em saúde pública.

A terceira parte apresenta experiências e estudos relativos a formas de intervenção em diferentes espaços de atuação em saúde pública, envolvendo: história e percursos de trabalho no âmbito da reforma psiquiátrica no RS; seguindo no campo da saúde mental a problematização de uma experiência inter/transdisciplinar em hospital-dia, a análise dos processos de subjetivação experimentados pelos trabalhadores desta área, e as condições de possibilidade da emergência de um trabalhador acompanhante terapêutico no contexto de práticas privadas e públicas; finalizando com a discussão das relações entre saúde e trabalho e uma abordagem sobre os agentes sociais que operam propostas de redução de danos.

O livro contribui de forma efetiva para discussão de estratégias de intervenção no campo da formação, na rede de saúde pública e nos espaços de organização profissional.

Sumário

Apresentação	4
--------------------	---

Parte I

1. Construindo processos de organização dos psicólogos em saúde pública - Célia A. Trevisi do Nascimento	6
2. A psicologia como prática político-social - Rosângela da Luz Matos	11
3. Representações do SUS para psicólogos em Unidades de Saúde: indagações e possibilidades - Júlio César Hoenisch	23
4. A produção do conhecimento, a psicologia e as políticas - Luciana Maria Sehn	32

Parte II

5. A construção de possibilidades na formação do psicólogo: moradas de invenção e acolhimento - Gislei Domingas Romanzini Lazzarotto	46
6. Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: supervisão na universidade - Analice de Lima Palombini.....	57
7. Reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico (AT) - Eliane Rivero Jover	74

Parte III

8. História da loucura e reforma psiquiátrica : um percurso - Maria Cristina Carvalho da Silva	84
9. Uma experiência inter/transdisciplinar em hospital-dia da saúde mental - Luiz Ziegelmann	97
10. Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde - Eduardo Cavalheiro Pelliccioli e Neuza Guareschi.....	108
11. Saúde pública e saúde do trabalhador : uma aproximação para políticas de saúde - Maria da Graça Hoefel	120
12. Psicologia, trabalho e políticas públicas - Anita Guazzelli Bernardes	131
13. O redutor de danos como um agente social. Uma possibilidade de inclusão? - Luísa Regina Pericolo Erwig	139

Apresentação

Psicologia e política públicas: experiências em saúde pública

Sandra Fagundes¹

A psicologia tem um potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais capaz de contribuir para invenção de modos de andar e afirmara a vida, e os psicólogos têm exercido, cada vez mais, a referida capacidade tanto na saúde coletiva quanto na desinstitucionalização da loucura.

Conceituando políticas públicas *“como ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais”* (Almeida, 2001), abrangendo e organizando a dimensão coletiva de uma determinada sociedade, situamos o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das políticas públicas mais férteis para a superação de iniquidades de nosso país.

O SUS foi concebido no contexto histórico de democratização do país, no qual o desafio da construção de viabilidade de controle da sociedade sobre o Estado é vigente. Controle que exige pessoas capazes de protagonismo, de exercício de cidadania e autonomia, capacidades a serem desejadas e conquistadas por parcelas significativas da sociedade. Para tanto, há necessidade de propostas de distribuição de poder (políticas) geradoras de empoderamento, de valor, de multiplicidade de processos de subjetivação de pessoas até então discriminadas por questões de gênero, de etnia, de patologias, de classe social. Propostas as quais necessitam de organizações e métodos democratizantes, participativos, incluídos, inovadores para terem suporte e consistência.

Uma das nossas invenções foi conceituar saúde mental coletiva como *processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciência e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida* (Fagundes, 2001).

Nós, psicólogos, somos protagonistas na construção de políticas públicas no Brasil, enquanto formuladores de propostas, na gestão de sistemas e serviços, na formação de profissionais vinculada a práticas públicas e sociais, na produção de conhecimentos, na invenção da atenção, criando dispositivos clínicos e de cuidados, na participação nos conselhos de saúde, bem como na condição das entidades da categoria profissional.

O livro é um extrato gaúcho desse percurso dos psicólogos pelas políticas públicas brasileiras, constituindo-se num marco da psicologia contemporânea.

¹ Psicóloga, especialista em saúde comunitária, mestranda em Educação e Saúde na UFRGS, secretária municipal de Saúde de Viamão-RS de 1998 a 2002 e de Porto Alegre nos anos de 2003 e 2004.

Parte I

Construindo Processos de Organização dos Psicólogos em Saúde Pública

Célia A. Trevisi do Nascimento²

Historicamente, os psicólogos, no Rio Grande do Sul, vêm construindo um processo de participação nas discussões sobre políticas públicas, em especial, no campo da saúde. No que se refere às articulações das entidades da categoria, encontramos o registro de 1985, quando o Conselho Regional de Psicologia, a Sociedade de Psicologia e o Sindicato dos Psicólogos do Rio Grande do Sul constituíram uma Comissão de Saúde que buscava conhecer o trabalho dos profissionais de Psicologia na saúde (Comissão de Saúde Interentidades, 1985/1986). Esta tinha como cenário a discussão de uma Política Nacional de Saúde e a demanda para participação em Conferências e Comissões Interinstitucionais, potencializadas com o Movimento de Luta Antimanicomial.

A Constituição Federal de 1988 alterou substancialmente a organização político-administrativa do País. Nela foram introduzidos princípios que preconizam a descentralização e a participação da sociedade civil organizada nas instâncias de elaboração e definição de políticas públicas. A implantação de Conselhos de Direito nos três níveis de governo - Federal, Estadual e Municipal - é constituída paritariamente, em caráter deliberativo, normativo e fiscalizador, indicando a possibilidade do controle social; aquilo a que chamamos exercício da cidadania.

Na área da saúde, a alteração aconteceu desde a sua conceitualização, onde o entendimento é de que saúde não é somente a ausência de doença, mas reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais sobre a vida das pessoas. A saúde foi reconhecida como um direito de todos e um dever fundamental dos governos, não um direito de quem pode pagar ou algo que os governos possam escolher se irão priorizar. É obrigação pública sempre e deve fiscalizar as ações complementares que forem contratadas com a iniciativa privada.

O Sistema Único de Saúde, projeto de reorganização de todo o Sistema de Saúde aprovado na Constituição de 1988, mudou radicalmente as bases anteriores do Sistema. O SUS, para desenvolver as ações específicas da Saúde Pública, deve agir, com outros setores governamentais, como as áreas de saneamento, educação, etc. Além disso, ele deve tornar os serviços de saúde capazes de prestarem uma atenção integral aos usuários, realizando ou acompanhando tanto as ações educativas e preventivas, quanto às de cura e reabilitação.

² Psicóloga, Conselheira do CRP-07, integrante do Grupo de Políticas Públicas

O SUS, além de unificar, determinou a descentralização do comando das ações de Saúde, passando todos os serviços públicos de saúde, exceto os muito complexos e de referência, para o Estado, para serem gerenciados pelos municípios. A conquista fundamental do SUS é o controle que a sociedade organizada pode exercer sobre sua condução, decidindo e fiscalizando onde serão aplicados os recursos. Assim, foram criados os Conselhos de Saúde, tanto em nível nacional (CNS), estadual (CES), municipal (CMS) e distrital (CLS). O SUS viabiliza o controle social e o exercício da cidadania, sendo incipientes os conselhos gestores. Entendemos que a legislação regulamentada favorece o controle social, muito embora, algumas dessas ações estejam em processo de implementação e mesmo de discussão, dado que esses processos são lutas sociais acontecendo em ato, nas quais a Psicologia e os psicólogos têm estado implicados.

Em 2001 foi aprovado o projeto de lei nº 10.216, do Deputado Federal Paulo Delgado, lei sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, que estabelece um conjunto de exigências éticas, políticas, administrativas e técnicas para a operacionalização de um sistema de atenção integral à Saúde Mental no Brasil. Coloca-se como estratégico dar continuidade a esse processo de participação, hoje fazendo uma afirmação com perspectivas para a organização de serviços substitutivos com a mudança radical da rede de serviço centrada no Hospital Psiquiátrico, por uma rede baseada em unidades de atenção diária, focando a comunidade com uma visão para a reabilitação, inserção e resgate da cidadania.

Nesse contexto, muitos são os movimentos em que a categoria de psicólogos, através de suas representações, tem sido convocada, no sentido de dar força aos processos de mobilização e ação política comprometida com o processo da Reforma Psiquiátrica, luta que demarca as demandas urgentes na reconfiguração das práticas Psi no contexto da saúde. Dessa forma, a Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia do RS (CRP/07) tem se feito presente em diversos fóruns na busca de estratégias em direção à construção de um sistema de atenção à Saúde Mental que seja ético, democrático, digno e tecnicamente eficiente.

O processo de articulação de entidades em torno desta problemática se produz no contexto de diferentes gestões e projetos políticos que atravessam a organização destas instituições. É neste processo que consideramos de fundamental importância o registro e a visibilização das produções desses fóruns, contribuindo na construção de uma política de organização dos psicólogos no campo da saúde pública.

O Conselho Regional de Psicologia, no decorrer de 1998, evidencia esta discussão à medida que questiona a desarticulação das participações da categoria nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, enquanto o III Congresso Nacional de Psicologia (1998) deliberava, como diretriz de ação dos Conselhos, a política de inserção do psicólogo no contexto de saúde pública. Estas demandas nos confrontam, no cotidiano, com a necessidade de um processo de organização das entidades em torno

da temática saúde pública e nos movimentam na atualização de um espaço de produção coletiva que inclui o Conselho Regional de Psicologia, a Federação Nacional dos Psicólogos, o Sindicato dos Psicólogos e a Sociedade de Psicologia. Neste movimento é formada a Comissão de Políticas Públicas e Saúde, articulando instituições e profissionais.

Ao discutir este contexto de participação dos psicólogos, a Comissão encaminha as demandas relacionadas à representação da categoria neste espaço e passa a questionar sobre a realidade dos psicólogos conselheiros de saúde no RS, em que instituições trabalhavam, que compreensão possuíam a respeito de saúde pública e que ação desenvolviam junto aos Conselhos Municipais.

No decorrer de 1999, é realizado um mapeamento a respeito dos Conselheiros de Saúde no RS, como estratégia de organização da categoria, considerando as participações de representantes da categoria no Conselho Estadual e Conselho Municipal de Saúde. Há um processo de reflexão das entidades na construção de uma aliança para levar a efeito algumas práticas institucionais, produzidas no cotidiano dos psicólogos e pouco visibilizadas nas referências de uma categoria profissional.

Como estratégia de trabalho, foi elaborado um processo de formação para articular os Psicólogos Conselheiros de Saúde, com vistas a produzir uma política de atuação neste contexto. Ao mesmo tempo em que se buscava uma aproximação à realidade desses psicólogos, também era pensado um processo de discussão quanto ao modo de desenvolver a formação e intervenção em saúde pública.

Em novembro de 1999, ocorre o Primeiro Encontro de Psicólogos Conselheiros de Saúde do RS. Nesse momento, buscou-se recuperar a história das entidades envolvidas na produção de uma política no campo de saúde pública, bem como articular informações sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais e o Conselho Estadual de Saúde. Considerando a preocupação em construir um espaço de problematização sobre o modo de intervenção em saúde, também foram debatidos o controle social, a política de Saúde Mental no RS e o lugar do psicólogo nos Conselhos Municipais dentro dos princípios do SUS.

Destaca-se, neste encontro, a necessidade de continuidade deste processo, constituindo uma proposta de formação neste campo, denominada "Intervindo em Saúde Pública", na qual ocorre a contribuição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com participação de professores, alunos de pós-graduação e graduação em Psicologia. O segundo encontro de Psicólogos Conselheiros ocorre em duas etapas no decorrer de 2000. Neste percurso, tivemos cerca de 100 participantes, entre profissionais e estudantes de Psicologia. No meio destes, havia, aproximadamente, 20 psicólogos Conselheiros de Saúde em municípios gaúchos.

Entre processos de organização e articulação regionais há tempo em desenvolvimento, temos o I Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas em maio de 2001, que possibilitou a discussão de psicólogos com significativa experiência na construção de ações no campo da saúde, educação e trabalho, revelando um percurso importante da Psicologia no debate das políticas públicas em

instâncias governamentais. “O seminário teve um caráter estratégico de inserção nas políticas públicas para o futuro da Psicologia, não só como uma reivindicação de trabalho, mas como incitar um engajamento dos psicólogos na construção de um projeto político-social, implicado em posicionar-se no enfrentamento das medidas que impõem as relações de mercado às relações de compromisso social” (Sehn e Schimidt, 2001).

O espaço criado pela rede de relações entre entidades de classe, trabalhadores, estudantes, conselheiros de saúde, psicólogos, professores universitários, oferece a oportunidade de dialogar e organizar os saberes a respeito da Psicologia implicada nas práticas sociais, possibilitando ações institucionais marcadas pelo compromisso social no modo de fazer política nas entidades. O grupo de Políticas Públicas -assim ficou conhecida a Comissão de Políticas Públicas- se produz no encontro de demandas profissionais e políticas que marcam o lugar de um psicólogo implicado com um modo de fazer psicologia no contexto contemporâneo. Este exercício favoreceu a tomada de posições, com mais vigor, no campo dessas práticas, exigindo um posicionamento político que foge evidentemente à concepção de neutralidade da ciência moderna (Nascimento et al, 2001).

A demanda que acompanha a discussão produzida neste espaço é marcada pelo questionamento de quais lugares os psicólogos têm ocupado na configuração das políticas públicas nos postos de atendimentos, secretarias de saúde, conselhos, supervisões, salas de aula. Que concepções de saúde atravessam as práticas cotidianas do fazer psicologia? Reproduzindo modelos operados pela doença e individualização alheios ao contexto? Articulando conceitos e intervenções que operam a promoção de saúde? Construindo articulações de políticas de efetiva participação na elaboração de políticas públicas?

Nesse processo, foram discutidas as práticas "psi" que orientam o atendimento, a formação e os espaços de representação, produzindo um lugar possível de interlocução e reconhecimento de uma Psicologia implicada com o fazer política e saúde pública.

Nesta experiência, tanto no grupo como na própria elaboração desta produção, os movimentos de forças permanecem configurando processos de desconstruir e reconstruir espaços coletivos que propiciem aproximações e novos arranjos entre instituições e profissionais, agenciando outros modos de fazer política e psicologia.

O livro se produz como uma possibilidade para estabelecer conexões entre nossa vivência como grupo de políticas públicas, reconfigurando a rede de colaboradores que têm pensando e problematizado seu fazer na saúde com artigos, relatos de experiências ou práticas de trabalho e pesquisas.

A tarefa de organizar esta publicação foi assumida como um espaço que proporcionaria visibilizar um modo de fazer política em nossas instituições que, articule gestão e produção de conhecimento como prática social.

Este processo de compartilhar conhecimentos e decisões marcou nossa história como grupo, constituindo práticas sociais que engendraram processos de aprendizagens coletivas, produzindo formas de se relacionar com a comunidade, que, esperamos, continuem a possibilitar o exercício da responsabilidade dos atores sociais pela via das leituras, reflexões e debates que poderá oportunizar.

Referências Bibliográficas

- CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE PSICOLOGIA. III Congresso Nacional de Psicologia – *Psicologia: interfaces, políticas públicas, globalização*. Florianópolis, junho, 1998.
- NASCIMENTO, Célia et al. O psicólogo e as políticas públicas. *Entrelinhas*. Porto Alegre: Publicação do Conselho Regional de Psicologia – 07. N. 06, Ano 1, Jan./fev. 2001.
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. *O SUS é legal*. Porto Alegre: 1996.
- COMISSÃO DE SAÚDE INTERENTIDADES. Conselho Regional de Psicologia – 07, Sindicato de Psicólogos no Estado do Rio Grande do Sul, Sociedade de Psicologia. Boletim “A ação dos psicólogos na saúde”, Porto Alegre, N. 01, 1985-1986.
- SEHN, Luciana e SCHIMIDT, Simone P. Políticas públicas como um desafio. *Entrelinhas*. Porto Alegre: Publicação do Conselho Regional de Psicologia – 07. N. 09, Ano 1, p. 6, jul./ago. 2001.

A psicologia como prática político-social³

Rosângela da Luz Matos⁴

O presente artigo se propõe a difundir uma experiência de trabalho que aconteceu nos anos de 1999 a 2001 entre entidades de representação, psicólogos, estudantes de Psicologia, professores universitários, trabalhadores em saúde pública, entre outros. Sobremaneira, esta iniciativa quer fazer produzir sentidos para este acontecimento. A proposição é dar lugar para outras vozes, outros regimes discursivos que possam fazer durar esta experiência num exercício problematizante, numa atitude analítica de seus efeitos e, nestes movimentos, quer-se dar passagem para o desejo de fazer falar outras possibilidades, outras ações coletivas, qual seja a permanente criação de estratégias coletivas para o enfrentamento dos desafios contemporâneos que a cultura propõe à Psicologia.

Fazer psicologia, fazer política.

Foi-me muito difícil organizar este escrito. Não que escrever não seja um prazer, uma forma de viver as experiências do tempo, não. Mas, é, sobretudo porque desalojada estou do tempo e lugar em que as experiências vividas se deram. A rede de relações que oportunizou esta experiência que temos por tarefa partilhar com vocês, há muito já é outra, está noutros lugares, congrega outras pessoas, fala outras línguas, percorre outras veredas. Isto de modo algum é um lamento, é, sobretudo uma constatação dos *espaços-tempo*⁵ que nos habitam e suas mais variadas nuanças.

Um leitor atento aos múltiplos sentidos das palavras dirá: sim, mas se você narra o que passou como poderia lá estar? Como aquilo que se passou poderia aqui estar? Ainda, aqueles com inclinação mais literária dirão: o passado, o que foi vivido pode escoar, entrar no presente com uma espessura e consistência mais organizada que o turbulento tempo do presente, com suas narrativas e acontecimentos ásperos e barulhentos.

Eu, porém reitero: não se trata, pois de sucessão de acontecimentos. Não é de cronologias que se trata, mas, sobretudo de *espaços-tempo*: ancoradouro para a experiência subjetiva; para a conformação de

³ O título aqui proposto segue aquele que foi praticado na *Oficina* realizada no Fórum Social Mundial de 2001, em Porto Alegre. Atividades estas organizadas pelo Grupo de Políticas Públicas juntamente com o departamento de Psicologia Social e Institucional do curso de Psicologia da UFRGS.

⁴ Mestre em Psicologia – UFRGS. Psicóloga e Prof^a de Psicologia Faculdade Pio Décimo/Aracaju-Sergipe. Colaboradora do Grupo de Políticas Públicas e Conselheira de Saúde do município de Porto Alegre entre os anos de 1999 a 2001.

⁵ O espaço-tempo é tema de trabalho conceitual em vários pensadores. A discussão do espaço-tempo está para a inauguração da ciência moderna e sua necessária construção de formas de representação daquilo que se chama realidade, pensamento ou racionalidade. Aqui, vou trazer estes conceitos, configurados pela estratégia narrativa e estilística do texto, de modo a dialogar com o leitor naquilo a que se propõe este artigo que é elaborar uma problematização sobre a experiência do Grupo de Políticas Públicas. Autores sugeridos, Gilles Deleuze e Felix Guattari, Norbert Elias, David Harvey entre outros.

sentidos e significados no dentro do tempo, no espaço-dobra em que a mínima sensação, o menor gesto, a inquietude e outras intensidades estão guardadas. É disso que devo falar, de onde devo retirar a história dos acontecimentos. Fazer ver na escrita deste artigo os *dispositivos em ação e a ação dos dispositivos*⁶.

Melhor, se trata de *desdobrar* aqueles espaços-tempo que guardam movimentos, velocidades; desejos em ato que fizeram nossa história. Dessa história é que gostaria de falar, mas acabo por principiar pela minha história: a aventura de construir uma vida e dar sentido para ela; a aventura de fazer da escrita-pensamento lugar de partilha em que o vivido e seus devires possam encontrar visibilidade.

Se princípio pelo lugar do sujeito e uma suposta história singular e individual, é tão somente para poder voltar, para poder me destituir das clausuras a que temos sido submetidos na modernidade, com a experiência do indivíduo e da subjetividade privada⁷. É apenas um experimento que objetiva fazer afrouxar o tempo de suas amarras ao espaço (cognitivo, econômico, político, profissional, etc), e neste processo, neste ato, tentar fazer visível a urgência dos encontros, dos agenciamentos, das irrupções dos coletivos como estratégia contemporânea (e não somente moderna) capaz de enfrentar o esvaziamento das subjetividades, o vazamento dos sentidos da vida, ou daquilo que escolhemos como profissão: ser psicólogo, fazer Psicologia.

Produzir sentidos passa pela configuração de uma rede-território, um lugar-acontecimento; um *corpo* que acolha a experiência em questão e as questões que premem por experiência. Foi assim que eu, professores de Psicologia, psicólogos em formação, trabalhadores da rede de saúde e assistência social do município de Porto Alegre, conselheiros de saúde de várias cidades do Rio Grande do Sul, representantes das nossas entidades de classe, amigos e colaboradores diversos fizemos forjar um dentro e fora do tempo: um ser, um corpo subjetivo, político, intelectual visivelmente implicado com a sociedade a que pertencemos, suas problemáticas, seus limites e as potencialidades de diálogo do discurso *psi* com a cultura contemporânea. Ainda, em seu avesso, inventamos o espaço: lugares, redes, relações que hoje se atualizam de formas diversas e dispersas, mas que naquele momento faziam tecer e acolher nossos desejos de ver a Psicologia ter lugar, de ver nos lugares em que a Psicologia tinha assento, ter projeto, de sermos um pouco continente para nossos quereres e quem sabe até poder avançar e perguntar o que quer a Psicologia? O que quer do saber *psi* a cultura?

O desejo, os sonhos se amarram em algum lugar; precisam de um corpo para ancorar. Posso dizer que o “*mundo do trabalho*”, desde sempre foi para mim este corpo, este território generoso que aquece cuidadosamente nossas fabulações mais secretas, nossas certezas mais valiosas. É assim que a Psicologia amarrou-se àquilo que eu sou, a muitos de meus projetos, a algumas de minhas andanças, e derivou dela muitos de meus devires.

⁶ Este é o título do artigo da professora Heliana de Barros Conde Rodrigues publicado In: Lancetti, Antonio. *Saúdeloucura nº 6 – Subjetividade*.1997. p. 192.

⁷ Figueiredo, Luis Cláudio. *A invenção do psicológico-quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo:Educ;Escuta, 1999.

Neste sentido, vale dizer que as marcas daquilo que construímos, carregam em si aqueles que as forjaram. Se vocês perceberam, agora já falo em nome de alguns – um certo nós que se apresenta e invade a escrita. Outras vozes vão tomando minhas lembranças, vão fazendo falar as memórias não mais de um indivíduo, suas proezas e singularidades. O que quero sublinhar é que mesmo que o *trabalho* não seja o continente-corpo comum dos sonhos de um ou de outro indivíduo, ele o é do ponto de vista da experiência e projeto da modernidade humana. Ser moderno implica(va) necessariamente acolher a *sociedade do trabalho*, suas estruturas, organização e processos de produção da experiência humana.

Assim, falar de *trabalho* ou de *não-trabalho* é falar de política. Mas falar de política também é falar daqueles com quem estivemos, com quem trocamos idéias, com quem aprendemos, com quem experimentamos os novos códigos, o inusitado. Ainda, é guardar as afirmações da tradição⁸, é dar vez à cultura e suas forças de produção do humano. É assim que o singular e o inusual retornam ao nosso discurso e é deste lugar que perguntamos: falar de Psicologia, o que é?

Fazendo uso da experiência privada, mas não daquela totalmente ensimesmada, presa, constricta e debruçada sobre si mesma, proponho contornar a pergunta: o que é falar de Psicologia? Para aquilo que parece a tradução mais aproximada desta experiência: a da criação do humano e seus modos de habitar o tempo e o espaço. Falar de Psicologia é falar de experiência humana de conhecer todas as coisas⁹, é falar da *subjetividade* enquanto processo, enquanto resultado de uma criação¹⁰, enquanto efeito de múltiplas forças; forças sociais, econômicas, ideológicas, científicas, políticas, culturais, psicológicas.

É aqui que retomamos o coletivo como dispositivo de ação: aquilo que nos reuniu inicialmente era o tema do *laço social*¹¹, o *laço social* que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, entretinha com a cultura; o lugar social que nos era destinado nesta rede de forças macro e micropolíticas, neste emaranhado de destinações e significações inaudíveis para a experiência individual e privada de cada trabalhador, estudante, professor, profissional, militante. Por isto o fazer Psicologia nos enlaçava ao tema do fazer política.

Fazia-se urgente saber reconhecer nas políticas de regulação e reprodução da vida; aquelas que em seus movimentos de ação nos enclausuravam no terreno das relações de competição, de territórios bem delineados, de capitais bem guarnecidos e guardados. O que queríamos eram políticas de solidariedade, *espaços* de partilha. Ou melhor, estávamos a propor que o *tempo* fosse destinado para encontros, bate-papos, horas de estudo, e torcíamos para que eles se revelassem em acontecimentos.

⁸ *Tradição* aqui conforme proposta pelo professor Renato Janine Ribeiro (2000) em *A sociedade contra o social – o alto custo da vida pública no Brasil*, publicado pela Companhia das Letras: “como aquilo que permanece, como os ativos de nossa cultura”. O autor vai justificar inclusive sua preferência pela palavra *patrimônio* a *tradição*, dada sua significação apontar para o conservadorismo. Eu optei por usar a palavra *tradição*, dado não haver na estrutura textual espaço para tal discussão. Mantenho, porém a nota para indicar ao leitor minha filiação ao usar a palavra.

⁹ Silva, André do Eirado. *Voltar as costas para o tempo: o problema da subjetividade em Bérghson*. In: Lancetti, Antonio. *Saúdeloucura nº 6 – Subjetividade*. 1997. p. 216.

¹⁰ Silva, André do Eirado. 1997. p. 209.

¹¹ Castel, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 1998.

Acreditávamos que as políticas subjetivantes têm de se apresentar mais como linhas de força micropolíticas, mais como produção de desejos do que na forma de convocações plausíveis, esperadas, ordenadas e destinadas a coletivos conhecidos. Assim, acolhíamos a heterogeneidade como estratégia de produção daquele coletivo, certos de que esta característica traria em si mais possibilidades de ação; ofereceriam aberturas para os temas em questão.

Foi assim, na fronteira da *desfiliação*¹² de algumas práticas sociais, como a do trabalho, ou da formação acadêmica continuada, ou da prática político-partidária, ou da institucionalização em entidades de classe, etc., que fizemos produzir um *espaço-tempo* para pensar, para perguntar e propor a Psicologia como *linhas de ação da diferença*¹³. Ali, numa sala do Conselho Regional de Psicologia⁰⁷ nos reunimos durante dois anos, semanalmente. Tempos e espaço em que acontecimentos se deram na vida de todos e de cada um de nós. Ação que modificou a configuração de algumas entidades que por ali passaram, que levou pessoas que por ali estiveram a outros domínios, a territórios impensados.

Interregno para uma cronologia

A história até aqui não está contada bem do começo, como cronologia. O que pode, de um certo ponto de vista, causar no leitor uma certa impaciência. Tudo bem, mas é que os fatos em si não são o ponto. O elemento principal é tudo aquilo que fazia tensionar nossas certezas, que possibilitava para nossas angústias, caminhos a percorrer. Ainda, o foco central desta escritura-pensamento deve tentar localizar os dispositivos, as ações, as proposições, aqueles atos que redundaram em agenciamentos singulares na história da nossa categoria, na história de nossas vidas, mudando rumos, redefinindo e delineando a passagem do desejo e suas mais novas produções: a de uma *Psicologia* que se apresenta como *prática-política social*¹⁴ e reconhece os *coletivos* como forças do contemporâneo que também concorrem para a produção daquilo que chamamos psicologias.

A organização deste livro é parte de um projeto escrito a muitas mãos. No ano de 1999 eu passei a compor junto com outros psicólogos, o que denominamos de *Grupo de Políticas Públicas*¹⁵. Àquela altura, esta era mais uma tentativa das entidades que nos representam de construir algumas ações e diálogos em parceria. Para mim era uma iniciativa. Desde que obtivera o título de psicóloga, tinha optado por um lugar mais invisível, uma trajetória certamente comum para aqueles que comigo partilharam de um tempo em que a formação era individualizante. Ao mesmo tempo em que era um desconforto a solidão

¹²Castel, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 1998.

¹³Orlandi, Luiz B. L. *Linhas de ação da diferença*. In: Alliez, Eric (org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: 34, 2000. p.49-64.

¹⁴Título das oficinas propostas no *Fórum Social Mundial* pelo Grupo de Políticas Públicas juntamente com o deptº de Psicologia Social e Institucional do curso de psicologia da UFRGS. – *práticas-políticas sociais contemporâneas: problematizando os coletivos do conhecimento e do trabalho*.

¹⁵O Grupo era um experimento entre as entidades. Com este nome ele agregaria os dirigentes do nosso Sindicato – SIPERGS, da Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI, do Conselho – CRP07, da Sociedade de Psicologia e colaboradores psicólogos interessados em compor o Grupo.

do consultório, era também um conforto, porque ali se estava protegido da psicologização generalizada que se encontra(va) nos espaços de convívio com outros psicólogos, sobremaneira, nos centros de formação. É claro, havia algumas exceções, mas ainda estas, não tão fortes o suficiente para reverberar nos consultórios a força dos *coletivos em ação*, ao menos dos coletivos que querem a Psicologia e vêm nela uma força, um vetor de produção de desejo¹⁶.

Este Grupo tinha clareza da necessidade de problematização da Psicologia como prática social, contudo ainda encaminhava esta questão no ideário convocatório, indicando para o que não é de todo falso, uma certa formação ideológica como estratégia capaz de produzir outras práticas em Psicologia.

Eu vinha há três anos dedicada a construir novas aprendizagens para minha vida: havia retornado aos bancos universitários, em busca de problematizar minha formação com a pesquisa acadêmica e, ainda, tencionava aprender sobre os laços institucionais, os vínculos de natureza estrutural, sua produção, seus fundamentos. Eu observava, já desde a graduação em Psicologia, que o currículo apontava para a livre-iniciativa, para a livre-escolha, mas uma liberdade que estava muito próxima de um espontaneísmo do pensamento, como se a vida não tivesse regras, como se a cultura não produzisse um pouco daquilo que temos de ser e fazer, bem como os limites de se fazer da Psicologia uma profissão. Assim, quando aportei no grupo, fui empurrada por *pulsões políticas*¹⁷, e não por revoluções contra a ordem estabelecida. Estar no grupo naquele momento atendia o desejo de me deixar subjetivar por algo que em minha subjetividade era tênue: a marca das estruturas. Trago em mim muito de soltura, de errância, de plasticidade que encontra forma com a mesma facilidade com que se desfaz e naqueles tempos era imperativo me deixar dobrar pelo tempo de outros saberes, de outras culturas, de outros, além daqueles que eu trazia em mim.

Por isto, as primeiras falas de uma convocação ideológica me desanimaram. Já tinha vivido isto tudo na adolescência, nos lugares mais inusitados que aqueles tempos podiam oferecer: os porões da Igreja, um padre psicólogo e dois professores de Psicologia de uma Universidade próxima, nos ensinando comunismo. Uma agenda revolucionária: alfabetização de catadores de lixo pelo método Paulo Freire, garantir o funcionamento de uma creche numa vila para mães de crianças carentes trabalharem, escrever projetos de ação, estudar os métodos “ver, julgar e agir”. Enfim, um mundo de proposições ativas, vivas que em minha memória faziam contraste com aquela que o Grupo estava a me propor. Eu, decididamente, não tinha muito interesse na proposta, mas resolvi ficar... aos poucos ... fui ficando ... e como lá estava, fui apurando a escuta.

¹⁶ Ver Coimbra, Cecília. *Guardiões da Ordem – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995, quando apresenta uma análise sobre o Movimento do Potencial Humano em sua gênese nos EUA dos anos 60 e a expansão de suas práticas na Europa e Brasil dos anos 70. p. 254.

¹⁷ Rolnik, Suely. *Revolução Molecular. Pulsões Políticas do Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

O momento decisivo foi quando o Grupo aciona uma estratégia de formação de Conselheiros de Saúde¹⁸ e então se abrem espaços para a ação. Daí em diante muda sistemática e continuamente a conformação do Grupo, os projetos, as tarefas, os temas, as atividades nas quais fomos nos implicando. Foi a possibilidade de trabalhar com o *pensamento* e com a *história* das práticas *psí*, contada pelos psicólogos, que fizeram desta iniciativa um dispositivo, abrindo passagem para uma sucessão de práticas do Grupo, de intervenções, de ações sempre mais próximas dos psicólogos e suas problemáticas, dos espaços de representação de classe, da produção acadêmica, das práticas político-partidárias, das questões sociais de outros coletivos, bem como de suas problematizações.

Nesse processo passamos a convidar instituições de ensino para colaborar com a proposta. Não mais para contar a história que eles escreveram e que nós gostaríamos de registrar, dar lugar numa publicação, não. Queríamos aprender, os tempos eram de aprendizagens. A Universidade Federal (UFRGS)¹⁹ prontamente nos atendeu, disponibilizando tempo para escutar nossas angústias, ouvir nossas propostas, assessorar o Grupo no seu processo de autogestão, além de abrir as portas da Universidade para parcerias na formação dos Conselheiros de Saúde, numa atividade conjunta chamada Curso de Extensão.

Depois passaram a circular pelo Grupo os colegas de várias instituições²⁰ com suas práticas em Psicologia. Nosso *slogan* era: queremos fazer o que nos cabe enquanto entidades de representação. Perguntávamos: o que vocês precisam? Quais as dificuldades de vocês? Do ponto de vista da legislação, em que processos poderíamos nos engajar para beneficiar as práticas em Psicologia nas quais vocês estão envolvidos? Nas instâncias de participação social, como a Conferência de Saúde, encaminhávamos credenciais para a inscrição de delegados. Nos diferentes Conselhos (de saúde, de assistência social, etc) acolhíamos as solicitações de psicólogos de diferentes cidades para obter assento nos eventos e lá poderem efetivar suas práticas. Ainda, mantivemos, por ocasião da Conferência Municipal de Saúde, contato com os psicólogos da rede pública de saúde. Não fazíamos nenhuma convocação, íamos até os locais de trabalho e propúnhamos auxiliar naquilo que eles, enquanto trabalhadores, tivessem interesse de obter apoio.

Muito resultou de todos esses movimentos. Os psicólogos do Estado passaram a telefonar, a buscar formas de contato e aproximação com o Grupo, novos colaboradores se apresentavam, alunos da UFRGS passavam a integrar os trabalhos, amigos se sentiam convocados²¹ pela proposta e além de

¹⁸ Este Encontro acontece no ano de 1999 junto a sede do CRP07, mas contou com as entidades que compunham o GPP, a saber: CRP07, SIPERGS, FENAPSI e SIPERGS, e eu como colaboradora.

¹⁹ Temos que registrar aqui que as professoras Jaqueline Tittoni e Gislei Lazzarotto do departamento de Psicologia Social e Institucional do curso de Psicologia estiveram conosco e nos receberam sempre que solicitamos.

²⁰ Cruz Vermelha, GAP/RS, CAIS Mentais, Projeto de Redução de Danos Prefeitura Porto Alegre, Gravataí, entre outras.

²¹ Usar a palavra *convocação* nesta altura do texto é para fazer lembrar Deleuze & Guattari quando nos dizem que as linhas de constituição de uma dada realidade são molares e moleculares simultaneamente, são linhas duras, linhas de segmentarização ou micropolíticas e que é deste e neste emaranhado que brotam as linhas de fuga, que a diferença encontra passagem para uma atualização. Obras sugeridas: DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Felix. *Micropolítica e*

integrar as reuniões, difundiam entre os seus o trabalho, o que resultava em um ambiente sempre repleto de novos: novos atores, novas idéias, novas idades, novos lugares para as aprendizagens em questão.

Vinculado aos trabalhos que literalmente inventávamos²² para dar ao Grupo mobilidade e ação, conseguimos fazer do Grupo um *lugar* e, penso que este foi o grande acontecimento: conseguimos criar, inventar, sustentar e fazer funcionar um lugar para nos acolher; a nós e a tudo aquilo que trazíamos de revés. O Grupo efetivamente com todas as turbulências, instabilidades, dissonâncias, desvios de rota, excessos de trabalho e sobrecarga de tarefas operacionais e burocráticas que de fato não lhe cabiam, funcionou. Operou em nós mudanças; funcionou para nós: produziu amarrações àqueles que andavam à deriva, deu mobilidade àqueles que estavam presos nas estruturas institucionais; deixou brechas para o *pensamento* entrar e se fazer alojado nas tramas da instituição, não como ideologia, mas como *ação*, como *força*, *potência de desterritorialização*.

Posso dizer que em certa medida, o Grupo mudou o sentido das entidades de classe: elas ao invés de fiscalizar, normatizar ou mesmo estar implicadas em lutas de outros coletivos (o que é pertinente e salutar) fizeram-se corpo para nós, abraçaram nossas inquietações, acolheram aquilo que de seu também é: o sentido e o valor da Psicologia para a cultura. Esta é uma causa que não podemos abraçar, acolher, abrigar na experiência individual. Precisamos estar laçados num campo-corpo que sustente esta inquietação e os movimentos intensivos do pensamento-ação, para produzir uma ou muitas respostas. Parece-me que esta é uma função ou o lugar do instituído nas nossas relações.

Nesse sentido, a duração desta experiência de contato das entidades com o estrangeiro habitando seus territórios, penso, precisa ser mantida, produzida. Contudo, sei que não são as forças lineares, contínuas, mas as intermitentes, aquelas capazes de nos surpreender. Ao menos, aposto que estas entidades podem vir a ser surpreendidas pelos psicólogos (por nós) que agora sabem ser dispositivos para ações coletivas, bem como acolhem ações em coletivos como práticas-políticas eficazes para as utopias e fabulações se fazerem no presente temas e problemas necessários para a produção da experiência da diferença na existência humana, na invenção da Psicologia como voz da cultura.

Segmentaridade. In: *Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia vol.3*. São Paulo: Ed. 34, 1996. DELEUZE, Gilles, PARNET, Claire. *Política*. In: *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998. DELEUZE, Gilles. *Bergsonismo*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

²² Isto pode fazer crer que não tínhamos Projeto. Tínhamos Projeto, mas economicamente a sustentabilidade das ações do Grupo estavam assentadas apenas numa das entidades e isto dificultava bastante a efetivação dos trabalhos. Em vários momentos tivemos que recuar e fazer o que era possível. As entidades, herdeiras e representantes da tradição estão muito atravessadas pela lógica das estruturas, o que cerceava os movimentos micropolíticos em processo. A maquinaria de codificação e segmentarização instaurava atuações em processo contra o grupo ou seus integrantes individualmente, então fazíamos movimentar toda a rede de tal sorte que estas ações – atuações em processo - não atualizassem no Grupo linhas de morte, de destruição. Neste aspecto os diferentes atores com quem dialogávamos cumpriam uma função vital: sustentar as reverberações dessas linhas de morte quando elas se multiplicavam intensivamente no grupo. Assim, sempre que essas linhas encontravam o fora, a alteridade, faziam fugir e constituir um território outro que não a auto-destruição.

Falando de projetos

Penso que podemos conversar um pouco sobre as formas de inscrição pública que o Grupo foi constituindo. Esta inscrição ou escrita de si, esta proposta na forma de **projetos de ação** em que o grupo ora aparece como dispositivo, ora é acionado por dispositivos institucionais, ora é convocado pela rede de relações que fez configurar.

Quero falar um pouco desses *projetos*. Não que seja este um espaço de relato, não. É tão somente porque eles integram um conjunto de devires guardados no tempo dos acontecimentos ou no futuro que estivemos tecendo. É somente nesta condição, a de que o futuro do presente aguarda por atualizações, que me ponho aqui a partilhar com vocês um pouco dessa história de projetos & *projetos*, de ações & *práticas* que guardam e aguardam interlocutores, intercessores capazes de acionar os movimentos de atualização destes virtuais, capazes de fazer escoar do futuro para o presente seus melhores momentos, suas propostas, suas políticas de ação. Então, selecionei algumas ações ou projetos para visibilizar diferentes formas de intervir experimentada pelo grupo. Um é o chamado encontro *itinerante em saúde pública*, o outro uma *incubadora de projetos sociais*, e por último a participação e a inclusão do Grupo na agenda do *fórum social mundial*.

Logo a seguir ao primeiro curso-encontro dirigido aos Conselheiros de Saúde Psicólogos (1999), redigimos um projeto de formação permanente em que o tema saúde pública tornava-se central. Damos a ele (nesta segunda proposta) um lugar para discussão, conhecimento e problematização, não só entre os Conselheiros, mas entre os professores universitários, estudantes de Psicologia, psicólogos, trabalhadores das redes públicas de saúde, conselhos de saúde, secretarias de saúde, ministério público, etc. Ainda, o projeto propunha-se a funcionar na forma de redes, em que as formas de contato e contrato das parcerias que o efetivariam, multiplicar-se-iam por diferentes cidades do estado, entre seus diferentes atores e funcionaria como um dispositivo de descentralização das ações das entidades, do ponto de vista propositivo, temático, ou gestor. Ainda, se abriria a possibilidade de aproximar o Grupo de outros que têm estado vinculados a esses temas ou formas coletivas de trabalho. Deste modo, o projeto em sua forma “final” configurou-se naquilo que se chamou *encontro itinerante de saúde pública* e que em sua primeira versão realizado em Porto Alegre, no ano de 2000, foi divulgado com o título *intervindo em saúde pública*.

Como já mencionei anteriormente, meu lugar no Grupo atendia e atende a uma denominação que as entidades chamam de *colaborador(a)*. É deste lugar que sempre fiz falar. É deste lugar que agora estou a falar. Em ocasiões distintas, uma dessas entidades²³ formalizou um convite para que eu integrasse a entidade como trabalhadora. Na ocasião, o convite vinha marcadamente valorizando minhas qualidades

²³ A entidade a que me refiro é o Conselho Regional de Psicologia, sétima região. O convite partiu das conselheiras Simone Poester Schmidt e Celia Trevisse do Nascimento que na ocasião integravam a diretoria da entidade.

organizativa e executiva. A seguir, o convite foi retomado, indicando que a entidade necessitava estruturar e propor políticas que sensibilizassem os psicólogos, para participação nas instâncias chamadas *comissões*.

Sensível que sou ao tema da participação e dos movimentos sociais, saudei o convite. Nesta saudação, incluí algumas questões problemáticas e implicações acerca de uma contratação profissional individual, pura e simples. Além disso, tenho estado ocupada há algum tempo com o tema dos coletivos. Esta ligação com os grupos está na minha vida para aquelas práticas silenciosas da vida cotidiana, aquelas não anunciadas, não publicadas, mas revestidas de afetos colocados nas parcerias intelectuais, sociais, e de trabalho. Foi nesse percurso de estar assumindo publicamente um desejo de me envolver mais fortemente com ações coletivas, no exercício da minha profissão, que então aceitei a proposta, fazendo uma outra: ao invés de ser eu a contratada, que se contratasse um *projeto*. Neste estaria não só eu, como outras pessoas do Grupo, outras instituições, outros profissionais. Soma-se a isto as questões que o contemporâneo tem proposto para a Psicologia, especialmente aquelas que sugerem o trabalho na forma de intervenção(ões) transdisciplinar(es) e coletiva(s), e isto me animava.

Todas as idéias que eu rabiscava, assinalavam para um *projeto* que poderia ser implementado por um coletivo, por vários, e assim o fiz. Convidei uma amiga e integrante do Grupo²⁴, para juntas redigirmos um *projeto* de intervenção para a entidade, constituindo uma rede de mobilidade e agenciamentos para os tempos próximos. O *projeto* chamou-se **incubadora de projetos sociais**²⁵. Nele articulavam-se ações que culminariam em práticas e intervenções às problemáticas das subjetividades contemporâneas na lógica das redes. Problemáticas da ordem da violência, do uso abusivo de drogas, da criança e do adolescente, das populações carcerárias, da geração de trabalho e renda, da saúde do trabalhador, dos moradores de rua, dos movimentos sociais, entre outros.

Os implementadores seriam os profissionais psicólogos que trabalham em coletivos autogestionários, aqueles organizados em ONGs, ou aqueles que quisessem fazê-lo. Ainda, o *projeto* contratado daria conta de orientar os profissionais psicólogos em sua organização para a participação das ações, de tal sorte que ao mesmo tempo em que estaríamos atendendo uma demanda que nos cabe na cultura – a especificidade de nosso saber e suas potências na atenção à saúde – também estaríamos subjetivando um outro modo de ser no exercício profissional, uma outra estratégia que não esta individualista e competitiva, à que temos sido lançados, esta estratégia “ou ...ou”, “ou você ... ou eu”. Queríamos radicalizar, experimentar a diferença mesmo, estávamos nos propondo a gestionar as linhas de ação da diferença que até nós chegassem. Em nossas expectativas haveria uma mobilidade dos coletivos em direção à proposta, forças (mais ou menos segmentares) entrariam em ação e o que queríamos era dialogar com elas, encontrá-las, dar passagem para potências que ali se movimentassem.

²⁴ Gostaria de aqui assinalar o nome de Luciana Fim Wickert.

²⁵ A elaboração do projeto contou com a colaboração da professora Gislei Lazzarotto.

A sustentabilidade econômica se faria parcialmente pela captação de verbas em organismos de fomento nacionais e internacionais e pela entidade que solicitou a elaboração do projeto. Ainda, as universidades, juntamente com outras instituições, com ações de relevância social integrariam o processo de acompanhamento, problematização e produção da análise das propostas encaminhadas, aceitas e implementadas. Ainda, parcerias com o poder público local e regional dariam conta da mobilidade das ações propostas. Ou seja, estaríamos criando condições para ações em psicologia em acordo com as políticas públicas mapeadas, com demandas conhecidas. Para os psicólogos estaríamos favorecendo o exercício profissional remunerado numa área de atuação premente e significativa para a cultura, cumprindo efetivamente com nosso papel social.

Enfim, a **incubadora** seria um dispositivo de fazer nossa instituição de representação ocupar um lugar que no contemporâneo nos tem sido expropriado: o público. É disso que se trata: não há mais lugar para os debates, para os diálogos, para se fazer propostas, para o pensamento, para os encontros. Os processos de globalização não são somente econômicos, são também de destruição dos lugares, de ocupação dos espaços, de vazamento das subjetividades e seus modos de viver. Alguns poderão dizer: mas e o espaço político partidário ou mesmo de governo não tem esta incumbência? Penso que estes lugares não dão conta do avanço avassalador do novo capitalismo, além do que não se pode colocar numa instância desta natureza todas as formas de participação ou mesmo ação política, ao menos no campo das subjetividades. Ainda, as metamorfoses operadas sobre a cultura têm sistematicamente reduzido nossas possibilidades de ação. Por isso, me parece que o imperativo é fazer lugar, fazer inventar *corpus*, redes, tramas que acolham a necessidade de problematizarmos as políticas subjetivantes; fazer inventar dispositivos para enfrentarmos essas acelerações dos tempos, o desmantelamento das formas de ser e viver com propostas que respeitem e acolham práticas que para a experiência humana são relevantes, muito embora para o capital não o sejam. É disso que se trata, precisamos ter posições, fazer e sustentar proposições.

Foi desta perspectiva o convite que o Grupo recebeu da UFRGS: integrar o **Fórum Social Mundial de 2001**. Resultou desse convite a proposição conjunta de duas **oficinas** ao programa oficial do **Fórum**. Nessas, estiveram presentes como debatedores, responsáveis pelos trabalhos, a professora Edith Seligmann-Silva (Fundação Getúlio Vargas), o professor José Vicente Tavares (UFRGS), a professora Regina Benevides de Barros (UFF), o professor Eduardo Passos (UFF) e muitos outros professores universitários, estudantes, e profissionais que têm estado ocupados em produzir ações e saberes para o enfrentamento das problemáticas contemporâneas que se põem sobre as subjetividades. A inscrição do Grupo no **Fórum** deu visibilidade para as ações da entidade, de tal sorte que no ano seguinte houve um chamamento coletivo para a categoria participar do **Fórum**. Cabe dizer que as ações do grupo foram empreendidas sempre na fronteira das práticas instituídas. Nós os colaboradores, sustentávamos esta transitoriedade, arrisco dizer que fomos o lugar de passagem para essas alianças e

junto com as entidades ajudamos a escrever um pouco dessa história. Penso que esta foi a escritura de uma história *menor*²⁶, feita no avesso de um tecido, cuja estrutura das tramas foi a presença dos diferentes atores, agentes ou intercessores que se acercavam do grupo ou nos acolhiam quando chamávamos. Penso foram eles a trama que sustentou esse experimento singular.

À guisa de conclusão

Os projetos acima assinalados são recortes de um percurso tecido, escrito e inscrito por um coletivo movente, provisório e instável. Aqui, não há nenhum desconforto em constatar a transitoriedade do Grupo, não. É uma experiência atual, uma das formas possíveis de ser, de existir no contemporâneo. Penso que esta transitoriedade foi o que viabilizou a escritura, a virtualização de tantos projetos; contudo, muitos deles estão guardados no tempo dos devires e aguardam tempos para sua atualização (realização), entre eles a implementação da Incubadora de Projetos Sociais.

Por isso, neste artigo construí uma análise acerca da experiência do Grupo de Políticas Públicas. Penso que essa é uma forma de podermos nos inscrever noutros processos, noutro lugar. Explicito que é do lugar da experiência e suas implicações para a produção de processos subjetivantes que construí esta narrativa. Ainda, faço ocupar aqui o lugar do sujeito moderno, inscrito na experiência individual e privada da subjetividade, e é desde aí que falo. É desta possibilidade de fazer falar a cultura, a história, a política, a economia, as relações e seus efeitos nas subjetividades que eu me apresento como narradora desse experimento: do Grupo como um experimento potente e vivo que trouxe para o pessimismo que insiste em mim, a dimensão das possibilidades (e limites) de ação de uma instituição de representação, de uma entidade de classe.

Encerro, fazendo um agradecimento a todos e a todas que conosco estiveram, que se acercaram do Grupo, que acolheram nossos convites, que ativamente dispensaram seu tempo precioso, que colocaram lá suas horas de estudo, sua produção intelectual, suas horas de trabalho, seus filhos; que fizeram do Grupo um pouco de suas vidas. Às instituições que nos receberam, à UFRGS e seus professores, pela sua generosidade em acomodar o sem fim de demandas que lá chegaram, à professora Phd. Neusa Guareschi que acolheu a publicação deste livro, certa da relevância social de nosso trabalho, ao professor Dr. Pedrinho Guareschi pela sua função política na nossa profissão: fazer visível a reflexão e a crítica das nossas práticas, apostando nos devires da Psicologia.

²⁶Deleuze, Gilles. *Kafka – por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1977.

Referências Bibliográficas

- Alliez, Eric (org.) *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: 34, 2000.
- Castel, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Coimbra, Cecília. *Guardiões da Ordem – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- Deleuze, Gilles, Guattari, Felix. *Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia vol. 3*. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- Deleuze, Gilles, Parnet, Claire. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- Deleuze, Gilles. *Bergsonismo*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- Deleuze, Gilles. *Kafka – por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1977.
- Figueiredo, Luis Cláudio. *A invenção do psicológico-quatro séculos de subjetivação (1500-1900)*. São Paulo: Educ/Escuta, 1999.
- Lancetti, Antonio. *Saúdeloucura nº 6 – Subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Rolnik, Suely. *Revolução Molecular- Pulsações Políticas do Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

Representações do SUS para psicólogos em Unidades de Saúde: Indagações e possibilidades

Júlio César Diniz Hoenisch

A idéia de escrita deste artigo nasceu das solicitações de várias pessoas sobre os dados obtidos no trabalho de conclusão da Especialização em Políticas Públicas da Saúde, realizado por mim, Júlio César Hoenisch e Neila Pezzi. Esta especialização é promovida pela Escola de Saúde Pública do RS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, onde fomos alunos no ano de 2000.

O trabalho, que consistiu em um estudo exploratório, tratou de uma temática ou pergunta bastante simples: quais as representações que o psicólogo que trabalha em unidades de saúde constrói a respeito do Sistema Único de Saúde?

Esta pergunta nos inquietava na medida em que no decorrer da pós-graduação, nos deparávamos com modelos de atenção à saúde e prerrogativas do Sistema que implicavam questões fundamentais para o trabalho da Psicologia²⁷.

Tanto eu quanto a Neila vínhamos de uma trajetória com o trabalho “público”, digamos assim: eu, na época era voluntário no Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul e havia ministrado recentemente um treinamento para lideranças comunitárias em HIV/Aids, pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Neila trabalhava na coordenadoria de saúde do Estado, mais especificamente, da região de Caxias do Sul.

Desta maneira, tínhamos algum conhecimento a respeito de como funcionava o Sistema Único de Saúde, de sua proposta política de inclusão e atenção à saúde. Entretanto, restava a pergunta : como havíamos formado nosso conhecimento sobre o SUS?

Esta pergunta foi levando-nos a desdobrá-la de maneira instigante, pois éramos partidários de que um trabalho de pesquisa deve ser fruto do desejo de quem o realiza (creio que isso se deu por influência da tradição francesa da Psicanálise, da qual ambos eram tributários). Estes desdobramentos foram nos conduzindo, inicialmente para uma *genealogia do nosso conhecimento*.

Paulatinamente, fomos reconstruindo nossa história e fomos cruzando impressões. A primeira e mais consistente, da qual nenhum dos dois discordava, era a de que a formação, o curso de Psicologia,

²⁷ Tais questões ficarão claras no decorrer deste trabalho, mas tratava-se, fundamentalmente da necessidade de abandono de uma perspectiva medicalizada de saúde e a busca de uma prerrogativa política mais ampla. O próprio fato de associar saúde e política não é tradição na Psicologia, com exceção do segmento de Social. Entretanto, o próprio SUS constitui-se mediante um trabalho político amplo e, por suas características, ocupa um lugar afastado do projeto Neoliberal ou de Estado Mínimo. De qualquer forma, a Psicologia, mesmo no seu segmento mais combativo, não deu ênfase ao SUS como um projeto político e, certamente, ele o é.

não nos preparou para o trabalho na saúde pública, muito menos para trabalhar com um conceito de saúde complexo como o presente no SUS²⁸.

Como deveríamos saber, o Sistema traz implicado na sua construção, uma perspectiva de saúde muito mais ampla do que a simples *ausência de doença*, denominada pela Medicina clássica e da qual os cursos de Psicologia, em sua maioria são herdeiros: estar saudável é estar sem doenças. O conceito presente no SUS amplia fundamentalmente a saúde para um bem-estar que implica uma perspectiva regida pela coletividade, fruto do controle social e de uma concepção não individualizada do adoecer, que era outra questão muito importante, conforme previsto na Lei que regulamenta o SUS, 8080/90.

A importância do descentramento da idéia do adoecer como um processo unicamente individual, coloca-nos o fenômeno da saúde como um acontecimento complexo, bastante distanciado dos princípios da lógica flexneriana de saúde, que indiretamente e por proximidade com o movimento de denominação da Psicologia como ciência *biomédica*, é via de regra preponderante na formação profissional²⁹.

Logo, havíamos produzido nosso primeiro passo de pesquisa; construímos nosso problema: qual a representação do SUS para psicólogos em unidade de saúde? Em seguida, pensamos nas ressonâncias que adviriam do trabalho em unidades de saúde, se, hipoteticamente, trabalhássemos na ponta dos serviços: saberíamos dar os encaminhamentos corretos, no que tange aos direitos do usuário? Nossa formação nos proporcionaria uma reflexão sobre a saúde do usuário, como uma responsabilidade profissional?

Como esta pergunta continuava ressoando, ou seja, não era respondida com facilidade, estava construído o segundo passo da questão: a relevância social do tema. Ficava patente que, a partir da concepção de SUS, dos sentidos construídos, o profissional da Psicologia teria uma ação que poderia ser muito fecunda em termos de proposições em defesa da saúde.

Dessa forma, montamos nosso projeto e nos propusemos a realizar um estudo, como já disse, exploratório. Denominamo-lo assim, porque não seria um estudo com ambições de ser prescritivo, nem de esgotar o tema ou com resultados passíveis de generalização. Isso, fundamentalmente, porque não

²⁸ É evidente a complexidade do conceito de saúde na Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, em seu artigo 3º, que determina: *A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.* Não obstante isso, encontramos ainda a integralidade e o direito à saúde como um princípio universal, respaldado pela Constituição de 1988.

²⁹ A perspectiva flexneriana (termo advindo do relatório organizado por Flexner, nos EUA) consiste em traços que poderíamos determinar como: a) mecanicista, na medida em que se trata da interação exclusiva do organismo com o agente patológico, em um processo em cadeia onde é possível intervir, fazê-lo retroceder ou cessar; b) biologicista, uma vez que o processo de saúde/doença exclui sua dimensão social e c) individualista, tendo em vista que a doença se inscreve no corpo de um indivíduo particular, sendo este responsável direta e exclusivamente por sua saúde e os destinos que esta vai tomar a partir da infecção. O caso da Aids, em seus primórdios, é emblemático neste sentido. Até pouco tempo, as campanhas do Ministério da Saúde utilizavam uma propaganda calcada na *Pedagogia do Terror*, como bem determina Meyer (2000).

tínhamos muito tempo para realizar a pesquisa. Partimos para a construção do referencial teórico e da (fetiche de todo professor orientador) metodologia.

Aqui, na época, encontramos um problema. Tínhamos uma formação extra-universitária muito voltada para a temática da representação e da linguagem, compreendendo o processo de construção de sentido como sendo impossível de determinar-se como ou exclusivamente da ordem do individual ou exclusivamente da ordem do coletivo³⁰. Pensamos, e, ao final de algum tempo, resolvemos optar pelo referencial de Serge Moscovici, a Teoria das Representações Sociais.

A primeira menção ao termo *Representação Social* foi realizada por seu, digamos criador, Serge Moscovici, no já clássico estudo *Psychoanalyse: son image et son public* (Moscovici, 1972). Ao realizar este estudo, Moscovici empreende um movimento proposital de crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas das teorias que compunham o cenário intelectual da época na França. Ou seja, implicava ou buscava-se uma ruptura epistemológica significativa com uma idéia de ciência asséptica.

A pontuação contra a assepsia marcava a ciência como uma invenção humana, ou, preferencialmente, como fruto da construção humana, sendo impossível concebê-la como um fenômeno *em si*.

Essa perspectiva nos agradava, pois a vertente francesa da Psicanálise tinha uma implicação com o estruturalismo e o marxismo, proporcionando uma dimensão material e histórica aos fenômenos que era bastante aprazível de se trabalhar³¹.

Entretanto, ao escolhermos as Representações Sociais, nos deparamos com alguns problemas, tais como compreender que a Representação Social tem como conceito, segundo o próprio Moscovi (1978, p. 28):

...a representação social é um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação.

³⁰ Como se sabe, a questão do individual x coletivo não é uma questão, digamos *tranquila*, quer seja em Psicanálise ou na Psicologia. Acompanho Norberto Elias na idéia de ser uma falsa oposição: "Ela só se justifica enquanto se adere à crença tradicional em que alguns aspectos psíquicos seriam puramente 'individuais' – e independentes do fato que a pessoa humana cresce e, normalmente, vive entre outras pessoas – ao passo que outros, ao contrário, seriam puramente 'sociais' e, nessa condição, separáveis do 'individual'. Notemos claramente que seria algo como da ordem de uma dupla ontologia do sujeito, uma *social* e outra *individual*, o que seria um absurdo epistemológico. Entretanto, não digo que não haja quem a sustente.

³¹ Isso não quer dizer que nosso estudo estivesse voltado para uma análise da ideologia, ou da estrutura. De forma alguma; na verdade, como fica claro, penso, no decorrer deste trabalho, estaria mais voltado para a corrente pós-estruturalista e afastada da idéia da ideologia como um processo determinante de subjetividades em um sujeito que não poderia lhe fazer resistência. Não compartilhávamos dessa idéia; entretanto, a materialidade e a identificação de sujeitos históricos era e é importante para compreendermos os processos e efeitos dos jogos de força que nos constituem hoje, como profissionais. A ideologia não é desprezada, o que seria ingenuidade. Apenas consideramos que existem processos e contradições na constituição de sentido que não são *exclusivamente* ideológicas. Se assim fosse, estaríamos crendo na existência de um sujeito constituído como uma unidade e passível de emancipação, ou seja, o homem do Projeto Iluminista, como bem coloca Peters (2000).

A questão que nos colocava em um grau de insatisfação com o conceito de representação social é a idéia de *representar um objeto*. E, coadunado a isso, a idéia de que as representações sociais poderiam ser *mistificadoras* da realidade.

Ora, as teorias contemporâneas da representação, sobretudo propugnadas por autores com Hall (1994) e Silva (2000) nos colocam a idéia de que não temos acesso à realidade, mas sim, somente à formação imaginária - ou discursiva - do real; de forma que a realidade *em si*, não está por detrás da representação. Tratava-se de uma questão epistemológica que não poderia ser facilmente vencida.

Dessa forma, na época, realizamos uma empreitada de relativização do conceito de representação, sendo que hoje, se o realizássemos novamente, não denominaríamos a representação de *social* e, certamente, ficássemos com a proposição do construcionismo social, empregado por Ibañez (1992) e Veiga-Neto (2000), que coloca que a representação deve ser entendida como uma *apresentação*, uma vez que não há a possibilidade de haver um *por detrás*, a ser desvelado. Não é possível uma metalinguagem, de onde sairíamos da linguagem para ver o mundo ou as coisas *tal como ele é* e após, voltaríamos ao mundo e reagruparíamos os *factos* com a linguagem.

Assim, empreendemos a tentativa de um híbrido epistemológico. Além disso, precisávamos pensar em uma metodologia que fosse adequada ao trabalho empreendido, pois não realizaríamos um trabalho na perspectiva tradicional de ciência, onde sujeito e objeto estão tradicionalmente separados.

Decidimos pela entrevista aberta como modo de coleta de dados, com uma série de tópicos e assertivas sobre o Sistema Único de Saúde e fomos a campo. Escolhemos três cidades do Estado, Porto Alegre, Pelotas e Caxias do Sul, e realizamos as entrevistas. Determinamos um número de dois psicólogos que trabalhassem em unidades de atendimento, sendo indiferente se funcionários do Estado ou da Prefeitura.

Além da questão teórica da representação, precisamos realizar um levantamento de qual o espaço desse trabalho no histórico da Psicologia como profissão no Brasil, que mais se aproximava das políticas da Saúde e indicava alguma intimidade entre a proposta política do SUS e possíveis intervenções.

Buscando iniciativas anteriores

O levantamento histórico, fatalmente, nos conduziu à década de 70 e às primeiras iniciativas brasileiras de ruptura com a psicologia social hegemônica na época, fortemente marcada pela influência americana³². Encontramos Wanderlei Codo e Silvia Lane como precursores desta perspectiva, que nos levou ao clássico livro *Psicologia Social: o homem em movimento*. O surgimento da ABRAPSO, em 1980,

³² Melhor seria dizer com a Psicologia inteira como saber, uma vez que muito do conservadorismo, adaptacionismo e moralidade revestidas de ciência ainda se fazem presentes em nossa profissão.

também se constituiu num marco em direção a indagações de peso junto à Psicologia como ciência e profissão. Infelizmente, parece que o cunho crítico e revisionista do papel do psicólogo não atingiram a clínica, pelo menos no Rio Grande do Sul, com a mesma intensidade³³. Como bem nos indica Bezerra Jr. (1999) é impressionante como os modelos de atendimento psiquiátricos e adaptativos conseguem se manter, mesmo em ambientes com uma perspectiva de atendimento voltado para o modelo antimanicomial, de forma que freqüentemente encontramos propostas progressistas com modelos clínicos extremamente cristalizados.

As primeiras iniciativas de aproximação com as políticas públicas e trabalhos semelhantes aos realizados hoje em unidades de saúde, foram os descritos por Lane (1986), e ocorrem em 1981, nas iniciativas do Projeto de Saúde Mental Comunitária.

Segundo a autora, a perspectiva de trabalho dos psicólogos comunitários articulava-se fundamentalmente em três categorias principais de análise: *atividade, consciência e identidade*. Além disso, pela influência marxista, marcante nesta época, a linguagem também se configurava como marcador importante no trabalho, o que abre a possibilidade do aparecimento da Teoria das Representações Sociais, logo em seguida.

Dessa forma, em termos genéricos, o trabalho do psicólogo ficou um tanto restrito a essas atividades, de peso, sem dúvida, mas que não conseguiram se difundir e marcar o espaço de trabalho público, como uma forma sólida de ação do psicólogo.

No mesmo sentido vai Bock (2001), considerando que a Psicologia sempre esteve marcadamente a serviço das classes dominantes e elites do país, de maneira que a formação constitui-se por um caráter prescritivo e domesticador das subjetividades.

Em outra oportunidade (Hoenisch, 2000), pude abordar a dificuldade para nossa classe profissional em termos de busca de campo de trabalho, principalmente, no que denominei campo de *atuação tradicional* do psicólogo. É marcante a necessidade de pensar a Psicologia em busca de uma forma de atuação, principalmente na clínica, menos descritiva e psiquiatrizada, pois do contrário, com o crescente avanço das neurociências, ao psicólogo resta um papel anacrônico³⁴.

³³ Para uma discussão mais aprofundada sobre os impasses da clínica no contemporâneo, vide Guareschi (2001) e Birman (2000).

³⁴ Joel Birman reflete de maneira muito lúcida a respeito desta questão, mostrando que na sociedade do espetáculo, a estetização do *Eu* exige rapidez e eficiência contra qualquer sentimento de incompletude na subjetividade. O discurso contemporâneo requer uma sociedade sem faltas, um sujeito veloz, aderente rápido de um novo pacto com a ciência, que Birman faz analogia com o realizado por Fausto, na obra de Goethe. Na atualidade, como na obra, a repulsa à velhice, à decadência e à finitude é reforçada. Os psicotrópicos, agora contém a promessa de uma panacéia, de um "admirável mundo novo", onde a *felicidade* é um imperativo (Birman, 2000). Além disso, ousou dizer que este momento é de repulsa a qualquer possibilidade de melancolia ou movimentos reflexivos. Pensar sobre a condição humana, hoje se tornou um movimento tido como *down, pra baixo*. Sejamos *felizes* o tempo inteiro, este é enunciado irrefutável.

Do saber ao não saber: o SUS e o trabalho do psicólogo

Imbuídos por um espírito de curiosidade, realizamos as entrevistas logo após a aprovação do projeto pela banca examinadora da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Em média, as entrevistas tiveram duração entre uma hora e uma hora e meia e todas as pessoas sorteadas eram do sexo feminino, sendo que duas trabalhavam com DSTs e Aids.

Os primeiros resultados do trabalho realizado nos surpreenderam um pouco. É bem verdade que nossa formação é muito deficitária em termos de saúde e políticas de atenção, mas as profissionais não conheciam os princípios do SUS, sobretudo no que concernia às diretrizes da luta antimanicomial. Ou melhor, conheciam alguns tópicos básicos, de senso comum. Não havia uma apropriação um pouco mais específica das profissionais sobre a questão.

O que poderia ser ilustrativo disso, seria, por exemplo, a confusão em termos do controle social, que as profissionais entendiam como sendo algo importante, mas não viam como elas deveriam interferir neste processo.

A argumentativa principal ocorria por uma espécie de *herança* da formação, onde o traço cientificista coloca a neutralidade técnica como algo fundamental para o trabalho psicológico. Muitas vezes, as profissionais referiam que a neutralidade era necessária para garantir a transferência, conceito advindo da Psicanálise, como bem sabemos.

É evidente que a formação, principalmente em nosso estado, que se propõe ou se diz de fundo psicanalítico – esta questão é extremamente controversa dentro das diferentes tendências da Psicanálise – envolve alguns problemas de adequação para o espaço público, mas ainda assim estaríamos nos referindo ao trabalho individual, distanciado da noção de política pública.

Esta tradição psicanalítica na formação leva os profissionais a crer que o psicólogo precisaria de um *setting* adequado e este estaria ausente por uma questão de falta de condições fornecidas pelo estado. Por estar distante dos ditames tradicionais da clínica privada, constituía-se segundo elas, um trabalho meio *improvisado*, longe do que se pretende como ideal:

Ah, fica muito difícil de trabalhar nestas condições né... a unidade não nos dá uma sala como tem de ser, com um ambiente que sirva para o trabalho com o mundo interno da pessoa... Então a gente faz como dá, né.

O ideal, segundo surge no discurso das entrevistadas, seria realizar um acompanhamento individual, com mais de uma sessão semanal; uma vez que isso não é possível, a estratégia é o atendimento em grupo.

No caso do atendimento em grupo, uma categoria que, como vimos está realmente associada à herança dos primórdios da psicologia comunitária, é a prática entendida como mais próxima do fazer

saúde pública. Há uma preocupação com a demanda e com a administração desta demanda, principalmente, calcada no psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico é a marca que reunirá os grupos. Assim, montam-se os grupos dos *deprimidos, dos HIV, dos psicóticos*, com implicações teóricas e clínicas que têm sido consideradas sumamente delicadas; alguns autores, como Zigmann (2001) entendem que a organização de grupos sob a égide do diagnóstico pode ser reforçadora do sintoma. A fala de uma entrevistada ilustra este dispositivo em ação:

Tem de separar as pessoas, tem de colocar junto as pessoas que são HIV para que se ajudem mutuamente. Tendo os mesmos problemas, os casos de uns servem de exemplo para os outros.

Neste caso, está clara a alusão da patologia como determinante de uma forma de contorno identitário, como se reunir os indivíduos através do diagnóstico fundasse uma hegemônica forma de ser que se ajustaria em forma de espelhamento; importante ressaltar que a psicóloga refere-se aos indivíduos como sendo o diagnóstico.

Outra categoria presente, e muito preocupante no discurso das entrevistadas é de que, a despeito de não conhecerem o projeto político-operacional do SUS, consideravam que este era muito difícil de ser implementado. Falava-se que a proposta não andava, que se tratava de uma intenção interessante, mas não entendida como viável. Era muito difícil o Sistema Único se implementar, principalmente, pelo que foi denominado de *falta de consciência* da população.

A falta de consciência era não conhecer os seus direitos como usuário. O paradoxo estava que as profissionais também não conheciam os direitos do usuário a fundo, nem eram capazes, ou responsáveis, no seu entendimento, de esclarecer ou indicar ações para os mesmos. Uma base de argumentação residia, por outro lado, no fracasso de órgãos anteriores, como o INPS, e afins:

É sempre assim, né, o pessoal demora para entender qual o nosso papel aqui. Mas a culpa até não é deles, o problema é que o SUS... como o INPS, são muito falhos... São muito... desorganizados...

Dessa forma, as ações em saúde estariam emperradas, de um lado, por falta de vontade política, e por outro, pela falta de *maturidade* da população.

Outra categoria interessante foi a que denominamos de *metapsicológica*, onde os fatos são rapidamente reduzidos ao jargão psicanalítico, principalmente, no que tange às dificuldades de trabalho. Algumas profissionais colocavam a possibilidade de tratar-se de resistência (no sentido analítico do termo) de sua parte em, por exemplo, lidar com grupos³⁵.

³⁵ Como já vimos, a marca dos primeiros trabalhos próximos da saúde pública é o trabalho em grupo na psicologia comunitária. Esta marca continua sendo atualizada, mas vista como uma dificuldade com a qual o técnico não está preparado para operar.

O trabalho com crianças é emblemático e mostra-se impregnado da necessidade de *disponibilidade emocional* para lidar com esta população. Evidentemente, tais assertivas têm resultados pouco eficientes na construção da implementação do SUS, pois colocam novamente, a questão em termos individuais, alijando o psicólogo do processo e colocando a questão das políticas públicas como exteriores a esta prática. Entretanto, são as políticas públicas que podem, inclusive, determinar qual o modelo clínico que deverá ser aplicado no trato dos pacientes, como é o caso da reforma antimanicomial, que abandonou a eletroconvulsoterapia. Todavia, como já foi referida, a mudança do modelo clínico ou no mínimo sua reflexão, mostra-se uma tarefa extremamente árdua, passando por alguns problemas na formação profissional, ainda calcada em valores e princípios questionáveis do ponto de vista ético.

Algumas considerações

Foi possível, no trabalho realizado, coadunado com minha experiência no Grupo de Políticas Públicas do CRP07, concluir que a inserção do psicólogo no trabalho público necessita de uma reflexão urgente, sobretudo na formação acadêmica. A ampliação das dimensões políticas e jurídicas do trabalho em saúde (e torno a frisar, não restrito à saúde mental) necessita de discussão e de maior relevo. Observamos que a necessidade de um trabalho do psicólogo nas unidades de saúde implica uma performance para a qual, via de regra, não estamos preparados.

Não se trata, em minha opinião, de uma *sociologização* do conhecimento do psicólogo, nem de uma espécie de migração de saber ou abandono do saber constituído. O que resulta importante é produzir conhecimento dentro da perspectiva da Psicologia como ciência, em busca de *híbridos* de saberes, performances mestiças, voltadas ao entendimento que o processo de saúde ou adoecimento passa por um corte fundamentalmente social ou coletivo.

Mostra-se urgente um afastamento da psicologia descritiva, com diagnósticos e testagens tributárias da psicopatologia, que como já disse, são da ordem de um conceito de saúde anacrônico e medicalizado, pois individualista.

Penso que são necessárias ações e apropriações, por exemplo, quanto ao modelo de saúde que é adotado, a inserção do psicólogo na unidade, suas diretrizes de trabalho, etc. Nenhuma das entrevistadas soube dizer que modelo de atenção à saúde era empregado por seu município (se Em defesa da Vida, Cidade Saudável, propugnados pela OMS). Isso é significativo e preocupante; não foi referido nenhum dos ideais que conduziram – e conduzem ainda – a reforma antimanicomial no Rio Grande do Sul, precursor no assunto, como sabemos.

Também é fundamental lembrar que o próprio saber do psicólogo deve estar a serviço da promoção da saúde (como qualquer profissional desta área sabe, ou deveria saber), e, logo, o *conceito de saúde* precisa ser revisto de maneira urgente.

Não coube, nem cabe aqui, responsabilizar exclusivamente os profissionais por não constituírem um saber ou prática mais implicado na saúde; isso seria reduzir a complexidade do trabalho em Psicologia a uma questão individual. Longe disso, principalmente, porque os serviços também necessitam de treinamentos e orientações continuados em direção a uma constante atualização do corpo técnico.

Um problema realmente significativo não reside só na formação, mas na bibliografia que os concursos na área da Psicologia empregam, via de regra. Recentemente, a bibliografia de um concurso para uma cidade da grande Porto Alegre consistiu basicamente em manuais de Psiquiatria e o DSM IV. Evidentemente, estes marcos psiquiatrizam o perfil dos profissionais que ingressam no sistema, sem referir ainda que bibliografias como essas não propiciam reflexões sobre práticas inclusivas, diretrizes antimanicomiais e nem sobre a condição do sofrimento psíquico, de forma que não seja medicalizada e referida ao *estar doente*. Enfim, as mudanças passam também pelo modelo de profissional que se deseja e se contrata.

Resta acrescentar que é sumamente necessário ao trabalho do psicólogo a relativização dos seus saberes, a indagação (principalmente na clínica) quanto às perigosas generalizações e prescrições que freqüentemente encontramos, sobretudo na psicologia do desenvolvimento.

Outra necessidade é admitir que o nosso corpo de conhecimento, tradicionalmente construído na formação universitária, não dá conta da complexidade que o contemporâneo nos coloca e, que, via de regra, é a concepção de que o trabalho do psicólogo é colocar as coisas que estão *fora do lugar* em seu eixo adequado. Uma das entrevistadas, referindo-se ao trabalho com crianças, disse que a *criança* saía dos *trilhos do desenvolvimento* e que era tarefa do psicólogo recolocá-la nos trilhos! Evidentemente, esta posição causa, pelo menos para mim, desconforto, indicando a prepotência de uma ação que indica que o profissional sabe qual é o caminho e que, a partir de seu saber, é possível, pela via de ação ortopédica, colocar as coisas em seus *lugares devidos*.

Esta psicologia da adaptação, atemporal e a-histórica, todos nós conhecemos bem. O desafio que nos resta é abandonar o lugar frágil e ilusório de que sabemos muito e admitirmos o não saber, a precariedade do nosso corpo de conhecimento e a necessidade de constituírem-se novas formas de trabalho, novas posturas (que, no final das contas também é ética) em defesa dos ideais que permeiam nossa profissão, pelo menos em seu código de Ética.

Se pensar as políticas públicas nos coloca, indefectivelmente a tarefa de repensarmos os coletivos e ações da saúde que formam a tessitura do corpo social em que vivemos, que este exercício seja feito rápida e eticamente, em busca de um trabalho sério e comprometido com o bem-estar social, como os princípios do SUS trazem tão bem em sua regulamentação.

Referências bibliográficas

- BEZERRA Jr, Benilton – *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo* – Taubaté/SP, Cabral Editora Universitária, 1999.
- BIRMAN, Joel – *Mal estar na atualidade* – Rio de Janeiro, civilização brasileira, 2000.
- BOCK, Ana Maria – *Desafios da Psicologia na Contemporaneidade* – II Jornada Pós Graduação em Psicologia da PUCRS – Anais – 2001.
- GUARESCHI, Neuza – *Pesquisa em Psicologia Social: de onde viemos, para onde vamos* in Psicologia Social, políticas e implicações/org. Nelson Eduardo E. Rivero. Santa Maria: ABRAPSO SUL, 2001.
- HALL, Stewart – *Representation: Cultural Representations and signifying practices* – Londres: The Open University, 1997.
- HOENISCH, Júlio César Diniz, PEZZI, Neila – *Representação Social do SUS para Psicólogos em unidades de saúde: repercussões na cidadania*. Monografia de especialização em Políticas Públicas da Saúde, da Escola de Saúde Pública do RS, 2000.
- HOENISCH, Júlio César Diniz – *Por que Trabalhar com Políticas Públicas?* In *Jornal Entrelinhas*, publicação bimestral do Conselho Regional de Psicologia 7ª Região, Nº 3, ano 2000.
- IBAÑEZ, Thomas – *Psicologia Social Construcionista* – México, Universidade de Guadalajara, 1994.
- MEYER, Dagmar – *Educação em saúde e prescrição de “formas de ser e de habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade* – in *Formas de ser e habitar a contemporaneidade* – Porto Alegre: ed. Universidade/UFRGS, 2000.
- MOSCOVICI, Serge – *A representação social da Psicanálise* – Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 1976.
- SILVA, Tomas Tadeu da – *O currículo como fetiche* – Belo Horizonte, ed. Autêntica, 2001.
- VEIGA-NETO, Alfredo – *As Idades do Corpo* – in *Utopia e democracia na educação cidadã*/organizado por José Clóvis de Azevedo, Pablo Gentili, Adréa Krug e Cátia Simon – Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/Secretaria Municipal de Educação, 2000.

A Produção do conhecimento, a psicologia e as políticas

Luciana Maria Sehn³⁶

Quando comecei a escrever este texto, fiquei duvidosa quanto ao uso do tempo do verbo, percebi que utilizei dois: mais passado e menos presente. Concluí que estou vivendo processos de mudanças na minha inserção no *grupo*³⁷ de *políticas públicas*, o que atribuo aos processos de aprendizagens que os grupos operam em nós, como dispositivos para fazer falar na nossa singularidade, a sua maquinação. Nesse sentido, esse grupo guarda um campo de potencialidades, penso eu, em função de uma série de embates para preservação desse campo, embates marcados por sofrimentos, embates os quais muitas vezes fora possível fazê-los somente através das ausências, com o objetivo de manter presenças. Ausência das forças em ação e simultaneamente, presença da ação das forças.

O *grupo de políticas públicas* opera como lugar de passagem, porém as pessoas que fizeram parte desse grupo continuam no virtual, porque o grupo só existe enquanto processo histórico que elas ajudaram a construir, sendo possível que as pessoas retornem a qualquer momento no real. Este livro visibiliza uma parte de nossas produções, dos nossos caminhos ramificados e dos coletivos a que possibilitamos dar passagem na voz de algumas pessoas, em espaços arranjados para construirmos um saber, ainda valorizar e marcar a contribuição de cada um. Quanto ao meu lugar no *grupo*, aguardo a possível passagem que ele pode me fornecer nos próximos momentos.

A escolha de ingressar no *grupo de políticas públicas* foi permeada por alguns sentidos: um deles, porque era um lugar social possível, onde eu pude continuar a discutir e a me indagar sobre as questões da minha profissão, afinal eu estava recém formada (2000), e agora, sem o lugar da academia para fazer isso. Outro sentido que me fez estar nele é a proposição que esse *grupo* tem de discutir políticas públicas e Psicologia, justamente a questão que tem a ver com percursos que já tinha trilhado e que precisava de lugares para fazer passar o que emergia das experiências desses percursos. Outro lugar onde acabei me instalando, nesta mesma época - tendo o mesmo propósito do meu ingresso no grupo de políticas públicas - foi a participação na formulação de políticas públicas em saúde mental, num programa de governo para minha cidade (Canoas), disputado na eleições de 2000.

Esses acontecimentos instalaram-se quase que simultaneamente, e foi entre ires e vires de um grupo a outro que aprendizagens foram constituindo-se em mim. Questiono se neste meu exercício

³⁶ Psicóloga, integrante do *Grupo de Políticas Públicas* como colaboradora entre os anos de 2000 e 2001.

³⁷ O grupo de políticas públicas é constituído pelo Conselho Regional de Psicologia – 7ª região, Sindicato dos Psicólogos, Sociedade de Psicologia e colaboradores.

efetuei aprendizagens políticas ou a Psicologia como prática política? Acho que nesse momento da minha vida, fiz aprendizagens nas duas versões, mas que estiveram absolutamente entrelaçadas. O partido político foi mais um lugar social para fazer passar um modo de prática *psi* que estou buscando, uma prática *psi* sobre a qual me debruço a pensar, que me debato em exercer. Posto isso, convido o leitor ou leitora a percorrer comigo os caminhos dos pensamentos com os quais busco complexificar, nesses lugares e também solitariamente, o pensar sobre outros modos de fazer Psicologia.

Ao introduzir esse tipo de discussão, proponho o desenvolvimento de quatro temas, finalizando com um resumo das idéias principais, visto a proposição destes temas ter uma amplitude considerável, mas que afinal fizeram e fazem parte do meu processo de construção de um fazer psicológico.

1. Formação em Nível Superior: qual sua concepção e seu propósito para a sociedade?

Além da dificuldade de alcançar uma formação superior no Brasil, quem chega a ela sofre um processo de sedução e ilusão por uma promessa de conquistar uma vida digna e com status social. É subjetivado não como trabalhador, e sim, como profissional liberal, portanto após a formação “tem tudo para dar certo”. Esta concepção está alinhada com o pensamento neoliberal que garante “boas conquistas”, se cada um se esforçar bastante, ou seja, colocar toda a responsabilidade de se introduzir no trabalho, no indivíduo, deixando-o absolutamente sozinho neste empreendimento. Empreendimento de atividade profissional que não só tem uma dimensão importante de sentido para a vida de cada um neste momento histórico, bem como funciona amplamente como protetor social e pode ser altamente político, dependendo da sua proposição no sócio.

Desde as últimas décadas, estamos vivendo mudanças sociais importantes em diferentes níveis, que irei colocar logo a seguir, e que operam como agravantes desse modelo de formação e inserção no trabalho. A produção do profissionalismo liberal exercita-se por meio de uma política do individualismo, porque tem como objetivo o lucro ao compromisso social, usando a formação como mercadoria; garante a continuidade da centralização do poder nos diversos modos de relações, na produção do saber com seus interlocutores, porque recusa construções coletivas nas organizações e utiliza-se de discursos de verdade³⁸ para produzir silenciamentos. Propomos que no lugar do desespero ou do abandono da profissão, pela falta de emprego ou trabalho, precisamos criar resistências, construindo outros saberes e práticas coletivamente.

Devido à centralidade do trabalho na atual organização social, invenção da idade moderna, nos deteremos aos processos históricos dos movimentos e organização do capital das décadas de 1960 a 2000. Este tema foi escolhido por ser determinante à organização dos processos de trabalho, à criação

³⁸ Foucault (1979)

ou extinção de postos de trabalho e por conseqüência à formação para o trabalho, nos colocando a pensar que essa última está inserida numa historicidade.

A dinâmica do capitalismo, segundo Marx³⁹, é necessariamente propensa a crises, existe uma tendência à superacumulação nesta dinâmica, portanto é preciso que se façam escolhas reais para que a ordem capitalista não se torne caótica. Uma delas seria a “*aceleração do tempo de giro (a velocidade com que os dispêndios de dinheiro produzem lucros para o investidor), para que a aceleração de um dado ano absorva a capacidade excedente do ano anterior.*” (Harvey, 1989. P. 171) Esta aceleração do tempo de giro de capital é o que caracteriza a acumulação de capital flexível, o qual implementa uma série de ações para fazer funcionar esta manobra:

- Maior organização através da dispersão, da mobilidade geográfica;
- Respostas flexíveis nos mercados de trabalho, nos processos de trabalho e nos mercados de consumo;
- Pesado investimento em inovação tecnológica de produto e institucional;
- Desemprego estrutural.

As informações passam a ser altamente valorizadas para que as corporações mantenham o controle. O sistema financeiro sofreu uma completa reorganização, tornando-se num único mercado mundial de dinheiro e de crédito. Houve um entrelaçamento entre interesses comerciais, industriais e financeiros. A acumulação de capital flexível, precisando mais do capital financeiro, como coordenador tensiona conflitos entre os interesses da nação-estado e os do capital transnacional, sendo que este último está em vantagem.

Para terminar esta rápida passagem sobre esses movimentos de mudança da dinâmica do capitalismo, fornecida por Harvey (1989), a acumulação flexível acentua o novo, o fugidio, o efêmero, o fugaz e o contingente da vida moderna, aos sabores mais sólidos de outrora, por isso e por estratégias e táticas do capital, a ação coletiva tornou-se mais difícil. Existe por meta central do capital um incremento do controle do trabalho, para que os controles corporativos de longa distância funcionem, para tanto uma das condições necessárias para que a acumulação flexível vingue, é o individualismo exacerbado. E isso produz implicações diretas com a questão da formação, sendo ela mesma mais um dos elementos que cooperam com os movimentos da acumulação de capital flexível.

Apenas querendo fazer mais uma conclusão, fica fácil entender as ações de privatização que o nosso país vem sofrendo, pois existe uma pressão por parte do capital transnacional de que os estados

³⁹ In Harvey, David (1989)

sejam mínimos, desobrigando-se do seu compromisso com a atenção integral⁴⁰ ao cidadão, entre elas a saúde e a educação da maioria da população. Dessa forma, as mudanças na movimentação do capital não só estão produzindo a diminuição de postos de trabalho, firmados sob relações de compromisso mútuo, como também estão desassistindo boa parte da população nos seus direitos de acesso a serviços.

2. A Inserção da Produção Científica na Rede Social: uma interpretação política

Sobre este tema é necessário adentrar mais nas Universidades e discutir a produção científica no atual contexto da organização social, no qual a sua ordem está instaurada em práticas de relações de trocas que compõem uma série de normas e organizações para fazer funcionar essas relações.

A questão a ser colocada é que a produção científica funciona num plano imanente ao da ordem social, é parte dessa, é constituída por essa, portanto é passível de ser problematizada, e precisa ser, para tornar visível o que insiste em invisibilizar-se.

Stengers (1984) aponta que a produção científica da idade moderna é baseada numa relação de transcendência entre o sujeito e o objeto, portanto seus resultados são concebidos como conhecimento abstrato, produto da racionalidade, mas que na verdade é o resultado de práticas concretas, e que as experiências monitoradas por estas práticas funcionam como dispositivos experimentais. Portanto, a ciência moderna surge como um ato arriscado em atribuir ou não a verdade aos resultados provenientes dos questionamentos e métodos de investigação.

Uma das problemáticas está em que esse ato arriscado, que é o efeito desses dispositivos, faz falar resultados que são colocados como leis de verdade, pois são veiculados sob o manto da descoberta possibilitada pelos discursos e práticas da neutralidade - relação de transcendência entre sujeito e objeto - que garantirão resultados verdadeiros.

A ciência, ao se dizer neutra, despolitiza suas práticas, ou melhor, politiza-as de determinada maneira, colocando os objetos do conhecimento como algo em si. Torna-se então num produto, até certo ponto, des-historicizado, simplificado e de fácil manipulação de interesses. Diante desse produto que quem o constitui é um corpo organizacional, questiona-se o efeito desse mesmo produto nesse corpo. O efeito seria um ocultamento em sua própria instituição, da produção de discursos de verdade⁴¹ que acaba por assegurar lugares de poder no seu local de produção, na relação do uso do seu produto na sociedade, na relação com os setores políticos e econômicos, enfim com a rede social.

⁴⁰ A idéia de integralidade das ações em saúde emergiu com anos de luta de trabalhadores sindicalistas e de saúde que conseguiram organizar e propor um corpo teórico com os movimentos da reforma sanitária e que culmina na legislação da constituição federal de 1988, com a Lei Federal 8080/90 a qual dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde.

⁴¹ Foucault, Michel (1979)

Contudo - dentro dessa concepção de neutralidade e de discursos de verdade, práticas desse regime científico - ao mesmo tempo em que a comunidade científica impõe leis de verdade, ela acaba propondo-se em servir a interesses que se beneficiam com essas práticas e discursos - apesar de seus inventos, são marcados pela manutenção da ordem social sem problematizá-la.

Devido a uma amarração, bem articulada entre essas práticas e discursos, são necessários muitos esforços para incidir mais luminosidade, no sentido de Foucault (1979), sob os fios que compõem esse plano de imanência entre a rede social e a comunidade científica, tentando percebê-la enquanto multiplicidade de conexões, tentando percorrer pelo menos algumas, para então conseguir formular perguntas de outras maneiras, para produzir inventos científicos de outra ordem, ou seja, provocar rupturas no estabelecido, possibilitando espaços para o pensar e formular políticas que produzam a invenção de outros modos de existência, pela via da produção de conhecimento, por exemplo. Possibilitando assim a inovação, se atentarmos à manipulação estratégica: desde a sua produção científica até uma política de inserção desta na rede social.

3. Pressupostos da Produção Científica na Modernidade e Pós-Modernidade, Concepção de Saúde em cada tempo, campos visíveis e invisíveis.

Segundo Stengers (1984), a Física da ciência moderna é regida pelos seguintes princípios: neutralidade, universalidade, previsibilidade, imutabilidade, equilíbrio e a descoberta, os quais entendem os fenômenos da natureza de uma forma simples e homogênea. O tempo, por exemplo, é compreendido como imutável, eterno. A instabilidade dos acontecimentos climáticos, geológicos e ecológicos não é considerada. Na imutabilidade, o tempo é retorno do mesmo, é eterno. Na instabilidade, o tempo revela-se de natureza inventiva.

Para Prigogine e Stengers (1984), essas concepções, para investigar e entender os fenômenos da natureza, começaram a sofrer rupturas por conta da termodinâmica dos sistemas, longe do equilíbrio (séc. XX), que procura investigar os fenômenos instáveis da natureza com essa outra ferramenta teórica que está longe de ser "terminada", à medida que se investiga neste campo, parece que se complexifica mais.

No entanto, esse processo inicial bastou para levantarem-se muitos questionamentos no campo das ciências, sobretudo ao modo de fazer ciência, porque antes partiam de premissas universais, mas agora pretendem investigar a natureza a partir de acontecimentos fortuitos, instalados em zoneamentos de forças que se bifurcam, aliando-se a outras forças - esse sistema funciona na forma do equilíbrio por flutuações, podendo ou não invadir todo um sistema de zoneamento e modificar-se inteiramente,

através de um sistema complexo de comunicação por ressonância e reações químicas entre as partículas dos sistemas.

Dessa maneira, outros operadores conceituais foram sendo produzidos, tais como:

- Instabilidade: campos moventes regidos por múltiplas forças que compõem a realidade;
- Especificidade: contextos históricos que determinam as singularidades, as zonas de bifurcação;
- Irreversibilidade: o tempo não é linear, a linearidade possibilita o retorno ao tempo anterior, mas, sim múltiplo, caracterizado pela multiplicidade e ineditismo dos acontecimentos a cada instante.

No campo das ciências naturais, esses modos de entender os fenômenos produziram questionamentos nos modos de perguntar sobre o problema, dessa forma, descolou o entendimento e a investigação do objeto baseados na transcendência e no a priori do método que iria descobrir o seu objeto. Segundo Kastrup (1998), Stengers não procura entender a ciência pela epistemologia, ela aponta que a ciência mesma é uma invenção: *"que não se explica por normas ou metodologias, mas por certas práticas, que em Galileu se confunde com a invenção do dispositivo experimental. Através desse dispositivo o cientista pretende realizar a distinção entre o sujeito e objeto. Trata-se então de uma distinção prática e não filosófica."* p.7)

Esses rompimentos não se reduzem ao campo das ciências naturais, adentram também no campo das ciências humanas e da saúde, visto não serem campos estanques, as metodologias e a concepção de investigação igualam-se ou aproximam-se bastante entre eles. Dessa forma, todos eles estão sofrendo rupturas, possibilitando a emergência da problematização das metodologias e a invenção de outros modos de produzir conhecimento. Analisando a produção científica, Stengers in Kastrup (1998):

"não vai buscar o modo como o contexto do século XVII determinou o surgimento da física galileana. O que está em jogo é algo muito mais delicado, pois se trata de recusar a existência de qualquer fundamento da ciência para além do solo histórico. O solo histórico é aqui definido pela empiricidade, pelas práticas experimentais e políticas que incluem debates, conflitos e interesses conceituais, mas também industriais, estatais e comerciais, que constituem fatores de invenção diversos e heterogêneos." (p.9)

Cabe, nesse momento, colocar novamente, como no início do primeiro texto, a idéia de que a ciência está em imanência com os mais diversos setores da sociedade, ou seja, estabelece múltiplas conexões, formando campos de forças variadas. Entendo que as políticas econômicas, as organizações de trabalho e as relações de troca que sustentam o conceito e o uso da mercadoria agrupam interesses em comum que é a obtenção do lucro, esses atuam como vetores de força vigorosos sobre a ciência, ligo essa idéia com a produção de determinados tipos de conhecimento, com a formação e com os efeitos desses ao inserirem-se na rede social.

Entendo que não existem intencionalidades, mas a nova ordem social regida pela centralidade do trabalho, pelo advento da indústria, e pelas relações de troca de mercadorias tem relações intrínsecas com a ciência da modernidade. Segundo Foucault (1988), a produção de conhecimento, desde o século XVII, opera-se eminentemente como prática disciplinar para a administração dos corpos e para a gestão calculista da vida, para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Agora a vida, e não mais a morte, que simbolizava o poder do soberano, tem uma função e objetivo principal, a transformação do homem em força de trabalho.

Segundo Foucault (1979), a disciplina não é uma técnica totalmente inventada, mas elaborada desde o século XVII, e atinge o século XIX com maior domínio de controle das multiplicidades de relações que o homem estabelece com o espaço. Um dos domínios de controle está em produzir e manter um corpo "saudável" para o trabalho, para tanto o saber médico é convocado para tratar disso. Com esse objetivo, o saber médico sofre transformações e se produz no espaço esquadrihado do hospital, que se opera através do isolamento de cada indivíduo, prescrever-lhe um regime, observá-lo, segui-lo, conhecê-lo e curá-lo:

"O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado pode-se observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população." (p.111)

O saber médico então surge como exercício de poder através desta medicina individualizante, homogeneizante, determinando o que se deve e o que não se deve fazer para obter um corpo saudável, obtendo-se dessa forma o controle. Neste processo de implantação das políticas em saúde em que se esquadriham os espaços e os corpos com suas doenças, tomam-nas como algo em si, pois a tentativa é de descobri-las no corpo, controlá-las e curá-las a partir do exercício do isolamento. A argumentação sobre essa prática aparece e centra-se no modelo biológico, nessa mesma linha a saúde é considerada como ausência de doença, devendo-se exercer o controle sobre o meio, almejando-se a salubridade para a obtenção da saúde - mas o que se invisibiliza nisso é a prática de que o processo de adoecimento, acometido pelo sujeito inserido na rede social, o exercício da disciplina e a categorização não podem aparecer.

Percebe-se o quanto, nessas práticas, encontram-se intrínsecos os ideais da ciência moderna, que tomam os fenômenos como algo em si, separando-os do seu meio. Esta concepção de fenômeno está alinhada com os princípios de neutralidade, de simplicidade e de descoberta. Temos a concepção de saúde alinhada ao princípio de equilíbrio.

Passando agora para o contexto da pós-modernidade, estamos vivendo o regime de acumulação de capital flexível, abordado no texto dois, em coexistência com outros regimes, porém esse é predominante porque emergiu e faz parte da atual globalização que produz implicações em todas as regiões do planeta. No regime da acumulação flexível, o efêmero, o fugidio, a novidade e a fluidez são fenômenos valorizados e que fazem parte das práticas para fazer acontecer esse regime. Curiosamente, esses fenômenos valorizados são muito parecidos com os ideais que a ciência do contemporâneo se propõe, que é o terreno da instabilidade, do tempo enquanto novidade, diferenciação de si, do equilíbrio por flutuações e da diferença enquanto busca de produção subjetiva.

Não estou querendo fazer uma correlação direta entre essas instâncias, mas nos colocar a pensar que múltiplos acontecimentos de ordem heterogênea produziram essas semelhanças e que de alguma maneira estabelece ou pode estabelecer conexões para servir à exigência de que os modos de disciplinar têm que sofrer uma continuidade em relação a mudanças importantes nos modos de trabalhar. Segundo Deleuze (1972), não precisaremos mais necessariamente do exílio porque dispomos da rede digital de informações e a conseqüente cooptação que se pode exercer de diferentes maneiras. A partir dessa rede, dispomos atualmente de dispositivos moventes de controle, são as sociedades de controle que estão se instaurando.

Os ideais da ciência do contemporâneo são paradoxais: contêm alta potencialidade porque historicizam o sujeito e o objeto; propõem que há uma relação complexa entre eles, ressaltando a novidade, tendo implicações importantes na produção de conhecimento, podendo instrumentalizar invenções complexas para a alta intencionalidade ou para a incubação de devires, porém dependendo do uso do discurso e dos inventos do contemporâneo podem subsidiar as práticas dos novos modos de controle sobre os indivíduos.

Na medida em que procurei mapear as proximidades do discurso científico, contemporâneo e da demanda do capital flexível - surgem os paradoxos: entrelaçando-se os dois, produz-se a exigência dos discursos e práticas da qualidade total, da eficiência, da qualidade de vida, pó exemplo. Este entrelaçamento nos exige uma indagação constante sobre a nossa prática na profissão - é imprescindível este fazer ético sobre ela.

Podemos então avançar na discussão sobre a transição da concepção de saúde da idade moderna, para uma concepção de saúde do contemporâneo. A partir desses autores, comentei há pouco que o modo de produção científica da idade moderna tem sofrido rupturas na concepção e nas práticas provenientes tanto das ciências naturais (Stengers) bem como da Filosofia (Foucault), possibilitando a concepção de saúde, a sua problematização sob outras ópticas e algumas proposições a partir do que provocou essas rupturas.

Uma das proposições que emerge é uma outra concepção de saúde, a qual se orienta a partir da constituição de um sujeito historicizado, ou seja, ele consiste a partir das relações que estabelece

consigo e com o outro [sujeito(s), instituição(s) ou objeto(s)], não podendo haver esta separação - entre sujeito e rede social - a saúde e a doença coexistem neste sujeito que se relaciona, produzindo um complexo de relações de forças que tensionam constantemente, de forma simultânea entre sujeito e meio, visto não haver esta separação. As forças para uma direção mais saudável⁴², digamos assim, atuam com mais ou menos vigor em dependência ao modo como o sujeito está inserido na rede social. A partir desse breve desenvolvimento da idéia de saúde, podemos nos deslocar para as proposições de produção de conhecimento e políticas em saúde mental.

4. Políticas de Aprendizagem e Exercícios da Psicologia: modos de proposição

As universidades devem preocupar-se em constituir, em todos os tipos de formação, o entendimento e a crítica ao modo como a sociedade está organizada, indicando quais os fatores que favorecem e os que não favorecem à obtenção da igualdade de direitos dos cidadãos, fazendo incidir essa crítica dentro do âmbito de cada formação, ou seja, a idéia é propor que cada profissão construa saberes para uma política de compromisso social, que vem desde a composição de seu saber, oferecendo interpretações do que se apresenta no visível e invisível, e proposições de políticas que engendrem a mudança possível. Ao propor esse tipo de formação se faz necessário visibilizar e desmontar a lógica da aceleração dos tempos, impulsionada pelo fenômeno da globalização - acumulação de capital flexível, da privatização da educação e da desproteção social, das quais a grande maioria está sofrendo.

Na maioria das graduações recebemos pouquíssima informação sobre a constituição da sociedade, e quando a recebemos está restrita numa disciplina; a prática da pesquisa é restrita, necessariamente não compõe na formação; também há uma restrição da discussão coletiva das problemáticas sociais e dos temas referentes aos campos de conhecimento - não existe mais essa prática solidária - conforme Santos (2000) relata que as suas últimas experiências acadêmicas na França foram marcadas por um certo mutismo entre os colegas, segundo ele esse medo de se expor está relacionado com a competição entre eles. Sobre os títulos de mestrado e doutorado tornaram-se uma "corrida maluca"⁴³, porque com os títulos se é eliminado com menos facilidade - ainda tendo que dar conta da sustentabilidade em meio ao desemprego estrutural - e o tempo urge.

⁴² Neste momento histórico, saudável seria no sentido de quanto o sujeito consegue exercer - a partir da percepção do que ocorre consigo e de quanto o meio social acolhe e se dispõe a modificar-se se for o caso - cuidados de si e possibilidade de proposição de prevenções de situações que possam produzir sofrimento, de projetos para o futuro, de experimentações diferenciadas. Essas aprendizagens de modos de existência pressupõem um mínimo de gozo de proteção social para que se possa exercer essa política.

⁴³ História infantil *Corrida Maluca* com várias personagens que passam o tempo todo correndo tentando ultrapassar o outro.

As Universidades devem sofrer um processo de abertura aos problemas da sociedade, devem ser sensíveis a eles, acolher nosso sofrimento, propondo interpretações e respostas possíveis ao seu enfrentamento, devem democratizar o saber, torná-lo acessível e por que não compô-lo em alguma medida em parceria com instituições não acadêmicas, alinhadas à questão do compromisso social? Seria uma forma de juntar forças, conjugar o conhecimento de outras formas, minimizar a precarização que as instituições vêm sofrendo, pelo menos no material mais importante que é a questão da formação das pessoas, subsidiando-as para que elas possam fazer proposições, viabilizar o trabalho e deixá-las trabalhar, evitando dessa forma o fomento da violência nas relações.

Nessa composição com outras instituições poderia ser proposta uma rede de convênios de produção híbrida de conhecimento com sindicatos, Ongs, rede pública de serviços, incubadoras tecnológicas, por exemplo, instaurando estágios de formação e subsídios de pesquisa, não só a quem está vinculado diretamente com a academia, mas também a quem possui vínculo com essas outras instituições.

No que diz respeito à formação dos psicólogos, retomo a idéia da concepção de sujeito historicizado, tendo dessa forma que tratar da problemática da produção dos modos de existência, ou seja, que o sujeito "é em relação" com uma série de equipamentos sociais que fazem falar no sujeito, as suas linguagens e práticas, a partir do modo como ele acolheu essas forças. É importante retomar essa idéia porque coloca a problemática do sujeito de outra forma, escapa ao modelo de concepção de sujeito da identidade, do indivíduo que transcende à sociedade. Dessa forma, re-configura os modos de intervenção.

Sobre o tema da intervenção, vou me reportar ao objeto da saúde pública, como proposta de políticas de intervenção no coletivo, para tratamento, prevenção e produção de saúde. Neste sentido, o espaço da saúde pública deve ser entendido como produto de lutas sociais importantes e como espaço para discutir modos de gestão da verba pública. O tema saúde pública deve integrar os cursos de formação das Universidades e não apenas como mais um local para estudar a doença dos indivíduos ou como forma de minimizar a precarização dos recursos humanos das redes, através dos estágios. A saúde pública é um tema caro para a sociedade e entendo que a Universidade deve responsabilizar-se em contemplá-lo nos seus currículos.

A proposta de reordenação dos serviços em saúde pública tem feito esforços em estudar as estruturas públicas de atendimento que foram montadas a partir do ideal de saúde abstrato, higienista, normatizador e centrado no indivíduo, produto da idade moderna. Além disso, tem sido feito esforços em construir novos modelos e estruturas a partir da concepção de sujeito e de saúde da pós-modernidade. Ressalto a importância que tem sido feita a essa reestruturação através das conferências de saúde, porque ela só pode se dar através da força coletiva quando se quer evitar que a saúde seja objeto de obtenção de lucro. Tive a oportunidade de participar das conferências de saúde em 2000 e de

saúde mental em 2001, vivenciando a constituição de espaços de muitas aprendizagens no que diz respeito ao exercício da cidadania e de políticas públicas em saúde, além da possibilidade de experimentar emoções intensas proporcionadas pela experiência coletiva de debate e decisão, fazendo-me crer que assim a vida faz sentido.

Após a apresentação do tema da saúde pública, retorno à questão da Psicologia incidindo neste campo, e posso dizer que é um problema sério, se a formação continuar centrada no indivíduo, porque dessa forma continuará um crescente de saturação de postos de trabalho e uma atuação limitada das intervenções.

Segundo Hoenisch (2000), a saturação dos postos de trabalho *“refere-se ao trabalho tradicional do psicólogo, e que novos postos despontam e podem disponibilizar-se. É o caso, justamente, de nossa inserção na área de políticas públicas da saúde”*. (p. 6) O autor refere que o campo das políticas públicas estende-se desde a gestão em saúde (secretarias, unidades) até o trabalho de ponta nas unidades sanitárias, organização de campanhas de saúde e avaliação de seus indicadores, mobilização de treinamentos, capacitações para lideranças comunitárias e agentes de saúde, trabalhos clínicos (fora de seu âmbito medicalizado), são atividades que a nossa categoria pode e deve realizar. Para tanto, precisamos cindir com a formação individualista e incluir na formação os temas dos direitos humanos, cidadania, movimentos sociais, modos de trabalhar e o Sistema Único de Saúde.

Estamos em franco processo de rupturas com o modelo higienista de saúde, porém percebo que ainda são tímidos do ponto de vista das propostas das gestões do executivo para a saúde, pois, percebe-se que os conceitos de saúde pública e Psicologia social não estão claros, não são utilizados de forma objetiva; a forma mais evidente em que aparece esse tipo de problemática é através da realização dos concursos públicos. Ao observarmos as bibliografias para estudo, nos deparamos em torno de 50% de bibliografias de Psiquiatria e de instrumentos de avaliação e testagens. Constatei essa realidade ao participar dos concursos de Esteio (RS), em 2000, Alvorada (RS) e Sapucaia do Sul (RS) em 2001, demonstrando um decréscimo ao conhecimento no campo da saúde mental e Psicologia social que são os que subsidiam as ações dos serviços substitutivos às ações manicomiais e à intervenção e produção de saúde na rede social.

A produção de conhecimento no campo da saúde mental, saúde coletiva e Psicologia social já é bastante ampla e deve percorrer os espaços do executivo, legislativo, conselhos gestores e na rede pública devidamente subsidiada por professores universitários que estudam e pesquisam neste campo, para que de fato a sua proposta de intervenção remeta a esse campo de conhecimento.

Referências Bibliográficas

- Deleuze, Gilles. (1972-1990) *Conversações*. RJ: Editora 34.
- Foucault, Michel (1979) *Microfísica do Poder*. RJ: Graal.
- _____ (1988-1999) *História da Sexualidade I A Vontade de Saber*. 13ª edição. RJ: Edições Graal.
- Fonseca, Tania Mara Galli e Francisco, Deise Juliana - Organizadoras (2000) *Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGs.
- Harvey, David (1989-1996) *Condição Pós-Moderna*. Edições Loyola.
- Hoenisch, Julio Cesar Diniz. (2001) Artigo: *Porque Trabalhar com Políticas Públicas?* Porto Alegre: Jornal Entre Linhas CRP/07. N 6 – Jan/Fev.
- Kastrup, Virgínia. (1998) *As Ciências do Contemporâneo e a Produção de Sentido*. Material não publicado.
- Prigogine, I. e Stengers, I. (1984) *A Nova Aliança*. Editora da Universidade de Brasília.
- Santos, Milton. (2000) *Território e Sociedade*. SP: Editora Fundação Perseu Abramo.

Parte II

A construção de possibilidades na formação do psicólogo: moradas de invenção e acolhimento⁴⁴

Gislei Domingas Romanzini Lazzarotto⁴⁵

‘Hoje em dia tudo está a mudar: as ciências, os seus métodos e os seus inventos, o modo de transformar as coisas; as técnicas e, por conseguinte, o trabalho, a sua organização e o vínculo social que ele pressupõe ou destrói; a família e as escolas, os escritórios e as fábricas, os campos e as cidades, as nações e a política, o habitat e as viagens, as fronteiras, a riqueza e a miséria, a maneira de fazer filhos e de os educar, de fazer a guerra e de exterminar, a violência, o direito, a morte, os espetáculos... Onde habitaremos? Com quem viveremos? Como ganharemos a nossa vida? Para onde emigrar? O que saber, o que aprender, o que ensinar, o que fazer?’

Michel Serres, p.11, 1994

O recorte do texto de Michel Serres apresenta a intensidade de nossa forma de viver no mundo contemporâneo. Essa complexidade da vida social revela inúmeras indagações sobre as relações entre os sujeitos, instituições, formas de trabalhar, aprender, ensinar. Nesse cenário, esta produção configurase como um olhar de meu processo de (des)construir referenciais na profissão de psicóloga para construir o lugar de uma professora/aprendiz.

Minha trajetória profissional é marcada pelo mundo do trabalho, circulando por diferentes espaços até chegar ao lugar de docente. Neste percurso, trabalhei em empresas públicas e privadas, junto ao movimento sindical, em organizações governamentais que assessoravam movimentos sociais, e participei de processos de gestão de entidades profissionais de nossa categoria. Minha formação vem sendo orientada pelo processo de problematizar o significado do trabalho na vida dos sujeitos, sua forma de organização, suas determinações no processo de saúde, seu sentido político e econômico na nossa forma de viver.

⁴⁴ Este artigo foi elaborado com base nas participações em mesas e debates nos Encontros de Psicólogos Conselheiros de Saúde – Intervindo em Saúde (Julho e Dezembro de 2000), atividade de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenada pela Professora Jaqueline Tittoni e organizado e promovido pelo Grupo de Política Públicas formado pelo Conselho Regional de Psicologia, Federação Nacional de Psicólogos, Sindicato dos Psicólogos do RS, Sociedade de Psicologia do RS e psicólogos colaboradores.

⁴⁵ Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Psicologia Social

Essas experiências sempre foram compartilhadas com profissionais de diferentes áreas de saber, re-significando a leitura da Psicologia. Às vezes, o questionamento pairava: “mas tu és psicóloga?”. A problematização não era somente de quem perguntava, afinal este percurso que ia se construindo era marcado pela provisoriedade e experimentação destes lugares-outros na forma com que produzia as práticas “psi”. Não havia uma preocupação com os limites do que poderia ser realizado pela Psicologia, mas um diálogo com quem apresentava a demanda - e com a própria Psicologia - quanto ao processo que poderíamos desenvolver na construção desta relação. Nestas linhas constituídas com profissionais da Medicina, Pedagogia, Assistência Social, Direito, História, ramos produtivos da metalurgia, alimentação, calçado, processamento de dados, entre outros, cada vez mais sentia a necessidade de ser psicóloga, lugar da escuta, das relações, da produção de subjetividade.

Esta retrospectiva de minha trajetória recupera meu processo de formação como um operador da elaboração deste texto, produzido na composição de linhas de minha história com histórias-outras, no conviver com colegas, alunos e comunidade, com os quais compartilho saberes, fazeres e afetos. No emaranhado institucional em que vivemos, assolados por um mundo que nos individualiza, compartimenta e afasta, embates cotidianos marcam a construção deste conhecimento que assumo como uma prática social coletiva.

Boaventura Santos (1996), ao apresentar a proposta de um projeto educativo, emancipatório, afirma que todo conhecimento é uma prática social de conhecimento, portanto só existe na medida em que é protagonizado e mobilizado por um grupo social, atuando num campo social em que atuam outros grupos protagonistas e outras formas de conhecimento. O projeto educativo emancipatório é um projeto de aprendizagem de conhecimentos conflitantes que objetiva produzir imagens desestabilizadoras dos conflitos sociais e o inconformismo com a trivialização do sofrimento e da opressão.

A discussão da formação no contexto universitário contemporâneo provoca muitas indagações a respeito das opções dos atores envolvidos no projeto educativo. É necessário reconhecer que somos parte de um jogo constituído de uma complexa trama de relações políticas e econômicas, traduzidas no campo educacional por diretrizes curriculares, visibilizadas socialmente pelo ranking de universidades e cursos, e experimentadas em nosso cotidiano como alteração curricular. Neste campo de forças que constituem a formação, somos atravessados pelo processo de reestruturação produtiva que toma a forma de “gestão da qualidade da educação” num determinado projeto de Estado. Estudantes, docentes e profissionais, são ainda mais pressionados na busca de um *perfil* do mercado, na ilusão de que assim superamos as incertezas de uma realidade social e econômica, marcada pelo desemprego e de sérias restrições ao investimento em políticas públicas, as quais sustentam ações em educação, saúde, assistência social, entre outras.

Suely Rolnik (1997) aponta a desestabilização exacerbada de um lado e de outro, a persistência de referência identitária, acenando com o perigo de se virar um nada, caso não se consiga produzir o perfil requerido para gravitar em alguma órbita do mercado. A combinação desses dois fatores faz com que os vazios de sentido sejam insuportáveis, pois são vividos como esvaziamento da própria subjetividade e não de uma de suas figuras. As forças, ao invés de serem produtivas, são tomadas pela sensação de fracasso. As mudanças deste contexto implicam a conquista de uma flexibilidade para adaptar-se ao mercado em sua lógica de pulverização e globalização. Porém, a abertura para o novo não envolve, necessariamente, tolerância ao desassossego e à disposição para criar figuras singulares.

Ao discutir o saber e o fazer psicológicos, acompanhando as transformações e exigências sociais do mundo contemporâneo, buscamos constituir um lugar político e efetivamente participante na construção de estratégias de reconhecimento do trabalho da psicologia nesse contexto social. Temos desenvolvido projetos que incluem essas demandas nas discussões de currículo, nos conteúdos de disciplinas, na realização de formas de estágios, atividades de extensão e pesquisa.

A proposta que apresentamos constitui um dos olhares sobre esta complexa demanda que se apresenta no campo de formação em Psicologia, articulando a temática da saúde pública. Propomo-nos a puxar uma linha do novelo, no emaranhado de relações singulares e institucionais de nosso cotidiano acadêmico. Relações que envolvem os contatos com práticas no contexto de execução de políticas públicas, as discussões com órgãos de representação da profissão e os diferentes espaços de participação popular na sociedade que buscam assegurar a gestão da saúde pública através da constituição de coletivos sociais.

A Psicologia como operador de nossa invenção-formação

A análise do processo de formação em Psicologia re-significa a relação tempo/espaço em nossas vidas, pois se trata de ir além da lógica que nos reproduz num tempo linear, de datas e fatos bem demarcados cumulativamente. O tempo que nos atravessa em sua forma contemporânea é o da velocidade, marcado pela multiplicidade de formas; um tempo em que a própria Física questiona suas certezas, indaga o determinismo e se diz afetada pelo caos⁴⁶.

Ao questionarmos que história se revelou e que tempo foi marcado, percebemos que a Psicologia foi instituída como ciência numa perspectiva binária - corpo/mente, razão/afeto, masculino/feminino - e podemos visibilizar a existência de psicologias, re-atualizando as formas de produzir conhecimento e as formas de intervir.

⁴⁶ Conforme problematiza Carmem Ligia Iochins Grisci, em sua tese de Doutorado "Trabalho, tempo e subjetividade: a reestruturação do trabalho bancário", Porto Alegre: PUCRS, 2000.

Constituindo nossa análise na perspectiva da Psicologia social⁴⁷, demarcamos saberes e fazeres produzidos com a compreensão do caráter histórico dos fenômenos psicossociais, tendo os seres humanos como atores fundamentais do processo de conhecimento e nos percebendo implicados nas relações de ensinar- aprender.

Há um grande desconforto nesta relação, à medida que nos colocamos como educadores-aprendizes. Apontamos como caminho o questionamento de nossa identidade profissional, para tê-la como um *ingrediente* de outras formas de trabalhar e subjetivar. As práticas “psi”⁴⁸ têm produzido vários movimentos no sentido de construir outros lugares de inserção profissional, participando de lutas sociais e políticas de grande relevância em nosso país. Neste sentido, citamos, no campo da saúde pública, o movimento da Luta Antimanicomial e seus desdobramentos, para darmos conta de serviços substitutivos, com significativas experiências em todo o Brasil. Podemos referir o reconhecimento da relação saúde-trabalho, como outra prática social que tem buscado dar conta de um campo de análise e intervenção em saúde mental e trabalho. Ou ainda, temos experiências que vêm sendo desenvolvidas em programas que atendem à infância e juventude, articulando o Estatuto da Criança e do Adolescente. Mas efetivamente parece que as alterações em nosso currículo, sejam em seu projeto, sejam na forma de operarmos os fazeres e saberes em nosso cotidiano, não estão se apropriando das produções da Psicologia que acompanham as mutações de nosso mundo contemporâneo.

Ainda é tímida a constituição de espaços de reconhecimento nas políticas sociais e públicas que avancem no sentido de contemplar o trabalho com a saúde mental, como algo premente de nossa forma de viver contemporânea. A formação na graduação em Psicologia talvez seja um nó estratégico na problematização desta questão. No trabalho em docência, temos a leitura de quanto a graduação não tem acompanhado o percurso das práticas psi, configuradas pelos profissionais, em especial daqueles que estão produzindo outras formas de trabalhar e subjetivar, implicados como trabalhadores em saúde mental. As discutidas alterações curriculares que vêm se produzindo nos cursos de graduação, atravessadas por uma reforma do Estado brasileiro, marcado por pressões econômicas fazem emergir o campo político da Psicologia. A indagação que se repete, sem nunca ter a mesma resposta, diz respeito à Psicologia que desejamos constituir. Quando tratamos de formação, seria parcial considerar somente a responsabilidade da Universidade, pensamos na rede de relações implicadas num campo de formação – alunos, professores, profissionais, supervisores locais, estagiários, comunidade/usuário/paciente/organização, entidades profissionais.

⁴⁷ Considerando a elaboração de Maritza Montero no artigo Paradigmas, corrientes e tendencias de la psicologia social finisecular. *Psicologia & Sociedade*. Abrapso. Vol.8, n.1, jan/jun 1996.

⁴⁸ Para citar algumas produções neste sentido podemos ver: *Psicologia e Práticas Sociais*, organizado por Andréa Zanella et al, editado pela ABRAPSOSUL,1997; *Psicologia Social Contemporânea*, organizado por Marlene Strey et al, publicado pela Vozes,1998; *Coleção SAÚDELOUCURA*, editada pela Hucitec desde1989,com sete volumes que tratam temáticas contemporâneas.

É comum ouvirmos a sentença de que a formação não ofereceu os subsídios para nossa prática. Por outro lado, também observamos que ao orientarmos estágios curriculares em diferentes locais de trabalho do psicólogo, nos reportamos ao mesmo modelo, como se não nos autorizássemos a fazer diferente daquele que nos “formou”. É urgente a ruptura com essa forma dicotômica de analisar processos institucionais que são heterogêneos em suas formulações, não passíveis de conclusões totalizadoras. Estamos num tempo de multiplicidades, redes, outras formas de se relacionar e estabelecer conexões. Frente ao movimento que nos empurra ao apego pela relação causa/resultado, temos que multiplicar as forças que nos comprometem com o processo em curso.

Em nossa experiência na formação em Psicologia, temos nos defrontado dia a dia com diversas demandas relacionadas às políticas de inclusão social. Solitários e solidários da exclusão multiplicam-se e se misturam no mundo da globalização, da velocidade e do consumo. A ebulição social na contemporaneidade aponta, a todo o momento, a demanda psicológica. A questão é como temos dado conta dessa efervescência. Ao permanecermos orientados por um modelo de Psicologia que se centra no diagnóstico, na norma, no ajuste, na aplicação da técnica como finalidade, não encontramos as demandas, nem produzimos as ofertas, passamos por elas.

Sentimo-nos desconfortáveis e questionamos com prontidão as críticas direcionadas à nossa identidade profissional. A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são vistas como ameaças ao exercício conhecido/modelado da profissão, quando o que nos amedronta é o não-saber diante dos intensos dilemas existenciais de nossa vida contemporânea. Que diálogo temos estabelecido com as práticas “psi” contemporâneas?

Ao problematizar a prática profissional do psicólogo, na rede pública, Cristina Rauter (1995) destaca a necessidade de um profissional que possa habitar o paradoxo de sua função, construindo estratégias provisórias e singulares, mais do que um psicólogo preso a uma identidade profissional. “Somos movidos a desejo, pois se trata de criar mundos possíveis, tanto para nós próprios quanto para nossos pacientes. Para que possamos pensar dessa forma é necessário que incluamos, em nossa concepção de desejo, os investimentos coletivos e políticos... (o) Psicólogo está colocado, em sua prática na rede pública, no coração da problemática da subjetividade contemporânea e esta é a importância de seu trabalho, imediatamente implicado com a produção de subjetividade e suas políticas” (p.74).

Nosso fazer é orientado pela multiplicidade, num campo de interfaces entre disciplinas, numa busca permanente que rompe com os modelos institucionalizados. Construimos o sentido de nosso fazer, à medida que nos permitimos experimentar outros modos de formar/ensinar no andar pela vida com os sujeitos. O que define a práxis não é somente a tarefa - pesquisa, conhecimento, intervenção – mas também os pressupostos e intencionalidades de quem a executa, ou seja, uma práxis é mediada pelo sujeito da ética e estética da experiência histórica, conforme aponta Sawaia (1997).

No campo de intervenção da Psicologia social e institucional, temos buscado um certo ancoradouro nas elaborações produzidas pelo Movimento Institucionalista, caracterizado por Barembliitt (1998) como um conjunto múltiplo e heterogêneo de orientações, cuja característica comum é sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos de auto-análise e autogestão dos coletivos sociais.

O conhecimento produzido neste campo nos auxilia na análise de algumas facetas da problemática da formação do psicólogo em políticas públicas, no que se refere à graduação. Entendemos a construção deste processo de formação enquanto rede de saberes e fazeres no entrecruzamento de relações produzidas entre professores, alunos, profissionais, usuários e gestores públicos. Assim, pensamos em sujeitos/atores do processo de conhecimento/ação, constituindo uma relação dialógica e horizontal entre psicólogo/sujeito, professor/aluno, técnico/usuário.

Ao fazer parte desses momentos/movimentos, a Psicologia se inclui nessa rede de saberes e fazeres, podendo contribuir na produção de processos de invenção de formas de gestão do trabalho, da educação, da comunidade, nos diferentes lugares que ocupamos em nosso cotidiano.

Podemos conceber o processo de formação como uma complexa rede de fazeres e saberes quanto ao modo de ensinar e administrar o espaço e o tempo num processo curricular e num contexto político e econômico de constante tensionamento de relações. Neste campo de forças, são articuladas histórias de vida de sujeitos, experimentando suas escolhas e projetos, com as linhas de nossa vida política e social. No cotidiano da docência, somos afetados pela possibilidade de compartilharmos a construção dessas moradas de vida, singulares e coletivas, tensionando as relações de poder que produzem um currículo.

Nossa reflexão vai ao encontro de Regina Benevides de Barros (1995, p.6) que, ao debater sobre a formação dos psicólogos, coloca a própria instituição de formação em questão, desnaturalizando-a a cada momento que se cristalice e se ponha a falar como lugar de verdade, pois considera que quando não compreendemos as relações que configuram as diversas práticas, as transformamos em leis a serem cumpridas, objetos naturalizados e inquestionáveis. A instituição-formação é analisada pela autora como “prática determinada pelas conexões processadas num campo de forças onde entram em jogo diferentes implicações, compromissos políticos diversos, concepções de mundo, marcações históricas, lutas sociais, expressões desejanter que configurarão efeitos subjetivadores, tanto de pensamento-experimentação, quanto de serialização.”

Dispositivos: moradas de problematização e de invenção

No cotidiano, enfrentamos a repetição do mesmo, nossos modelos: “No meu estágio foi assim”. O plano é este, os roteiros de projeto devem atender a tais requisitos, as atividades a serem realizadas são

estas. A pergunta se repete: “psicólogo de que área?” Nesta rede de movimentos que se produzem no cotidiano da formação, constituímos a escuta, as falas e as orientações, materializando esforços para reunir, dialogar e conectar. É neste exercício de dar conta da diferença que buscamos acolher a invenção do outro.

Ao questionar-se sobre o que seria ensinar para um novo estilo de fazer Psicologia, Virgínia Kastrup(1999) aponta como alternativa a possibilidade de produzir, com o estudante, uma política de invenção na qual se mantém vivo o aprender a aprender, em que o saber transmitido não se separa de repetidas problematizações. A autora destaca que a invenção não opera sob o signo da instantaneidade, implica uma duração, um trabalho com restos, uma preparação que ocorre no avesso dos planos visíveis. É uma prática do tateio e de experimentação, composição e recomposição incessante.

Muitos movimentos estão sendo operados neste processo de constituir a formação por outras formas e modos de trabalhar e subjetivar. A experiência de formação em Psicologia, problematizando o Estágio de Políticas em Saúde Pública, foco desta produção, tem como dispositivo a experiência desenvolvida por professoras e alunos⁴⁹ da UFRGS que elaboraram a proposta de Estágio de Psicologia Social e Institucional. Em 1997, esse grupo produziu um movimento de ruptura, buscando ir além das propostas convencionais que, muitas vezes, fazem dessa primeira experiência profissional uma simples inserção no mercado de trabalho. Esta proposta privilegia a leitura dos movimentos grupais e institucionais presentes nos discursos e práticas dos vários agentes sociais envolvidos no campo de trabalho em Psicologia, possibilitando ao aluno a integração de conhecimentos para desenvolver uma escuta clínico-social e sustentando uma matriz teórica que direcione diversos níveis de intervenção (Tania M. G. Fonseca et al., 1997).

Este estágio-outro põe em prática, experimentalmente, a alteração do currículo⁵⁰ do curso de Psicologia na área social e institucional, possibilitando outras formas de pensar e agir nos modos de compor os estágios curriculares. Busca atender as múltiplas maneiras do ser humano se constituir e produzir saberes e práticas ligadas às especificidades de cada campo de atuação. Assim, outros movimentos vêm sendo produzidos por professores, alunos e comunidade, buscando constituir uma rede de invenção na formação em psicologia.

A proposta de um estágio em Psicologia Social e Institucional nos coloca em constante indagação sobre as possibilidades de práticas em Psicologia, superando a divisão clássica da Psicologia entre clínica, trabalho, escolas, podendo nos remeter a outras problematizações nas formas de constituir nosso campo de análise e intervenção. A formação implica um compromisso com o outro que se coloca em formação e, portanto, a análise sobre nossa oferta e a demanda nos é apresentada. Ir além do

⁴⁹ Proposta de Estágio Integrado em Psicologia Social e Institucional, apresentada em 1997, no Departamento de Psicologia Social e Institucional, pelas professoras Tania Mara Galli Fonseca e Regina Orgler Sordi e alunos estagiários Carlos José Simões Ribeiro, Fábio Born Vieira e Fábio Dál Molin.

⁵⁰ Programa e Diretrizes de Estágio em Psicologia Social e Institucional elaborado pelos professores supervisores de estágio do Departamento de Psicologia Social e Institucional - UFRGS.

cumprimento de etapas curriculares e da busca de um lugar profissional no mercado, para se colocar como agente social, construindo e sendo construído pelo processo em curso.

“A prática profissional não pode fazer com que se perca a condição de aprendiz. A formação e a aplicação não são dois momentos sucessivos, mas devem coexistir sempre. Resta, a todo aquele que se encontra preocupado com a Psicologia, atuar como um aprendiz-artista, mantendo, em sua prática diária, a tensão permanente entre problematização e a ação.” (Kastrup, 1999, p.204)

Esta *aventura* nos defronta ainda mais com a discussão sobre nosso conhecimento para dar conta dessa demanda. O compromisso e suportes necessários para pesquisar, estudar, orientar, ser orientado, são constituídos nos espaços de produção de conhecimento, no diálogo que estabelecemos com as comunidades que trabalhamos e na política que construímos no fazer Psicologia. Este processo de formação, como elemento de contribuição na elaboração de estratégias em políticas públicas, passa, necessariamente, pela gestão compartilhada com os demais atores deste contexto como gestores, trabalhadores e usuários.

“Este saber é um saber coletivo, produzido, distribuído e exercitado na vida coletiva. Na topografia deste saber existem alguns campos, alguns elementos que são os essenciais e que são partilhados por todo mundo. Então quando esse saber compartilhado é delegado a alguns que se especializam nessa questão, já não é um saber produzido fora dos interesses do coletivo, já não é um saber que vai cair de cima para baixo, de fora para dentro. É já uma delegação, porque foi produzido dentro, por alguns especialistas no assunto, em estreita colaboração com os diretamente interessados nos benefícios que esse saber e suas aplicações terão, uma vez realizados.” (Baremlitt, 1998,p.20)

Nesta perspectiva, desde 1999, tem sido feita uma aproximação entre entidades representativas da categoria, profissionais interessados, alunos e professores,⁵¹ no sentido de pensar estratégias que contribuam para potencializar a produção técnica e política da Psicologia no campo da saúde pública.

Passamos a pensar em um estágio curricular que contemple, além dos locais de execução de políticas de saúde pública (unidades de saúde, postos de atendimento, órgãos públicos); os espaços de representação de classe, onde podem ser elaboradas estratégias para participação efetiva dos psicólogos na elaboração de políticas em saúde pública; e os fóruns de participação da sociedade, como conselhos de saúde, espaço em que se constitui o jogo social para assegurar recursos, propostas e modelos de gestão em saúde.

Esta discussão é atravessada pela política neoliberal vigente, com novos arranjos do público e do privado, num contexto em que estamos diretamente implicados como Universidade pública, e que nos remete ao compromisso ético, profissional e político.

⁵¹ Alunos e Professores da disciplina de Psicologia do Trabalho e Estágio em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, articulados ao Grupo de Políticas Públicas formado por psicólogos colaboradores, Conselho Regional de Psicologia-07, Federação Nacional de Psicólogos, Sindicato dos Psicólogos do RS, Sociedade de Psicologia do RS.

Gastão Campos (1997) contribui para esta reflexão ao abordar que, na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a Saúde Pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia, pela redefinição dos critérios de cura e do papel dos serviços de saúde – colocando-os a serviço da reprodução da vida.

Emerson Merhy (1997), ao problematizar a intervenção e gestão em saúde pública, também destaca que discutir a tecnologia não é tratarmos do novo e do moderno, ou dos aparelhos e equipamentos, e sim da construção eficaz de determinados saberes e suas finalidades. Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, marcada pela conformação de um determinado saber que permita ler em nós, a linguagem desses processos. É no nosso saber que encontramos opções tecnológicas de atenção à saúde, aliadas à construção de um cotidiano nas nossas instituições de saúde que expressa uma nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde na constituição de uma nova forma de gerir o processo institucional.

A complexa trama que envolve o trabalho em saúde pública, implicada nos modos de viver e morrer de nossa sociedade potencializa nossa opção por constituir um campo de análise e intervenção. Essa problematização não é uma produção individual, hierarquizada, modelada, mas fruto de processualidades de uma rede de relações em construção permanente que criam dispositivos. No decorrer dessas ações alunos vão criando elos de aprendizagem, sendo apresentada, por exemplo, a proposta de um “estágio nômade,”⁵² com o objetivo de problematizar os espaços coletivos de elaboração e implementação de um modelo de atenção em saúde mental nas políticas públicas. A proposta está implicada com a constituição de moradas nos diferentes *lugares* que produzem discussões, elaborações, propostas e práticas em políticas públicas no campo da saúde mental, tendo como local de estágio um *lugar-outra* da formação do psicólogo. Esses *lugares*, às vezes, estão materializados em Comissões, Fóruns, Conselhos, em outras, são visibilizados em problematizações conceituais, estratégias de ação, busca de uma morada.

Barros (1995) analisa esse processo ao considerar a *formação dos psi* como instituição que escape dos planos hierarquizantes onde o conhecimento esteja desvinculado das relações de poder que o configuram e produza a diferença, estando comprometido com a invenção de outros modos de subjetivação.

Retomamos a proposta de Santos (1996, p. 18) a respeito de um projeto educativo emancipatório, cuja aprendizagem da conflitualidade dos conhecimentos tem de ser ela própria conflitual. Assim, a sala de aula passa a ser um campo de possibilidades de conhecimento, dentro do qual há que se optar.

⁵² Proposta de Estágio Curricular do graduando em Psicologia da UFRGS Luis Fernando Cruz Silva, apresentando um projeto que problematiza a construção do Modelo de Atenção a Saúde Mental na Rede Pública do Município de Porto Alegre; orientado pelas professoras Gislei D.R. Lazzarotto e Lia Freitas no período de junho/2000 a janeiro/2002.

Optam os alunos tanto quanto os professores e as opções de uns e outros não têm de coincidir, nem são irreversíveis. As opções não assentam exclusivamente em idéias, mas igualmente em emoções, sentimentos e paixões que conferem aos conteúdos curriculares sentidos inesgotáveis.

Esses movimentos têm possibilitado, além dos estágios curriculares, a criação de outros espaços⁵³ de interlocução com alunos de diferentes semestres do curso de Psicologia, mestrands e interessados em discutir, elaborar projetos, conhecer práticas e construir estratégias coletivas para o trabalho da Psicologia. Esta abertura para coletivos de trabalho tem viabilizado a articulação de conhecimentos como práticas sociais que sustentam nosso fazer em Psicologia. Como coloca Santos (1996), professores e alunos têm de se tornar exímios nas *pedagogias das ausências*.

Neste processo, buscamos acolher a diferença na formação, construindo outros fazeres e saberes a respeito das políticas de saúde pública no nosso currículo, bem como participar de forma efetiva na produção de conhecimento que contribua nas formas de organização dos psicólogos para o desenvolvimento de práticas contemporâneas no campo de políticas públicas em saúde mental.

"Receituário": educadores-aprendizes...

Ao nos constituirmos como educadores aprendizes, operamos a formação como um processo de construção de coletivos de trabalho, experimentando outras possibilidades de compor conteúdos, disciplinas, estágios. Também encontramos os muros, as limitações e as ausências. Sofremos.

Pensamos que este estágio-outro possa ser uma morada que abrigue discussões, produções, interlocuções e passagens. Faz parte de nosso propósito visibilizar nossos fazeres e saberes em suas multiplicidades, articulando micropolíticas e macropolíticas na complexidade da vida social.

Não compreendemos muitas questões, mas é no (des)encontro com a perplexidade da incerteza que experimentamos os afetos da contemporaneidade e inventamos. Alguns insistirão, indagando sobre a *receita* de como inventar, ou ainda, questionarão se somos capazes de inventar.

Então "*receitamos*" Guattari (1986, p.223):

"Vou dar um exemplo pessoal: *Deveríamos receitar poesia como se receitam vitaminas*. 'Atenção cara, na tua idade, se você não tomar poesia, não vai ter jeito...' E, no entanto por mais importante que a poesia seja para mim só raramente acontece de eu ler ou escrever um poema. Não porque me falem ocasiões para fazê-lo, mas é que elas me escapam pelos dedos e aí digo a mim mesmo: desta vez, não deu. A música, a mesma coisa: é fundamental também, mas às vezes, esqueço durante semanas

⁵³Um exemplo é o Grupo de Saúde Pública, realizado desde abril /2001 com o objetivo de pesquisar e articular ações da formação em psicologia relacionadas ao campo de saúde pública. Surgiu na prática de ensino do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e no grupo de Pesquisa "Modos de Trabalhar, Modos de Subjetivar", coordenado pela professora Tania Galli Fonseca. Coordena o grupo a professora Gislei D. R. Lazzarotto e participam o mestrando Carlos Ribeiro, graduandas Maria Luisa Imbert, Janice Fernandes e o estagiário Luis Fernando C. Silva.

que ela existe. É um pouco em função disso que conduzo minhas estratégias. O que fazer, em tal contexto, com tal pessoa ou com tal grupo, para que se tenha uma relação tão criadora quanto possível com a situação que se está vivendo – como um músico com sua música ou um pintor com sua pintura?”

Referências Bibliográficas:

- BAREMBLIT, Gregório. *Compêndio de análise institucional e outras correntes - teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.
- BARROS, Regina D. Benevides de. Grupo e produção. *Saúde/Loucura: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.V.4 (145-154)
- _____. A formação dos psi: algumas questões sobre a ética. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF, V.7- N.2 e 3/p. 4-9*, 1995.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In.: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- FONSECA, Tania M. Galli et al. Programa e Diretrizes de Estágio em Psicologia Social e Institucional Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 1997.
- GUATTARI, Félix ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis -RJ, Vozes, 1986.
- KASTRUP, Virgínia. *A invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Campinas - SP: Papirus, 1999.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In.: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- RAUTER, Cristina. O psicólogo e sua inserção na área de saúde. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF, V.7- N.2 e 3/p. 70-74*, 1995
- ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In.: LINS, Daniel S. *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas, SP: Papirus, 1997
- SAWAIA, Bader. O ofício da psicologia social à luz da idéia reguladora de sujeito: da eficácia da ação à estética da existência. In. Zanella, Andréa. *Psicologia e práticas sociais*. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 1997, 78-91.
- SERRRES, Michel. *Atlas*. Lisboa: Éditions Julliard, 1994.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, Luiz Eron da. *Reestruturação curricular: Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais*. Porto Alegre: Sulina, 1996.

Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: supervisão na universidade*

Analice de Lima Palombini

No processo de avaliação interna do curso de graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,⁵⁴ um dos dados mais significativos, levantado através da aplicação de questionários, refere-se à avaliação altamente positiva dos estágios curriculares obrigatórios por parte do corpo discente. Uma expressiva maioria dos alunos concorda com a idéia de que os estágios complementam de forma adequada a sua formação, considerando igualmente adequado o número – que não é pequeno, diga-se de passagem – de estágios curriculares previstos (embora não deixem de apontar a conveniência de uma melhor distribuição dessas atividades práticas ao longo da graduação e não apenas nos dois últimos anos do curso).

A posição quase unânime dos alunos não faz senão confirmar o que já se começara a esboçar na perspectiva de uma reforma curricular mas também em experiências concretas e diversas de aprendizagens que, rompendo com a departamentalização dos conteúdos e com a dicotomia entre teoria e prática, constróem na realidade mesma a vigência de um novo currículo em interação com o contexto social. Um tal movimento conduz, senão à derrubada, no mínimo a um esburacamento dos muros da academia – um esburacamento através do qual a realidade invade suas classes e, vice-versa, o saber acadêmico mistura-se aos saberes da vida. É na intensificação desse trânsito e seus enlaces que a prática e a supervisão ganham a frente da cena da formação em psicologia. Os seus atores, então, já não são mais apenas aqueles na função de mestre, responsáveis pela transmissão de um saber estabelecido; mas também os que se encontram na posição de fazer, profissionais confrontados aos desafios que lhes lança a realidade em que se insere o seu trabalho; e, ainda, aqueles que respondem pela função da supervisão, elo sutil, mas fundamental, entre o saber da teoria e o fazer da profissão.

É sobre as articulações entre universidade e sociedade, teoria e prática, saber e fazer, que pretende versar esse trabalho, tendo como foco a questão da formação do psicólogo: a prática e a supervisão. Para tanto, tomo como ponto de partida uma experiência de prática supervisionada no contexto do curso de psicologia da UFRGS. Ainda que o fazer nela implicado – o acompanhamento terapêutico – não seja prerrogativa do psicólogo, estendendo-se ao conjunto das profissões implicadas no trabalho no

* Trabalho classificado em primeiro lugar no Prêmio Monográfico promovido pelo Conselho Regional de Psicologia da 7ª Região, agosto 2001, sobre o tema "Formação do psicólogo: a prática e a supervisão".

⁵⁴ Conforme relatório do Núcleo de Avaliação da Unidade, concluído em março de 2000, de cuja equipe vim a fazer parte, junto com as professoras Gislei Lazzarotto e Denise Bandeira, com o apoio da aluna-bolsista Karla Siqueira. Esse relatório, somado ao das demais unidades de ensino, compõe parte do Programa de Avaliação Institucional da UFRGS.

campo da saúde mental, as diretrizes que têm orientado a coordenação e supervisão dessa prática, fundadas num pensamento clínico de base psicanalítica, permitem extrair dela conseqüências e desdobramentos que vêm somar-se ao esforço de sistematização e elaboração teórica com respeito ao exercício da supervisão enquanto função imprescindível no processo de formação do psicólogo.

Um projeto de ensino, pesquisa e extensão

O *Programa de acompanhamento terapêutico na rede pública de serviços* é um projeto sob minha responsabilidade, enquanto docente do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Engloba atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária⁵⁵ junto à rede pública de serviços de saúde mental, através da investigação das repercussões do trabalho de acompanhante terapêutico no contexto desses serviços, visando a construção de novos modos de encontro entre a instituição de atendimento em saúde mental e seus usuários. Trata-se de enfrentar o desafio da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de oferecer ancoragem, referências, possibilidades de tratamento e perspectivas de vida aos portadores de sofrimento psíquico grave, levando em conta o sujeito aí implicado, sem se deixar reduzir ao tratamento médico-hospitalar mas também sem apenas dissolver-se em práticas político-sociais. O acompanhamento terapêutico surge como modalidade clínica de interesse, na medida em que possibilita acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, colocando-se como alternativa para a construção de um espaço transicional, no sentido que Donald WINNICOTT (1975) concede ao termo, entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos.

Iniciado em 1998, com a participação de seis alunos do curso de psicologia da UFRGS que realizaram atividade de acompanhamento terapêutico junto aos serviços de saúde mental da rede municipal de Porto Alegre, o Programa teve seguimento no ano de 1999, através de curso de extensão, com 22 participantes, entre estudantes e profissionais de diversas áreas, que estendeu a proposta de acompanhamento terapêutico também ao Hospital Psiquiátrico São Pedro e à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. Em 2000, um grupo de dez alunos vinculados ao curso de psicologia deu continuidade ao trabalho junto à Secretaria Municipal da Saúde e à Clínica de Atendimento Psicológico

⁵⁵ A vinculação ao ensino dá-se através da articulação com os conteúdos desenvolvidos em disciplinas afins e à possibilidade de integrar a participação no Programa ao cumprimento do estágio curricular obrigatório de psicopatologia. Nesse caso, o que se propõe é a inserção do estudante na realidade viva da psicopatologia, através da sua integração ao cotidiano de trabalho de instituições de tratamento, ou outras instituições pertinentes, e na circulação entre o dentro e o fora deste espaço institucional, possibilitada pela atividade de acompanhamento terapêutico, realizada junto a sujeitos com dificuldades importantes nos processos societários de inclusão. A relação à extensão caracteriza-se pelo atendimento à população usuária dos serviços de saúde, ou serviços de assistência social e educação, conveniados ao projeto. Quanto à pesquisa, ela se funda sobre a construção das narrativas clínicas (conforme descrito adiante), indissociavelmente ligada, portanto, ao âmbito mesmo do atendimento clínico prestado, o qual, situado no espaço aberto do urbano, traz elementos novos a serem levados em conta na sua elaboração teórica.

da UFRGS, ao mesmo tempo que se participou, junto à Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, do planejamento e coordenação de um curso-piloto de qualificação para o acompanhamento terapêutico, dirigido a servidores de nível médio da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, novo grupo de alunos realizou as atividades de acompanhamento terapêutico, estendidas também ao Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enquanto a Escola de Saúde Pública deu início à segunda edição do curso lançado no ano anterior. Em 2002, além dos serviços de saúde, o Programa passou a atender também às Escolas Especiais da Secretaria Municipal da Educação de Porto Alegre, através de projeto integrado de estágio; paralelamente, teve continuidade a experiência junto à Escola de Saúde Pública e se realizaram atividades de assessoria e supervisão junto ao Projeto Morada São Pedro, programa de Residências Terapêuticas então implementado pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro, possibilitando que seus usuários transpusessem o espaço fechado do Hospital e passassem a habitar a cidade.

Contexto social e práticas interdisciplinares

O acompanhamento terapêutico diz de uma modalidade de trabalho que se impõe cada vez mais como necessidade no campo da saúde mental, na medida em que se efetiva o deslocamento do espaço de atuação de seus profissionais – suas ações hoje incidem prioritariamente sobre um terreno que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes, e ocupa-se o bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina. Esse deslocamento força uma mudança na postura dos profissionais envolvidos, para os quais não é mais possível manter a atitude padrão, previsível e controlada, de quem trabalha entre quatro paredes. É preciso, diz-nos Eduardo Mourão VASCONCELOS (1997), propor-se à desmontagem dos clichês, dos saberes consagrados, e lançar-se num espaço aberto de atuação, sem fronteiras demarcadas e sem medidas prévias de tempo. Vasconcelos aponta como esse movimento leva ao esfumaçamento dos limites das atribuições específicas a cada disciplina ou profissão, diversificando e estendendo os espaços de atuação de cada profissional e criando regiões novas de saber, no intercruzamento das diversas disciplinas.

O tema da inclusão, de modo geral, ganha cada vez mais expressão na realidade de nosso país, determinando a elaboração e implementação de políticas públicas que têm como perspectiva o engajamento, nos espaços sociais e na vida comunitária, de sujeitos que, pela condição particular da sua constituição física, psíquica ou social, eram, até então, internados em instituições totais ou submetidos a confinamento doméstico. O atendimento à saúde, o acesso à educação e o ingresso no mundo do trabalho constituem três vertentes fundamentais na consolidação dos processos inclusivos, tanto mais efetivas quanto mais integradas forem suas ações. Assim, o deslocamento referido acima, do espaço

fechado das instituições para o contexto aberto da cidade, incide sobre a atuação profissional numa ampla gama de situações, englobando, além das políticas de saúde, o campo das políticas sociais, das políticas de educação, de cultura e de trabalho. À universidade, cabe a responsabilidade de dirigir os processos de formação na direção que esse contexto aponta: alargamento dos espaços de atuação; trânsito e intercruzamento entre áreas; produção de conhecimento numa perspectiva interdisciplinar; constituição de novas práticas.

O saber da psicologia no campo das práticas interdisciplinares

O acompanhamento terapêutico surge, nesse contexto, como uma dessas novas regiões a explorar, afetando o modo de atuação do conjunto de disciplinas e hierarquias envolvidas no trabalho em saúde mental. Embora venha sendo incorporado com sucesso ao campo profissional da psicologia como uma modalidade terapêutica própria, seu exercício não pode ser circunscrito a esse campo. Também não se restringe àqueles que detêm diploma de curso superior. Não se trata de uma profissão regulamentada nem constitui um campo de saber específico, mas, sim, uma prática, para a qual confluem múltiplos saberes, não só aqueles disciplinares, mas os que a vida possibilita.

Contudo, se a psicologia como profissão não é requisito para o exercício da função de acompanhante terapêutico, os conhecimentos produzidos no seu campo e pela psicanálise são ferramentas cruciais para imprimir uma direção clínica ao trabalho, dando expressão à sua potência terapêutica – entendida aqui como possibilidade de criação e produção de novos sentidos.⁵⁶ Subtraída de um pensamento clínico, de um pensamento que leva em conta o sujeito psíquico implicado na estruturação e nas manifestações de uma psicose ou neurose grave, a função do acompanhante terapêutico – conduzindo ou acompanhando o usuário do serviço na realização de algumas ações e percursos de que ele não é capaz de ocupar-se sozinho – corre o risco de se impor unicamente como uma ortopedia para esse sujeito, com riscos mais ou menos iatrogênicos, variáveis de acordo com a sensibilidade e condição psíquica peculiar à pessoa do acompanhante.⁵⁷ A supervisão do trabalho adquire aqui total importância, na medida em que ela é determinante da direção que assume o acompanhamento. O seu exercício diz da responsabilidade que nos cabe de colocar os saberes da psicologia e da psicanálise a serviço da comunidade. A função do supervisor, nesse caso, incide, não

⁵⁶ Na experiência do Programa, a psicanálise situa-se como saber norteador do trabalho, seja na referência aos textos de Freud, Winnicott e Lacan, seja através de autores como Pierre Férida, Jean Oury e Joel Birman, entre outros. A essas contribuições, vêm somar-se as da psicologia social em seus fundamentos, com autores como Michel Foucault, Paul Virilio, Richard Sennett, Peter Pal Pélbart.

⁵⁷ Naquilo que se vem desenhando como uma política governamental de inclusão da figura do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental, é preciso definir se o que se busca é unicamente responder a necessidades de ordem social, assistencial, ou se tal política comporta uma direção clínica ao trabalho; as implicações são bastante diversas num e noutro caso.

sobre a formação específica do psicólogo, mas sobre o modo de constituição das práticas interdisciplinares em que a psicologia como saber encontra-se lançada.

Lugar de alteridade

A parceria estabelecida, através deste Programa, entre a Universidade e os serviços públicos de saúde possibilita constituir a prática do acompanhamento terapêutico como modalidade *clínica* de trabalho junto aos usuários desses serviços, mas também, o que não é menos importante, junto às suas equipes, na medida em que produz efeitos institucionais, para além dos efeitos clínicos circunscritos ao caso acompanhado. É que o acompanhamento terapêutico dá-se num campo aberto, o que o faz traçar o contorno daquilo que a instituição de atendimento dá conta: aquilo que a instituição não consegue olhar e que diz respeito ao contexto de vida (ou de morte) do sujeito acompanhado, emerge no trabalho do acompanhante, fazendo um bordeamento que demarca as competências da instituição em cada caso e revela aquilo de que ela não pode ou não quer se encarregar. O conjunto de informações novas que o acompanhante traz, como um mensageiro, para dentro do serviço, exige da equipe reposicionar-se em relação ao caso, colocando em jogo a destituição dos saberes já consagrados e o reconhecimento do espaço de ignorância inerente às práticas profissionais, espaço que, no entanto, o discurso técnico-científico esforça-se por recobrir. É preciso que a equipe tenha a porosidade suficiente para deixar-se tocar por isso que o trabalho do acompanhante terapêutico revela, permitindo outras janelas em seu trabalho, para além do enquadramento clínico ou administrativo que lhe concerne, outras janelas com vista para a rua.

A relação à Universidade, como espaço exterior ao campo das práticas profissionais, possibilita essa produção de efeitos institucionais, que diz de uma função de alteridade, não apenas no que se refere à especificidade do lugar em que se exerce a prática do acompanhamento terapêutico, mas em todo trabalho de supervisão acadêmica que tem a seu encargo acompanhar a inserção do aluno em práticas profissionais no âmbito da comunidade. A interlocução estabelecida entre professores supervisores e o local de estágio, através de seus profissionais ou outros atores sociais, mediada pelo trânsito do estagiário entre a academia e o campo da prática, constitui-se num espaço de reflexão e elaboração dos modos do fazer nesse campo, suscitando reposicionamentos com respeito a questões como: lugar e função da psicologia no projeto institucional, ética profissional, interdisciplinaridade, relações hierárquicas, articulação entre poder e saber, contextualização político-social das práticas profissionais. A supervisão acadêmica, assim, faz-se continente, não apenas dos processos do aluno no cumprimento de seu estágio, mas também, e de forma propositiva, dos processos institucionais em curso no local que acolhe o estagiário.

Continente de narrativas

A experiência do *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública de Serviços* tem incidência direta sobre o processo de formação no contexto do curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, engajando, a cada ano, um número expressivo de alunos que realizam atividade de acompanhamento terapêutico junto a um dos serviços conveniados ao programa. Ao longo de um ano, semanalmente o grupo de acompanhantes terapêuticos reúne-se com a coordenação do programa, visando a realização de seminários teóricos e supervisão dos casos acompanhados. Esses encontros foram ganhando uma conformação própria, vindo a funcionar como lugar de ancoragem e continência ao desafio que representa a experiência de acompanhar loucos na cidade, fora do ambiente protegido dos serviços de saúde. Constituíram-se, assim, em espaço de confluência das múltiplas narrativas relativas ao material clínico de cada acompanhamento terapêutico, narrativas que se sobrepõem umas às outras, numa trama imbricada cujo ordenamento não obedece a nenhuma cronologia, mas segue as conexões que se vão produzindo à medida que o trabalho avança. Assim, o relato oral que o acompanhante faz é elaborado e interpretado em conjunto com seus pares e supervisores, que, por sua vez, estabelecem sua própria narrativa acerca do que escutam do caso. Um dos recursos de que se fez uso, nesse processo, foi a produção de um vídeo, ao final do primeiro ano de funcionamento do projeto, onde cada um dos acompanhamentos então realizados foi representado por uma imagem e um som associados, tomando como base os relatos semanais que faziam os acompanhantes terapêuticos, numa certa referência à organização espacial e temporal, respectivamente, de cada um dos casos que foram objeto desse trabalho. A realização do vídeo, por sua vez, foi produtora de novas narrativas, orais e escritas, que, a seu turno, operavam *a posteriori* sobre os relatos já produzidos. Ou seja, o trabalho de pesquisa, o trabalho clínico e o trabalho de supervisão sustentam-se sobre um trajeto linguageiro que compreende um vai-e-vem constante entre as modalidades orais, escritas (ou mesmo visuais) da linguagem, um vai-e-vem entre diálogo e relato, história e ficção, ficção e teoria (Dana RUDELIC-FERNANDEZ, 1999).⁵⁸ Esses atos narrativos, no seu conjunto, foram tomados em consideração desde a transferência que os implicou, mediatizada pela elaboração teórica que, no entanto, assim como a supervisão do caso, não deixa de incluir-se numa dimensão transferencial (Max KOHN, 1999). Cerne da experiência psicanalítica originária, enquanto fenômeno que permite acesso ao psiquismo, a transferência é o que possibilita também a produção e transmissão de seu saber, situando-se como ponto de amarragem que une experiência, produção e transmissão como termos indissociáveis (Analice PALOMBINI, 1999a; 2000).

⁵⁸ Ver também, a esse respeito, do mesmo volume, os artigos de Max KOHN e Catherine CYSSAU (1999).

Ancoragem para a elaboração teórica

Uma das críticas mais contundentes de Michel FOUCAULT (1978) à psicanálise, porém, incide, justamente, sobre a transferência, no que diz respeito ao que ele aponta como a criação genial de Freud: o fato de que este faria transferir as condições do tratamento moral próprio ao espaço do asilo para o interior do setting analítico, para o campo da relação estabelecida entre analista e analisante, onde o dispositivo transferencial não seria mais do que uma derivação do dispositivo do tratamento moral, ambos operando através da especularização como modo de retificação da imagem do louco sobre si mesmo.⁵⁹

Ora, se a psicanálise é a referência teórica maior na experiência do Programa, o contexto em que se realiza essa experiência permite pensar que o acompanhamento terapêutico, ao dissolver o setting analítico no espaço aberto da cidade, opera um movimento contrário ao que aponta Foucault, transferindo a psicanálise para o fora que constitui a loucura, numa transgressão às normas e preceitos da razão. Dessa abertura para o fora, pode-se observar os efeitos sobre o acompanhado, sobre a equipe do serviço que o atende, mas também, muito especialmente, sobre a figura do acompanhante.

A produção do vídeo a que se fez referência acima permite uma reflexão sobre esses efeitos incidindo sobre o grupo de acompanhantes terapêuticos. Entende-se que o vídeo veio cumprir uma função particular entre as narrativas clínicas produzidas, constituindo-se, não em um acontecimento fortuito, mas num evento necessário, inerente à dinâmica do trabalho que se realizava.

O acompanhamento terapêutico certamente pode ser descrito como uma clínica em ato, onde o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica onde a palavra, mas também o corpo, os gestos, as atitudes contam. Assim, os relatos feitos em supervisão freqüentemente evocavam, mais do que séries discursivas, encadeamento de ações, descrição de gestos e expressões, cenas, enredos. O grupo era, ali, banhado em imagens. O vídeo, assim, poderia ser tomado simplesmente como um modo de dar expressão, visibilidade, a essas imagens. Mas sua produção se impôs de uma maneira absoluta, imperiosa, que merece elucidação.

Uma primeira consideração a fazer, nesse sentido, seria a de que a realização do vídeo aponta para a necessidade, no trabalho com psicóticos, de sustentar a sua produção discursiva sobre os objetos concretos, essa necessidade tendo-se transferido para o grupo, acossado por uma urgência em dar concretude a um trabalho que se desenvolvia na invisibilidade. O pensamento de Foucault, contudo, possibilita avançar essa reflexão.

⁵⁹ Em que pese tudo o que, desde a psicanálise, pode-se dizer acerca do reducionismo dessa crítica, o seu fundamento, é bom lembrar, repousa sobre a filiação do saber psicanalítico à vertente crítica da tradição sobre a loucura em oposição à sua vertente trágica, ou seja, a uma leitura da loucura como desrazão (cf. Joel BIRMAN, 2000). Se Freud vem resgatar uma tradição do Renascimento, restituindo à palavra do louco seu valor de verdade, isso, no entanto, seria feito ao preço de um assujeitamento do doente à figura do analista, o que situaria a psicanálise, não em ruptura, como gostamos de pensar, mas em continuidade com o saber psiquiátrico positivista do século XIX.

Retoma-se aqui o argumento lançado acima, de que o alargamento do espaço de tratamento da loucura por meio do acompanhamento terapêutico pode conter, em potência, o reordenamento do dispositivo transferencial, não mais em continuidade ao dispositivo asilar do tratamento moral, mas, antes, na direção do fora a que aponta a loucura. Encontra-se uma primeira evidência disso na frequência com que as narrativas da parte dos acompanhantes referem-se à vivência de um descompasso no tempo e à necessidade de prescindir da sua organização temporal para poder acompanhar ora o frenesi ora a lentificação de uma temporalidade cujos parâmetros lhe escapam. Para que possa introduzir-se como presença empática na relação com o acompanhado, o acompanhante terapêutico deve ser capaz de uma certa abstinência daquilo que constitui os eixos básicos da constituição do seu eu – a organização espaço-temporal. Contudo, isso o lança no campo da experiência sensível, não representacional, no encontro estético dos corpos, fora do registro da palavra. Como fazer a travessia dessa experiência sem submergir na angústia que a mesma suscita? Como integrar, num registro positivo, vivências temporais múltiplas, díspares, fragmentadas, instaurando continuidades capazes de sustentar o trânsito entre o dentro e o fora, de modo que os intervalos, o vazio entre os espaços ou a sua amplidão encontrem a mediação de uma palavra que lhes desfaça a feição do horror?

Voltando ao vídeo, é certo que a concretude do corpo e dos objetos que a sua película evidencia indica algo próprio à clínica da psicose e dos estados limites, ou seja, a recorrência a suportes materiais, para além da palavra, como continentes das suas operações. Mas, prestando atenção ao modo como se realizou a gravação dessa fita, percebe-se que não é outro corpo senão o do acompanhante que ela põe em questão – um corpo que, dado o dispositivo metodológico de supervisão e pesquisa, ganhou novos contornos, incluindo o grupo de acompanhantes terapêuticos e seus supervisores. Pois é esse corpo que se põe em cena, que vive na carne (sensitiva, motora) a experiência que pretende transmitir, que já não é mais a do outro, mas a do seu encontro.⁶⁰

A experiência intensiva que assim viu-se possibilitada de modo compartilhado pelo grupo parece significar o esforço de apreensão corpórea daquilo que se fazia inapreensível ao pensamento na iminência da desrazão. A ancoragem no corpo permitia que o vivido no acompanhamento terapêutico se fizesse matéria de elaboração teórica.

⁶⁰ Assim, com Júnior, estivemos encerrados num quarto, sem medida de tempo, olhar fixo na televisão; com Luciane, gestamos (e deixamos de gestar) uma criança; com Luiz, refugiamos-nos numa cama, enrodilhados no lençol; com Alessandra, corremos riscos à beira de um precipício; com César, passeamos em vertigem por bancas de camelô em véspera de natal; com Lúcia ausente, fizemo-nos ausentes, anônimos entre passantes, para, ao longe, redescobrir a cidade (os nomes são fictícios). Para um detalhamento maior das cenas do vídeo e das narrativas produzidas a partir dele, ver o artigo "O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais" (PALOMBINI, 1999b).

Um estilo próprio à clínica

Contudo, retornando ao diálogo com a crítica foucaultiana, nos percursos em que se lançam acompanhante e acompanhado, desenham-se os elementos que, longe de serem específicos desse trabalho, entendemos como o alicerce mesmo da clínica, em particular a psicanalítica, naquilo que ela pode conter de potência criadora e produtora de novos sentidos (em ruptura, portanto, com sua dimensão asilar). Dessa forma, se a clínica, por um lado, coloca-se como pressuposto orientador para a prática do acompanhamento terapêutico, por outro, o exercício dessa prática vem forjar um estilo próprio à clínica. Abrir-se para o novo, seguir fluxos alheios, ser afetado por, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena, são vivências que se impõem ao acompanhante no encontro cotidiano com seu acompanhado. Na medida em que essas vivências encontram expressão no espaço de supervisão, sustentando-se desde a continência grupal e intensa e a amarragem teórica que esse espaço possibilita, elas transformam-se em experiência clínica fundante, que investe de forma produtiva as inserções futuras do acompanhante no campo das práticas profissionais, de modo geral, e, mais particularmente, no âmbito da clínica.

Para concluir

A Universidade Pública traz como função e marca da sua trajetória o exercício pleno e indissociável do ensino, pesquisa e extensão. A supervisão das práticas curriculares, que compete a seus docentes na tarefa de formar futuros profissionais, vem situar-se, justamente, no ponto de articulação dessas três vertentes do trabalho acadêmico. Fincada na realidade social do país, a iniciação nos fazeres da profissão coloca teoria e prática em interação permanente, num movimento que, na busca de respostas aos muitos desafios que a magnitude dos problemas emanados dessa realidade evoca, reposiciona e faz avançar a teoria enquanto ferramenta para a leitura desses problemas e para a formulação dos modos de tratamento dos mesmos. Dada a trama complexa do tecido que constitui a realidade social, o campo das práticas profissionais, mesmo as mais especializadas, insere-se num contexto que é sempre interdisciplinar. Tomar em consideração esse contexto leva ao esfumaçamento dos limites de cada disciplina, impondo mudanças na dinâmica do trabalho acadêmico. Essas mudanças apontam para um rearranjo das relações entre saberes e ciências diversas, com a constituição de campos temáticos do conhecimento, para o qual convergem disciplinas antes dispersas (cf. Edgar MORIN, 2000).

A supervisão acadêmica em psicologia, portanto, se, por um lado, ocupa-se da formação do futuro psicólogo naquilo que constitui a especificidade do seu fazer, por outro, forja essa especificidade na interação dialógica com as demais profissões e disciplinas atinentes ao campo das práticas, no qual a

interdisciplinaridade emerge como questão na interpenetração e problematização recíprocas dos saberes envolvidos.

O espaço da supervisão, enquanto continente das narrativas que buscam dar conta do vivido no âmbito das práticas, possibilitando sua apreensão tanto subjetiva como teórica, transforma essas vivências em experiência fundante de um estilo profissional próprio. Assim, o professor na função de supervisor tem a seu encargo uma tarefa que envolve duas operações distintas, ainda que interligadas, de construção: a do conhecimento no contexto interdisciplinar (ou mesmo inter-institucional); a do estilo pessoal do fazer profissional de seus supervisionandos. No cumprimento dessa tarefa, é de um outro lugar, que não o da maestria de seu saber ou o do modelo em que se espelhar, que a competência do supervisor entra em consideração. Pois, que a supervisão possa constituir-se como espaço de continência e ancoragem para a formulação de um estilo do fazer, que o supervisor possa exercer uma função de alteridade na relação com as políticas, as profissões e os saberes em jogo nos campos de estágio, implica ocupar um lugar que é propriamente clínico, no sentido que este texto propõe, privilegiando a escuta das singularidades e a potencialidade do novo, desinvestindo os ideais (de ciência, de profissão) para a emergência de um saber que não se encontra antecipado mas se confirma no *a posteriori* de sua construção.

Adendo

A clínica nos espaços e tempos da cidade

Trilhando caminhos

O *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública de Serviços de Saúde Mental* refere-se a uma experiência de formação que apenas tem-se tornado possível porque conta, a cada ano, com um grupo de estudantes dispostos à aventura de acompanhar os outrora chamados doentes mentais na sua circulação pela cidade, fora do ambiente protegido dos serviços em que são atendidos. Sou extremamente grata a esses estudantes, por sua disposição e persistência num trabalho que exige emprestar seu corpo e subjetividade à cena do outro. De forma especial, esse agradecimento é dirigido ao grupo inicial de acompanhantes terapêuticos, pelo total engajamento num projeto então incipiente e por sua dedicação, ao longo de três anos, ao trabalho de pesquisa a que tal experiência deu curso. O que aqui apresento é um recorte de algumas das idéias que compõem o texto dessa pesquisa e que não se encontram contempladas no que foi exposto acima.⁶¹

⁶¹ O trabalho de pesquisa contou com a colaboração de Simone Goulart Kasper, com quem pude dividir a supervisão dos acompanhamentos, e com os acompanhantes terapêuticos Eliane Rivero Jover, Ernesto Pacheco Richter, Laura Lamas Martins Gonçalves, Mariana Boccuzzi Raymundo e Paula Sandrine Machado. Se há mérito nessa produção, ele se deve a essa equipe, pela competência, criatividade e bom humor com que se integrou à proposta do projeto.

Cabe ressaltar, de início, que esse projeto, ainda que nascido na Universidade, não encontra nela a sua origem. Antes de assumir o trabalho como docente, e concomitante à formação em psicanálise, durante sete anos atuei como psicóloga junto a órgãos públicos: Fundação Estadual do Bem Estar do Menor, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul; Secretaria da Educação e Secretaria da Saúde, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. O trabalho nesses órgãos levou-me a percorrer e interagir com espaços periféricos da cidade: zonas de bordas incertas à beira do lago, caminhos labirínticos no cume de morros, bolsões apertados entre a auto-estrada e as fábricas. É certo que a topologia particular a cada uma dessas periferias tinha sua incidência sobre a dinâmica própria aos modos de vida das comunidades locais. A diversidade dessas experiências, porém, não evitava seu denominador comum – a miséria e a exclusão social –, convocando o esforço integrado dos diferentes órgãos, saberes e profissões envolvidos no campo das políticas públicas. Mas o desafio que me concernia em particular dizia respeito a uma outra espécie de miséria e exclusão, que podia somar-se à primeira ou encontrar-se alhures: era a que destituía a pessoa do estatuto de sujeito, silenciando uma enunciação própria, amortecendo os sentidos, impedindo a capacidade de criação. Se eu era levada a percorrer a topologia urbana e identificar, nos seus contornos, modos distintos de subjetivação, ao privilegiar a escuta singular das subjetividades, eram os espaços e tempos inconscientes de sua constituição que se tratava de reconhecer. No ponto de articulação entre um campo e outro, entre o campo psíquico e o campo social, era que, do meu trabalho, podia-se esperar os efeitos.

Habituei-me, portanto, a um trânsito que ia dos espaços abertos e desordenados das ruas ao caos ou vazio psíquico. Assim, quando em 1996, integrando a equipe técnica do CAIS Mental 08⁶², foi proposto aos então estagiários de psicologia⁶³ que realizassem o acompanhamento terapêutico de usuários do serviço indicados pela equipe, a experiência me pareceu conforme ao que, até aquele momento, eu pudera construir como modo do fazer clínico num trabalho em rede, compartilhado com outros integrantes da equipe. Fui, porém, surpreendida pelos resultados desse trabalho, não somente pelos efeitos clínicos imediatos que o acompanhamento produziu sobre os usuários acompanhados, mas muito especialmente pela novidade do olhar que, sobre esses usuários, lançavam os acompanhantes, desde uma perspectiva que era exterior à instituição de tratamento. O inesperado, o insuspeitado desse olhar vinha transformar olhares às vezes cansados e gastos dos trabalhadores daquele serviço. A experiência viu-se ampliada no ano seguinte, com o ingresso de novos estagiários, motivando-me a propor sua continuidade na forma de projeto de pesquisa e extensão, no momento em que eu me desligava do serviço para assumir como docente na UFRGS, estabelecendo parceria entre a Universidade e a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

⁶² Serviço de saúde mental da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

⁶³ Amadeu de Oliveira Weinmann e Maria Ilda dos Santos Cezar, estudantes da UFRGS, inauguravam, naquele momento, o estágio em psicopatologia no CAIS, graças à iniciativa do primeiro, que buscou o serviço com essa proposta. A excelência dos estagiários foi importante para o êxito e continuidade da experiência.

Assim, o laço entre universidade e contexto social, nesse projeto, encontrava seu fundamento numa trajetória profissional cujos caminhos iam das instituições de atendimento à rua, em vias de mão dupla. A proposta mesma do acompanhamento terapêutico não se formulara como resposta a exigências de ordem acadêmica, no cumprimento de requisitos curriculares de formação em psicologia. Era uma necessidade nascida da realidade do trabalho com a loucura, tendo a desmanicomialização e inclusão social como seu horizonte. No entanto, ela se revelou um dispositivo eficaz de formação clínica, como pudemos mostrar acima, abrindo espaço à construção, para cada estagiário, de um estilo profissional próprio, prescindindo dos estereótipos e das padronagens simplificadoras.

De um espaço-tempo a outro

Sabe-se que, no hospital psiquiátrico, a dimensão do espaço ganha contornos próprios: muros altos, imensidões gramadas, pátios internos, longos corredores, grades e paredes. Um espaço destacado do panorama da cidade, voltado para dentro de si mesmo, fechado em muros. O tempo, por sua vez, não tem cadência, é congelado, parado, eternamente o mesmo. Dentro do hospital, somos desabitados de tempo e presas do espaço (Analice Palombini, 1997).

Vimos como o movimento pela reforma psiquiátrica tem implicado o deslocamento do campo de atuação em saúde mental. Ao ganhar terreno no espaço urbano, suas ações vêem-se confrontadas ao dinamismo e complexidade próprios a via pública, com uma multiplicidade de ritmos e topologias. Assim, convém deter-se um momento sobre o modo como as dimensões do espaço e tempo articulam-se aos processos de subjetivação e as especificidades que adquirem no campo das psicoses.

Psicose, espaço e tempo

A psicanálise, nascida com a modernidade, ensina que um sujeito apenas pode surgir a partir de uma relação que sustente descontinuidades, espaços vazios, diferenças. Logo que vem ao mundo, o ser do bebê pouco se distingue do de sua mãe, estando amparado pelo corpo e o psiquismo desta. A carne, os órgãos, as vísceras do pequeno infante somente ganham consistência e engendram seu funcionamento – tornam-se corpo – quando pulsionalizados pelo desejo materno, que toma o bebê como seu objeto. Mas, para que esse corpo possa unificar-se num eu, é preciso o estabelecimento de um intervalo, um vazio, corte simbólico que suspende o estado de completude narcísica entre mãe e filho, marcando a diferença entre este e o Outro materno.

Sem a inscrição desse corte simbólico, a assunção de uma imagem corporal unificada permanece presa incondicional do olhar materno e facilmente desfaz-se em partes desconexas, fragmentos devassados pelas sensações e percepções de um mundo cujos limites entre interior e exterior não encontram ponto de sustentação. A construção da representação do espaço sofre os efeitos dessa

fixação à imagem que advém da mãe: produz-se uma contração do espaço exterior, reduzido ao campo do olhar materno. O que ultrapassa esse campo cai num vazio simbólico, sendo vivido como abismo, horror, morte. Tal vivência é determinante de uma distorção nas percepções visuais, cinestésicas, tácteis do espaço como, por exemplo, as que afetam a noção de profundidade. O corpo, de frágil consistência, dilui-se no vácuo de um espaço sem coordenadas.

Em *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre a loucura*, Peter Pal Pélbart (1993) discorre sobre a loucura como sendo da ordem da desencarnação e da atemporalidade. Preso a um momento de suspensão anterior à própria temporalidade, onde, em um estado de inacabamento, ainda não está configurada uma imagem corporal, o louco, o psicótico, transita por uma existência sem início nem fim, sem esquecimento nem surgimento, com uma falta completa de concretude (ou excesso dela), “condenado a testemunhar com inveja silenciosa a encarnação alheia” (op.cit., p.20).

Nesse sentido, segue o autor, a imobilidade e lentificação, características da burocracia das grandes instituições, dizem também de um regime temporal que é próprio à loucura, alheio ao escoar contínuo dos instantes, sem passado nem futuro. Os próprios manicômios, assim, vieram a constituir-se como uma espécie de freio contra a temporalidade hegemônica da vida em sociedade, abrigando todos aqueles que recusaram adaptar-se a essa temporalidade – a da aceleração máxima, absoluta. Paradoxalmente, levado ao seu extremo, o império da velocidade chega ao ponto da imediatidade, da abolição do tempo e das distâncias, que, conforme a análise de Paul Virilio (1993), as tecnologias midiáticas vêm propiciar. A desmaterialização provocada pela velocidade absoluta equivale a uma inércia absoluta, fazendo coincidir velocidade máxima e imobilidade total.

O mundo contemporâneo, porém, abriga múltiplos regimes temporais, que se sobrepõem a esse regime da velocidade, transitando entre seus dois pólos: o do tempo quase instantâneo do computador e o do ócio quase infinito. Sobre essa diversidade, navega nossa existência. E é o domínio dessa navegação de uma temporalidade a outra que o psicótico vê-se impossibilitado de realizar, faltando-lhe um ponto de amarragem para conectá-las. Ali onde, entre turbulências e calmarias, seguimos conduzindo nossas naus, ele termina por naufragar.

Arritmias do tempo

O trabalho sobre a transferência, na clínica da psicose, vai implicar a criação de um lugar onde algo da ordem da palavra possa surgir, barrando a precipitação em direção à imagem do outro, constituindo-se como intervalo que faz corte a um tempo uniformizado, amontoado (Jean Oury, 1977). Seguindo a leitura de Oury, Pélbart (op.cit.) sugere cuidar de preservar essa temporalidade diferenciada, de forma que a lentidão não se transforme em impotência e que os gestos não ganhem sentido apenas pelo seu desfecho. Para isso, haveria que libertar o tempo do controle a que a tecnologia o submete; deixar o

tempo jorrar e, com ele, a possibilidade de algo surgir, um projeto, o momento de decidir e de fazer. Entretanto, não temos tempo nem paciência para aguardarmos esse momento. Gostamos das coisas ordenadas, do futuro já antevisto no presente, do trabalho dirigido a um fim. Encontramo-nos premidos, também, pelas urgências do cotidiano, pelos prazos, ultimatoss, que agora cercam o psicótico a mercê desse tempo que antes os muros do hospital faziam represar (Palombini, op.cit.).

O tempo concebido como diferença e multiplicidade é um elemento crucial no acompanhamento terapêutico. Trata-se não apenas de que o psicótico, na sua insubordinação contra o sentido e a velocidade habitual dos fluxos urbanos, possa sobreviver na cidade, mas que lhe seja possibilitada a manifestação de sua densidade singular, sendo necessário, para isso, estar com ele em seu ritmo descompassado. Estar disponível, durante o trabalho, no momento e no ritmo próprio ao acompanhado, significa, ao acompanhante, fazer-se continente daquilo que emerge como traços de um sujeito, como rasgos de desejo em pulsações desordenadas, ou emprestar a força do seu desejo para deter um movimento contínuo – de destruição, imobilidade ou silêncio – em direção à morte.

Paisagens psíquicas

Além da dimensão temporal, a espacialidade é um segundo aspecto determinante desse trabalho, que já foi descrito como uma prática de saídas (A Casa, 1991). De fato, a possibilidade de percorrer os espaços da cidade constitui-se, muitas vezes, como uma experiência de alteridade ao sujeito acompanhado, uma vez que, potencialmente, ela resguarda, em relação a outros espaços do habitar, uma maior distância (real) do corpo materno (Simone Kasper, 2000). Contudo, a idéia corrente que situa a rua como o *setting* por excelência do acompanhamento terapêutico contrasta com a constatação de que o seu primeiro cenário – às vezes por muito tempo o único – é o espaço interior da casa. Com efeito, a narrativa dos casos acompanhados ressalta a frequência e intensidade com que o acompanhamento terapêutico incide sobre o espaço privado, na atmosfera familiar da casa, na intimidade e isolamento de um quarto. Nesse contexto, o espaço e os modos do habitar tornam-se, para o acompanhante terapêutico, índices de uma constituição psíquica particular, como espacialização dos lugares discursivos que ocupa cada um dos integrantes daquela constelação familiar. A distribuição das peças, o posicionamento dos móveis, a partilha dos objetos, tanto quanto o acontecimento das refeições, o lugar em que se dorme, o modo de circulação entre os espaços internos e entre o dentro e o fora, fornecem elementos que são constituintes da posição subjetiva do acompanhado e de seus familiares. Se, dessa forma, é possível ao acompanhante observar os efeitos do trabalho terapêutico nas mudanças que se produzem, sem sua interferência direta, no espaço habitado pelo acompanhado, também se constata que uma intervenção direta no ambiente por parte do acompanhante, levando a

modificações no espaço e tempo da ordem familiar, pode produzir efeitos no campo subjetivo, na direção apontada pelo trabalho terapêutico.

Entre o dentro e o fora

Já nos primeiros meses da vigência de nosso projeto,⁶⁴ em 1998, duas evidências se apresentavam claramente: a primeira, relativa à grande receptividade que a proposta de acompanhamento terapêutico encontrou junto às equipes dos serviços contatados, indicativa do potencial de demanda de trabalho nesse campo; a segunda, de que o acompanhante terapêutico, por transitar nesse espaço intermediário entre a instituição e a rua, permitia uma aproximação extremamente rica, do ponto de vista clínico, com sujeitos que até então haviam-se mostrado inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento. Efetivamente, a população atendida por esses serviços muitas vezes não conta com nenhum suporte familiar ou social que a sustente, e seu único laço estabelecido é com a própria instituição de saúde (às vezes nem esse laço se consolida). Então, era interessante contar com a figura do acompanhante terapêutico, cuja mobilidade permitia alcançar tal sujeito lá na sua concha, o seu casulo, ou acompanhá-lo em sua errância.

Contudo, freqüentemente o acompanhante terapêutico via-se às voltas com as dificuldades de fazer interagir o seu trabalho com o conjunto de procedimentos terapêuticos que perfaziam o cuidado à saúde mental daquele determinado sujeito que ele acompanhava. O que se constatava é que, ao mesmo tempo que a função do acompanhante atendia a uma necessidade da instituição, vinha ao encontro do que o atendimento integral à saúde daquela determinada população demandava, ele também criava um certo tensionamento com a equipe. Uma tensão importante se estabelecia, então, entre um pólo e outro do trabalho, entre a instituição de tratamento e o acompanhante terapêutico. Ocorre que, enquanto a instituição de tratamento sofre a pressão de uma demanda crescente de atendimento (a referência aqui são os serviços públicos, que foram foco de nosso projeto), e, portanto, de uma política de extensão do seu trabalho, a atividade do acompanhante terapêutico, inversamente, incide com a máxima intensidade sobre um único sujeito. E, na medida em que o acompanhamento terapêutico desprende a clínica de suas amarras institucionais, lançando-a no contexto do cotidiano de vida de um sujeito, pode enriquecer o espaço terapêutico com toda uma nova gama de experiências que, mais do que da evolução de sinais e sintomas, diz das evoluções do curso da vida (Palombini, 1998), identificando recursos de que dispõe esse sujeito, talentos, habilidades e estratégias de sobrevivência até então insuspeitadas, seja no âmbito de sua família, seja no da instituição de tratamento (Camargo, 1991). Ele se faz conhecedor também das rotinas, situações vividas, cenas em família e no social, às vezes cruciais para o entendimento do que se

⁶⁴ Cf. o artigo *O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais* (Palombini, 1999). A presente seção, assim como a seguinte, expressam as idéias contidas nesse artigo.

passa com aquele determinado sujeito, e, no entanto, completamente ignoradas no contexto institucional do seu tratamento.

Inclusão do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental

Se o acompanhamento terapêutico porta, assim, uma incidência institucional, para além dos efeitos clínicos circunscritos ao caso acompanhado, considera-se necessário, no entanto, o cumprimento de algumas condições a partir das quais a inclusão do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental é capaz de preservar toda potencialidade a que faz jus a sua função, a saber:

a) manutenção de uma certa autonomia do acompanhante terapêutico em relação à equipe do serviço em que atua, uma certa posição de fora, correspondendo ao lugar (fora/dentro) em que exerce a função. Uma sugestão seria não incluí-lo nas equipes específicas de cada serviço, constituindo, antes, uma espécie de central de acompanhantes terapêuticos, que atendesse às solicitações dos diferentes serviços, sem manter vínculo direto, exclusivo, com nenhum deles. Dessa forma, preservar-se-ia essa condição de exterioridade, com maior isenção para realização do trabalho. E possibilitar-se-ia, também, a pertença ao grupo, favorecendo a troca de experiências, o debate em torno dos acompanhamentos realizados, a continência grupal tão necessária ao exercício de uma função em que a subjetividade encontra-se tão lançada.

b) supervisão e acompanhamento do trabalho realizado através do estabelecimento de programas de educação continuada. O desafio é de, respeitando a pluralidade de formação, profissões e estilos (pluralidade que, aliás, é bastante positiva, em particular na clínica da psicose), construir um referencial de base comum, um referencial, justamente, que esclareça o que está em jogo no processo de estruturação subjetiva que determina que dessa estruturação advenha uma neurose ou psicose e que representação o sujeito se faz do Outro, representação que vai estar em questão na relação do acompanhado com seu acompanhante. Essas referências possibilitam dar uma direção clínica a um trabalho que se apresenta de forma diversificada.

Referências bibliográficas

- A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.
- BIRMAN, Joel. *Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- CAMARGO, Elisa M. de C. "O acompanhante terapêutico e a clínica" in A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991, p.51-60.

- CYSSAU, Catherine. Fonctions théoriques du cas clinique. De la construction singulière à l'exemple sériel. In: VILLA; FEDIDA (org). *Le cas en controverse*. Paris: P.U.F., 1999, p.59-82.
- FOUCAULT, Michel (1972). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- KASPER, Simone Goulart. "Transitando pela clínica do AT" in *Correio da APPOA*: Psicanálise a céu aberto. Órgão informativo da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n.82, ano IX, agosto 2000, p.19-26.
- KOHN, Max. Acte narratif et cas. In: VILLA; FEDIDA (org). *Le cas en controverse*. Paris: P.U.F., 1999, p51-58.
- MORIN, Edgar. *Complexidade e transdisciplinaridade*. A reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN, 2000.
- OURY, Jean. "Le temps et la psychose" in VERDIGLIONE, Armando (org.). *La folie dans la psychanalyse*. Paris: Payot, 1977, p. 90-98.
- PALOMBINI, Analice. "Espaço e tempo na clínica da psicose: psicanálise e interdisciplinariedade" in *Correio da APPOA*: Psicanálise e cinema. Órgão informativo da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n.48, ano VI, julho de 1997, p.55-61.
- _____. "Psicopatologia na vida cotidiana". In: *Cadernos de AT: uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1998, p. 45-51.
- _____. "O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais". In: Revista *Educação Subjetividade & Poder*, n. 6, agosto, 1999. Porto Alegre: PPG Psicologia Social e Institucional / UFRGS.
- _____. Fundamentos para uma crítica da epistemologia da psicanálise. *Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica*. Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica UFRJ, v.2, n.2. p.53-70, 1999a.
- _____. Decifra-me ou te devo: notas sobre o desassossego nas relações entre psicanálise e epistemologia. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*: De um ou outro século: a psicanálise, n.18, p.79-90, junho 2000.
- _____. "Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: a supervisão na universidade". Prêmio Monográfico *Formação do Psicólogo: a prática e a supervisão*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia - 7ª. Região, agosto 2001 (texto não publicado).
- PÉLBART, Peter Pal. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre a loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- RUDELIC-FERNANDEZ, Dana. Langage du cas: modèles et modalités. In: VILLA; FEDIDA (org). *Le cas en controverse*. Paris: P.U.F., 1999, p.29-42.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. "Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental". In: *Cadernos do IPUB*, n.7, 1997. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/ UFRJ.
- VIRILIO, Paul. *Espaço crítico*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade (1971)*, Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico (AT)

Eliane Rivero Jover*

*... se um dia qualquer
ter lucidez for o mesmo que andar
e não notares que andas o tempo inteiro.
É sinal que valeu!*

Vitor Ramil

O atual contexto brasileiro tem desenhado um novo perfil de clientela para a qual a escuta psicanalítica pode ser de grande ajuda. Não podendo despender diversos dias da semana ou altas somas de seu rendimento em sua psicoterapia, esse novo paciente provoca a urgência de uma modalidade diferente de atendimento. Soma-se a isso uma crescente população de excluídos, a quem a Psicanálise tem algo a oferecer. O presente texto busca exemplificar com um trabalho de acompanhamento terapêutico (AT) de que forma um elenco cada vez maior de práticas tem demonstrado a flexibilidade com que a Psicanálise se inscreve no social, sem que, no entanto, seus pressupostos teóricos fiquem comprometidos. Jacques Lacan, convidado a escrever sobre variantes do tratamento-padrão, definiu: “uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista” (Lacan, 1955/1998, p. 331). Sigmund Freud, notório por seu rigor, afirmava: “estamos tão prontos agora, como o estávamos antes, a admitir as imperfeições da nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar” (Freud, 1918/1987, p. 201). A experiência que narro agora buscou se pautar por essas palavras.

Este trabalho é resultado parcial da pesquisa “A Clínica da Psicose no Espaço e Tempo Social: o AT e o cotidiano no contexto da cidade”, coordenada ao longo de 1998 pela psicóloga e professora do Instituto de Psicologia da UFRGS, Analice de Lima Palombini, em colaboração com a psicóloga Simone Kasper. O projeto de extensão, que incluía a experiência prática de um ano em acompanhamento terapêutico de usuários da rede de saúde mental pública de Porto Alegre, contou com a participação de outros quatro ex-alunos do Instituto de Psicologia da UFRGS – Ernesto Richter, Laura Martins, Mariana Raymundo e Paula Machado. Pudemos conciliar o trabalho ao estágio de Psicopatologia, nosso primeiro estágio curricular. Aquilo que, em geral, constitui um primeiro contato com o sofrimento psíquico por meio de observação intra-muros configurou-se, para nós, como uma

* Psicóloga, jornalista, mestranda em Psicologia Clínica pela PUCRS.

experiência de clínica ampliada, marco referencial de toda prática clínica que viria dali por diante no nosso processo de formação.

Um encontro, desencontros

Quando fui apresentada a meu acompanhado – que chamarei aqui de César –, em junho de 1998, expliquei-lhe rapidamente como seria o trabalho de AT. Conforme o serviço de saúde, do qual ele era usuário, havia solicitado, nós dois escolheríamos juntos alguns lugares para visitar e conhecer, a fim de que César ampliasse suas possibilidades de circulação pela cidade. Ao ouvir minha explicação, César respondeu-me prontamente: “Quero ver um filme dos Trapalhões no cinema”. O único pensamento que fui capaz de ter a respeito da primeira vontade que César dirigia a mim, foi de que se tratava de um desejo impossível. Meu pessimismo quanto à possibilidade de se assistir a um filme dos Trapalhões era justificado. O grupo de humoristas estava desintegrado na época. Nada mais lógico: se não há Trapalhões, logo não pode haver filme novo dos Trapalhões. Até surpreendia-me César, na ocasião com 17 anos, não fazer uma relação tão óbvia.

Em janeiro de 1999, prestes a encerrar o trabalho de AT, fomos ao cinema. Assistimos a um novo filme dos Trapalhões, *O Fantasma Trapalhão*. Sete meses depois de nosso primeiro encontro, César mostrava-me que seu desejo era possível. Esta é a lição fundamental da minha primeira experiência clínica.

A equipe do serviço de saúde do qual César era usuário podia indicar apenas um paciente para acompanhamento terapêutico. César foi o escolhido porque necessitava de novas formas de contato social. Portador de diferentes patologias, submetido a várias intervenções médicas desde que nasceu, César sempre esteve em posição de objeto na maioria das relações que fizeram parte de sua vida. Embora circulasse com desenvoltura pela cidade, havia uma certa estereotípia no seu contato com o espaço urbano. Abrir maiores e diferentes possibilidades na sua relação com a rua foi tarefa importante desde o início. Maurício Porto e Deborah Sereno (1991), no capítulo “Sobre acompanhamento terapêutico”, do livro *A rua como espaço clínico*, explicam o papel da rua no trabalho de AT.

Quanto mais se conhecem lugares, mais aumenta a capacidade de circulação do sujeito, criando condições para a ampliação de seu mapeamento da cidade, sem que para estar com os outros sujeitos tenha que alterar sua estrutura psíquica. No acompanhamento terapêutico, buscamos sua organização interna mais “convivível”, para com isso encontrar os pontos de contato com o movimento social, e aí atuar como agentes catalisadores de uma articulação, de um

acontecimento em que o sujeito está incluído (Porto e Sereno, 1991, p. 27).

Neste trabalho de circulação pela cidade, evidencia-se que não só o espaço, mas o tempo é tema fundamental. O pedido de César de assistir a um filme dos Trapalhões, meu ceticismo lógico e a materialização de sua vontade perto do encerramento do AT foram fundamentais para que eu compreendesse que partilhávamos tempos distintos.

Tempo e repetição

A Psicanálise deparou-se desde sempre com a questão do tempo. Já nos seus primeiros escritos sobre lembranças encobridoras, Freud (1899/1987; 1901/1987) questionava-se acerca da falta de organização cronológica da memória. Lembranças eram recuperadas e reportadas na situação de análise em uma organização temporal arbitrária. O tempo inconsciente desrespeita a cronologia dos fatos. Como observa Alfredo Jerusalinsky (1996), o tempo subjetivo não é métrico, nem linear. Ainda assim, respeita uma lógica – a da significação. A César sempre pareceu faltar uma significação da rotina. Foi o que tentamos construir juntos.

Como o tempo subjetivo não é cronológico, o homem constrói e reconstrói a história de sua existência e de sua origem em forma de ficção, como observa Ana Costa (1998). Não se trata, é claro, de afirmar que nossa memória não guarda qualquer relação com a realidade. O que ocorre é que não são os fatos em si que a determinam, mas como esses fatos são significados *a posteriori*. Nebulosidade, nitidez, aparência banal – nada de específico parece definir ou caracterizar uma lembrança importante, a não ser a significação singular que lhe é atribuída.

Não fazemos um registro neutro e objetivo da realidade; a própria noção de uma realidade objetiva exterior a nós é posta em questão pela Psicanálise. Nossas percepções sempre se associam a traços que constituem nosso inconsciente, com um sistema significando o outro. A primeira marca da memória vem da alienação da fala, da significação que outra pessoa (função materna) atribui às manifestações da criança. Desde sempre, nosso lugar no mundo é dado a partir da relação com o outro.

César, nas suas andanças sem rumo pelo Centro de Porto Alegre, parecia procurar um lugar distinto daquele que sempre lhe fora reservado. Perambulando pelas ruas, entre camelôs, bancas e pequenas lojas, comprava e comia compulsivamente – engolia o mundo, para não ser engolido. Fugindo de seu diagnóstico, de sua deficiência, de um mandado orgânico, corria ao encontro de seu sintoma e acabava no mesmo lugar, fadado a repetir. Sua tentativa de buscar experiências que deixassem marcas na sua história pessoal, para além das herdadas por suas condições médica e familiar, era frustrada por reduzir-se a ações repetitivas. Seus movimentos careciam de um ato interpretativo,

capaz de ajudar César a reter qualquer uma de suas aquisições como uma marca, uma escansão na linha de seu tempo subjetivo.

Sempre que dispunha de algum dinheiro, César gastava-o de imediato. Eventualmente, usava fichas de ônibus como moeda, vendia objetos de casa sem autorização (mas com toda a permissividade da família) ou coagia as pessoas para conseguir algo. Para tanto, fazia uso da violência ou de sua condição de deficiente. Quando em casa, devorava toda a comida (sintoma também relacionado à Síndrome de Prader-Willi, da qual César era portador e cujas principais características são apetite insaciável e aquisição rápida de peso). Os únicos compromissos que cumpria eram as consultas médicas e os ATs; faltava freqüentemente à escola e ao trabalho, arriscando-se inúmeras vezes a perder vaga nas instituições. Frente a essa perspectiva, oscilava entre a mais absoluta indiferença ou a preocupação profunda.

Muitas vezes adquiria algum objeto para logo em seguida vendê-lo e comprar qualquer outra coisa que, por sua vez, também seria vendida – um moto-contínuo de compra e venda sem sentido, sem amarragem, sem qualquer pausa. Lembro-me em especial do período em que César esteve afastado do trabalho. Dizia-me que não via a hora de voltar, ganhar seu salário e comprar. Eu perguntava o que ele gostaria de comprar. César não sabia. Para ele, “comprar” era um verbo intransitivo, tal como o verbo “desejar” o é para a Psicanálise.

Contardo Calligaris (1989) fala da psicose como uma estrutura marcada pela ausência de uma significação central (a função paterna) que organize todas as demais significações. Enquanto que as escolhas neuróticas contariam com um sujeito suposto ao saber, isto é, com uma referência central de saber, as psicóticas não passariam por essa defesa.

Suponhamos uma rede de significantes e uma nebulosa de significações (de fato as coisas não estão assim, pois a significação é um efeito do significante, mas, por interesse de causa, vale a pena simplificar). Rede e nebulosa deslizariam uma em cima da outra se não fossem amarradas (...). O sujeito neurótico, que resolveu confiar na função paterna, está referido a um saber e, mais geralmente, habita um mundo orientado, organizado ao redor de um pólo central ao qual se devem e se medem todas as significações (Calligaris, 1989. pp. 14-15).

É a falta de uma amarra central, de um nó orientador, que caracterizaria o saber errante do psicótico, no qual as significações são significações por si mesmas. Não há norte nessa trajetória. A partir disso, talvez, possa-se entender melhor a inconstância de significações que César atribuía às coisas que o envolviam. Sua relação mesma com as compras “ilícitas” parece retratar esse deslizamento entre

significante e significação sem qualquer amarra. Na verdade, nenhum objeto adquirido possuía valor especial, como se o simples ato da compra fosse sua forma particular de tentar construir uma amarra, ainda que frouxa e provisória.

Enquadre contagiado

César costumava mentir, a fim de criar situações em que pudesse gastar e comer sem ser vigiado. Quando frustrado, mostrava-se furioso, tendo crises violentas seguidas de delírios persecutórios em relação à sua mãe, a quem já agredira mais de uma vez. Apesar disso, a mãe de César (que chamarei aqui de Maria) jamais cogitou internar o filho ou tomar uma atitude mais drástica em relação a seu comportamento. Repetia com ele a história que viveu com seu ex-marido, um homem que descrevia como extremamente violento e que eventualmente a espancava. Afirmava com orgulhosa abnegação: “Agüentei tudo sozinha”.

De acordo com Maria, a doença de César era também herança paterna. Em certo sentido, ela tinha razão, pois a Síndrome de Prader-Willi é um problema genético situado no cromossomo masculino. Porém, mais do que esse dado biológico, interessa a apropriação feita dessa informação, a significação construída e transmitida a César através do discurso da mãe. Interessa que lugar a fala da mãe reservou a seu filho. Durante o AT, interessou, mais ainda, a possibilidade de reconstruir a história de César para além do sintoma próprio de sua mãe.

A ação de César trazia prejuízos concretos a ele e sua família: preocupação com seus sumiços, perdas materiais, riscos de expulsão das instituições que o abrigavam. Esses dados, somados à atitude dedicada e colaboradora de Maria, faziam com que a equipe técnica e eu combatêssemos os gastos infratores de César. Para aliviar sua mãe, nossa preocupação foi a princípio abafar o sintoma do acompanhado em vez de escutá-lo, incorrendo no erro de “contagiar” o trabalho, como adverte Clara Cermano (1991):

Fica ressaltada (...) a importância de se definir e manter o enquadre para fazer evoluir o paciente e não satisfazer os desejos da família (...). Neste ponto, observa-se como a criança reage ao sentir o acompanhante terapêutico em cumplicidade com o desejo da mãe. A tarefa, e portanto o enquadre, encontra-se mal estabelecido. O acompanhante terapêutico contratransferencialmente se sente perseguido pela “ordem da mãe” e impede a emergência do espaço do paciente (Cermano, 1991, pp. 192-193).

Ao longo do AT, percebi que aquilo que eu combatia, na verdade, era minha angústia frente à errância psicótica de César. Aprendi com ele a suportar sua própria incapacidade de suportar a espera. O tempo para César não tinha mediações, era um *continuum*. Segundo o conceito de *ritmanálise* retomado por Peter Pal Pélbart (1993) a partir de Santos e Bachelard, aprendi a adaptar meu ritmo ao de César, etapa fundamental para o sucesso de qualquer AT.

Finalmente, o acompanhamento

Certa vez, César apareceu em um de nossos encontros sem o dinheiro que a mãe lhe dera. Havia comprado, mais uma vez sem autorização e ao contrário das nossas combinações, um dominó – objeto que seria cedo ou tarde vendido. Cansada de censurar-lhe, propus a César que jogássemos. Uma proposta simples, que teve efeito de pausa, interrupção, suspensão dessa relação de gato-e-rato que César promovia com todos. Ele passou a vir a todos nossos encontros acompanhado pelo jogo. Fazíamos campeonatos, cujos resultados César pedia que eu registrasse em bilhetes para sua mãe. Passou a falar de seu pai, que também teria um jogo como aquele; lembrava de suas agressões; queixava-se das instituições em que trabalhava e estudava; delirava. César passou a jogar com outros membros de sua família. Divertíamos-nos sinceramente. E eu, finalmente, o acompanhava.

Susana Kuras de Mauer e Sílvia Resnizky (1987) falam da importância de, em um trabalho terapêutico, tornar o sintoma um significante, para que esse sintoma não seja mais necessário. Marie-Christine Laznik-Penot (1997), da mesma forma, afirma que cabe ao terapeuta reconhecer um valor significativo a toda produção do paciente, constituindo a si mesmo como lugar de endereçamento. A partir do instante em que me dispus a conciliar meu ritmo ao de César, a suportar sua errância e escutar seu sintoma, foi-lhe possível deslocar-se, ainda que tenuamente, do lugar subjetivo que lhe reservaram o diagnóstico médico e o discurso de sua mãe. Comprar poderia, sim, ter um sentido, para além da sintomatologia de sua síndrome ou de sua herança familiar. Jogando dominó, César não precisava mais encarnar o pai. Este ganhara um lugar metafórico no jogo, no delírio, na palavra do filho. Ensaivamos amarrar um nó em uma linha de tempo até então sem marcas.

E era também essa falta de marcas que conferia às caminhadas de César pelo Centro a imagem de um corpo solto em um espaço aberto. O espaço urbano era dominado por César, mas escapava-lhe sua fantasmagoria. Nada servia de registro em suas andanças. Suas compras e conversas fiadas com comerciantes informais pareciam constituir uma tentativa de amarragem, que logo se revelava fracassada – fracasso que não escapava à percepção de César e o fazia sofrer. Esse espaço aberto deixava logo de oferecer oportunidades, para tornar-se um vazio, no qual César poderia precipitar-se a qualquer momento. Muitas vezes, senti meu corpo como um verdadeiro muro protetor.

Porto e Sereno (1991) falam acerca das especificidades do *setting* de ação do acompanhante terapêutico: a rua. Nesse espaço imprevisível, o acompanhante por vezes tem que se posicionar ao lado do acompanhado (dando-lhe segurança para a ação), à frente (incentivando um novo movimento ou impedindo uma ação perigosa) ou um passo atrás (deixando que o paciente experimente seu jeito de estar no mundo). Pude experimentar essas diferentes posições em meu trabalho com César.

Quando ele, por exemplo, tomou a iniciativa de paquerar uma menina em um passeio no shopping, pediu que eu me mantivesse a seu lado. Comigo ali, ele passou a mão nos cabelos de uma atendente da loja onde estávamos e elogiou sua beleza. A moça simplesmente sorriu. César saiu feliz, dançando pelos corredores, indiferente aos olhares dos outros. E eu fiquei feliz com ele. Por diversas vezes, apenas aguardei na calçada, enquanto César entrava em algum boteco para pedir um copo d'água; também esperei sentada em um banco, quando ele decidiu andar de montanha-russa sozinho. Em outras ocasiões, vi-me obrigada a antecipar seu gesto, para impedir que levasse adiante provocações com pessoas da rua ou para impor um limite, impossível de ser proposto apenas pela palavra.

Por parte da família de César, sobretudo de sua mãe, havia muitas queixas, mas nenhuma construção de limite ou de antecipação de seus movimentos. Era como se Maria necessitasse do sintoma do filho para manter seu próprio sintoma, numa verdadeira reedição da dinâmica que mantinha com o antigo marido. Não há aqui qualquer atribuição de culpa. Essa era a forma até então possível e singular de Maria exercer sua maternidade, seu papel de mulher e seu lugar de sujeito no mundo. César, por sua vez, sem limites, não tinha escolhas. Vagar, adquirir, consumir, estas eram as defesas possíveis em um espaço tão abrangente.

Espaço para a palavra

A experiência mais dolorosa pela qual passei junto a César ocorreu cerca de quatro meses depois de iniciado o AT. Nós dois havíamos combinado almoçar juntos. Ele, no entanto, apareceu dizendo que sua mãe não havia deixado dinheiro – não era a primeira vez que César pedia dinheiro para os nossos passeios e acabava gastando-o em outras atividades. Respondi que eu iria almoçar, conforme tínhamos acertado, e depois prosseguiríamos com o passeio como ele preferisse. César, então, tentou me dispensar, alegando outro compromisso (comportamento típico e aceito sem contra-argumentação pelos ambientes em que César circulava). Recusei-me a encerrar o AT antes do horário, ao que César reagiu avançando sobre mim e, com dedo em riste, ameaçando: “eu te pego, hein. Tu não é nada minha”. Respondi que era, sim, alguma coisa sua: era sua acompanhante terapêutica.

Se, por um lado, a amplidão das ruas representava um risco de perda para César, por outro, o espaço de sua casa parecia insuportavelmente apertado. Por mais que insistisse, nunca pude visitar a casa de César (um sítio em uma zona rural da grande Porto Alegre). Sob a intolerância de seu irmão e a

atenção entre queixosa e permissiva de sua mãe, César parecia não encontrar em sua casa o espaço suficiente para a largura de seus gestos. Nosso trabalho não cabia nela. Depois de uma crise, ao final de 1998, César hospedou-se na casa da irmã e do cunhado, pessoas que pareciam olhá-lo para além de sua doença. Para esta casa – não um sítio, mas uma peça única, muito pobre e de área muito pequena – eu fui convidada. César e eu, sentados sobre caixotes, jogamos dominó. Havia espaço para nós.

A partir de sua saída institucional, o acompanhante terapêutico tem um ingresso privilegiado no seio familiar de seu acompanhado. Por vezes, experimenta transferencialmente em ato as relações e os afetos que circundam o paciente. O material contratransferencial daí decorrente é de uma riqueza única. O profissional, de corpo presente, dentro de casa, ao lado de seu acompanhado, oferece um novo olhar e pode mostrar um outro lugar possível a esse sujeito dentro de sua família – tarefa a ser realizada com muito cuidado, delicadeza e respeito.

Tchau, César!

O acompanhamento de César encerrou-se definitivamente em março de 1999, com nossa (minha e do grupo de pesquisa) avaliação de que ele deveria contar com um novo acompanhante terapêutico ao longo do ano que se iniciava. Ao despedirmo-nos, César falava da importância que o trabalho havia tido para ele: “tu me escutou”. Esperava ainda reencontrá-lo para fazer a passagem para o novo colega que o acompanharia. O serviço de saúde do qual César era usuário, no entanto, avaliou outros casos como prioritários para esse tipo de atendimento. César perdeu seu AT. E eu perdi aquele instante de despedida.

O trabalho de AT surge inserido no movimento de desinstitucionalização da loucura. Por vezes confundido equivocadamente com a eliminação sumária das instituições que acolhem os loucos, o movimento traz como proposta o deslocamento do espaço hospitalar para o espaço cotidiano e, ao mesmo tempo, um reajustamento entre a temporalidade da sociedade neurótica e o tempo próprio da loucura. O AT encontra-se justamente no meio dessa transição entre o dentro e o fora, o institucional e a rua. Analice Palombini (1998) lembra que o trabalho de AT pode viabilizar essa passagem entre o espaço institucional e o espaço da rua.

Parafraseando Freud, dei o título a este trabalho de “Psicopatologia na vida cotidiana” justamente porque considero que o acompanhante terapêutico, na medida em que desprende a clínica de suas amarras institucionais e a lança no contexto do cotidiano de vida do psicótico, pode enriquecer a Psicopatologia com toda uma nova gama de observações clínicas, observações que, mais do que da evolução de sinais e sintomas, diz das evoluções do curso de vida (...). Não se trata,

porém, de psiquiatrizar o social, mas, antes, de assujeitar ao social a Psicopatologia (Palombini, 1998, pp. 45-46).

O desfecho do atendimento de César foi uma dura lição de como esse trabalho de passagem comporta tensões específicas de um lugar de transição, imbricado por duas realidades. A especialidade e intensidade da atuação do acompanhante terapêutico contrapõem-se à extensiva demanda da qual os serviços de atendimento público têm que dar conta. Descompassos como os que experimentamos neste caso são praticamente inevitáveis, e cabe às duas instâncias envolvidas suportá-los.

Conforta-me saber que César conseguiu dizer adeus melhor que eu e pôde vislumbrar a cidade de um outro jeito. Na nossa penúltima saída, passeando de barco pelo rio Guaíba, ficamos olhando os prédios se afastarem. O muro, que do lado de lá esconde o rio, era um nada visto de dentro do barco. Ficamos em silêncio, como se fosse a primeira vez que víamos aquela paisagem. César voltou-se para mim, deu um sorriso, apontou para o Centro que ficava cada vez mais longe e comentou: “Bonito, né?”. Foi mesmo muito bonito.

Referências bibliográficas

- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cemano, C. (1991). O setting e as funções no acompanhamento terapêutico: o caso Júlia. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia ‘A Casa’ (org.). *A rua como espaço clínico, acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- Costa, A.M.M. (1998). *A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud, S. (1899/1987). Lembranças encobridoras. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. III, pp. 285-304). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1901/1987). Psicopatologia da vida cotidiana. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. VI). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1918/1987). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. XVII, pp. 197-220). Rio de Janeiro: Imago.
- Jerusalinsky, A. (1996). Pequena história do tempo lógico em psicanálise. In: Slavutzky, A.; Brito, C.L.S.; Sousa, E.L.A. (org.) *História, clínica e perspectiva nos cem anos da psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lacan, J. (1955/1998). Variantes do tratamento-padrão. In Lacan, J., Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Laznik-Penot, M.C. (1997). *Rumo à palavra; três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Mauer, S.K.; Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos; manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas: Papirus.
- Palombini, A. (1998). Psicopatologia na vida cotidiana. In Pellicoli, E.; Cabral, K.; Belloc, M.; Mittmann, N. (org.). *Cadernos de AT; uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação.
- Péllbart, P. (1993). *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre a loucura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Porto, M.; Sereno, D. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta.

Parte III

História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso

Maria Cristina Carvalho da Silva⁶⁵

“A Loucura é o exterior líquido e jorrante da rochosa razão”

Michel Foucault⁶⁶

“E o ser do homem, não somente não pode ser compreendido sem a loucura, mas ele não seria o ser do homem se não trouxesse nele a loucura como limite de sua liberdade”.

Jacques Lacan⁶⁷

Falar em Reforma Psiquiátrica não é tarefa fácil. Faz-se necessário um recuo histórico para situar as condições nas quais ela surge e se desenrola até nossos dias. Implica, ainda, abordar os modos como, em determinado momento histórico, os homens enfrentam, tratam ou convivem com a loucura. Ao cotejar considerações sobre a História da Loucura com reflexões acerca dos efeitos da exclusão social da Loucura, pretendemos estabelecer interfaces entre a experiência de uma reforma em curso na contemporaneidade e o campo da Saúde Mental.

Alguns elementos acerca da história da loucura

Foucault⁶⁸ é necessariamente uma referência, já que seus estudos continuam mostrando-se contundentes quanto às formas de convívio que a humanidade, ao longo dos anos, vem estabelecendo com a loucura.

Na Antigüidade, a loucura era entendida como produto da força e dos conflitos humanos que resultavam da imposição divina ou da ilusão ou erro relativo à percepção do mundo. Fazia parte do

⁶⁵ Psicóloga, psicanalista, coordenadora do CAIS Mental 8/SMS/PMPA e Conselheira do CPR/07

⁶⁶ Foucault, 1999, pág. 186.

⁶⁷ Lacan, 1998, pág. 581

⁶⁸ "...nunca é inútil mostrar como essa obra inaugural, tão estranha e tão criticada, continua sendo hoje o instrumento mais subversivo e mais vivo para as indagações de nosso tempo sobre a origem da loucura, ainda que provoque controvérsias" in Elizabeth Roudinesco na Introdução ao Livro "Leituras da História da Loucura" publicado pela editora Delume Dumará que reúne textos de Georges Canguilhem, René Major e Jacques Derrida resultado do IXº Colóquio Internacional de História Psiquiatria e da Psicanálise onde especialistas de diversas áreas retomavam a discussão sobre a obra de Foucault: História da Loucura, trinta anos depois.

viver, do estar no mundo. Vivía-se, convivía-se com a loucura. Na Idade Média, encontramos registros de afastamento e de tentativas de relacionar episódios de loucura com possessão demoníaca. A Nau dos loucos aí surge, entretanto loucos, doentes da peste, leprosos e banidos tinham o mesmo tratamento e destino. A prática do internamento, tal como a conhecemos, dá-se no começo do século XIX, quando a loucura deixa de ser erro ou ilusão e passa a ser considerada um desvio da conduta normal, estabelecendo-se as estratégias para a retomada de tal conduta ou moral. A cura, no dizer de Esquirol⁶⁹, implicava a “volta das afeições normais dentro de seus justos limites; desejo de rever os amigos, os filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir o coração, de estar com a família, retornar a seus hábitos.” Enfim, o retorno da razão, da moral e dos bons costumes. No hospital, segundo esta aspiração, a loucura, “vontade perturbada, paixão pervertida”, deve aí encontrar “uma vontade reta e paixões ortodoxas”⁷⁰. As técnicas e procedimentos efetuados – isolamento, interrogatório privado ou público, as punições, o trabalho obrigatório e as recompensas – ocorriam no esforço de frear as paixões pervertidas e conduzir o paciente de volta à razão. No dizer de Foucault, é neste espaço que se constitui a figura do médico como a do mestre da Loucura. É aquele que a faz manifestar-se em sua verdade e lá onde ela se esconde, é ele ainda que a domina e acalma. É o exercício da maestria sobre a loucura que funda uma nova disciplina, uma nova instituição e seu objeto, respectivamente: a Psiquiatria, o hospital psiquiátrico e a doença mental. Um saber organiza-se em diagnósticos, descrições e sistematizações. É, portanto, no discurso psiquiátrico contemporâneo que a loucura será doravante nomeada: doença mental. Supõe-se tê-la recoberto e de alguma forma dominado através da instituição criada para regulá-la, a saber, o hospital psiquiátrico. “Não foi a Medicina que definiu os limites entre a razão e a loucura, mas desde o século XIX, os médicos foram encarregados de vigiar a fronteira e guardá-la. Ali assinalaram *doença mental*. A indicação significa interdição.”(1961)⁷¹ Assim, o espaço do hospital se justifica pelo propósito de que, para melhor investigar e tratar, é preciso isolar. O poder do médico e de todos aqueles que se agregam ao saber do mestre da loucura permitirá produzir a realidade da doença mental, ou seja, a produção e classificação dos fenômenos acessíveis ao conhecimento, seguindo o modelo positivista das ciências dominantes na época.

Charcot⁷² era famoso no final do século XIX pela apresentação de doentes que conduzia. Com ele, Freud⁷³ estudou e pôde deparar-se com as histéricas, que iriam marcar para sempre seu destino,

⁶⁹ “Fundador do asilo moderno, Jean-Étienne Esquirol renunciou às teses de Pinel e pôs fim não só ao tratamento moral preconizado por seu mestre, mas também a uma das principais utopias da Revolução (francesa) enunciada por Bertrand Barère em 23 de messidor, ano II: Coloquem então sobre a porta dos asilos inscrições que anunciem sua extinção próxima. Pois se terminada a revolução, tivermos ainda esses infelizes entre nós, nossos trabalhos revolucionários terão sido vão. Hoje sabemos bem que, de Lênin a Mao Tsé-Tung, do pensamento libertário à anti-psiquiatria, a definição de asilo inclui a de fim do asilo e, portanto, sua abolição.” in Roudinesco, Elisabeth. 1995, pág. 79

⁷⁰ In Foucault, 1993, pág. 125.

⁷¹ In Foucault, 1989.

⁷² Jean Martin Charcot, célebre neurologista francês que introduz o método da hipnose nos meios científicos de sua época (1882) como método de trabalho dos “estados nervosos”.

⁷³ Freud, Sigmund. (1859-1939).

tornando-o fundador da Psicanálise. Nessas apresentações de doentes, prática corrente na época, Charcot produzia efetivamente as crises histéricas. A sugestionabilidade mórbida e a tendência a responder com seu corpo, na forma de conversões, às demandas de seu médico eram terreno fértil para o exercício da maestria. E é justamente no exercício da maestria que podemos dizer que o mestre deixa cair sua máscara. Conceitos como sugestionabilidade, identificação e, especialmente, transferência irão, com Freud, apontar os limites desse poder.

Nessa vertente de análise, os poderes do médico, sua maestria, estavam sendo postos em questão. Seu poder assentava-se no poder que exercia sobre os doentes. Assim, o saber e a verdade sobre a doença estavam condicionados a essa influência. O poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia e, inversamente, na maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Um questionamento possível acerca dessa ciência que funda a loucura, como doença, consiste também no fato de que aquele que dela sofre encontra-se desqualificado e despojado do poder e do saber sobre a mesma.

No século XX do pós-guerra, as críticas ao modelo psiquiátrico encontraram um terreno fértil. Se a loucura tende a escapar das tentativas de circunscrever-se por uma dada disciplina, retornando enquanto interrogante, no pós-guerra, com a reorganização política, econômica e institucional, os hospitais psiquiátricos passam a ser alvo da atenção pública, comparados aos campos de concentração. Ocorrerá a reorganização da Assistência Médica e, nesse contexto, o questionamento acerca da ética e da cidadania irá balizar o estabelecimento do “direito à saúde”. Esses fatos irão influenciar decisivamente os caminhos das instituições implicadas com o trato da doença.

O campo da saúde mental

Novas disciplinas passam a compor o campo de saber e prática acerca da doença mental. A reestruturação do hospital será exigida, colocando-se em questão a garantia dos direitos humanos e a possibilidade da reinserção social de seus internos. Formula-se uma política de “humanização” do atendimento e do próprio espaço hospitalar. A preocupação com o isolamento dos pacientes e da terapêutica no espaço hospitalar conduz às terapêuticas extra-hospitalares. O paciente, o meio social em que vive e trabalha e a comunidade hospitalar passam a ser considerados elementos de um sistema que interage entre si. As experiências de comunidades terapêuticas na Inglaterra, o modelo preventivista nos Estados Unidos e, mais tarde, a desospitalização e desinstitucionalização na Itália, são frutos desse repensar a terapêutica da doença mental.

Mantendo o mandato social conquistado no século XIX, porém agora agindo para além dos muros, a disciplina que se ocupou da doença mental passará agora a se ocupar da prevenção. As estratégias preventivistas irão conviver com o internamento, estando no final do século XX, finalmente

questionadas em seu mandato e poder. Surgirá um campo novo, o campo da Saúde Mental, interdisciplinar, social, plural. Legitima-se a presença de diferentes profissionais, disciplinas e, especialmente, saberes, entre os quais se inclui, finalmente, o saber daquele que sofre. Desde esse novo campo, a reforma psiquiátrica pode ser pensada para além das práticas que lhe deram origem, ampliando-se em um movimento social transformador, nomeado no Brasil, ora de movimento da Saúde Mental coletiva, ora de luta antimanicomial.

Entretanto, é preciso lançar interrogantes acerca deste novo conceito de Saúde Mental e seus desdobramentos. Funda-se, para alguns, na oposição ao modelo médico e naquilo que o mesmo comporta de reducionista, no olhar exclusivo sobre a doença. É imperativo considerar que, para além da negação da doença, descortina-se o risco de convocar aqueles que hoje se ocupam do sofrimento psíquico a buscar num ideal de Saúde Mental, socialmente regulado, o alívio para o sofrimento, reduzindo os sujeitos a meros objetos das ações de saúde. Assim por força do imperativo da saúde e bem-estar, somos tentados a calar e aplacar aquilo que excede e se expressa num mal-estar.

É ao nomear a doença mental que o discurso médico funda uma nova disciplina que recorta, do campo da loucura, o campo da doença mental. Destacamos disso o fato de que, quando tratamos da experiência humana passível de transmissão, estamos no campo da linguagem. É por habitarmos a linguagem que podemos tornar o mundo apreensível, que podemos comunicar aos outros o que é da ordem de nossa vivência singular. Imersos num mundo de representações, buscamos referências para o nosso existir no outro, nosso semelhante, mas também lugar de significações possíveis.

Pela linguagem, regulamos o estar no mundo, nomeamos objetos que julgamos capazes de preencher, em parte, aquilo que se apresenta como faltante. Falta que para o humano irá presentificar-se desde o nascimento. Pois, diferente dos animais, não dispomos de bagagem instintiva suficiente para nos garantir sequer a sobrevivência. Precisamos do outro, outro semelhante e do outro que a linguagem articula enquanto lugar de referência e significações. Às voltas com essa falta inerente, buscamos respostas, sempre insuficientes. Assim, habitantes da linguagem e por ela determinados, continuamos a falar e a buscar, produzindo novas significações. Nas relações sociais, tentamos assegurar-nos de que nossos ideais e projetos podem ser viáveis a partir do testemunho e reconhecimento que do outro buscamos obter. O louco, o psicótico, pode vir aí nos desestabilizar, denunciando a provisoriade de tais objetos, ideais e projetos. Na psicose, parece que há um sofrimento sem objeto ou, pelo menos, esses objetos ideais parecem não se apresentarem como compartilháveis. Se reinserção social for simplesmente trazer o dito louco para este modo regulado e sancionado socialmente que tende ao homogêneo, criando um horizonte de mundo ordenado, onde todos compartilhamos os mesmos ideais, então exclusão ou reinserção terão o mesmo efeito: o apagamento da diferença, da dissonância.

É no reconhecimento do outro, na alteridade e diversidade que podemos vislumbrar um lugar possível para aqueles que insistem em existir de um modo tão particular.

A exclusão

O contrato social e político que nos fazem viver em sociedade fundam-se na idéia de um indivíduo racional, senhor de si, que é responsável por seus atos. A loucura, em seus excessos e desvios, aponta para o que está além do contrato social, para alguma coisa que ficou de fora e que não pode ser domesticada. Assim, a violência da internação compulsória ou da exclusão pode ser duplicada pela violência simbólica que condena os loucos ao silêncio, ou à sua desqualificação enquanto sujeitos. Isso pode ocorrer tanto dentro, quanto fora dos muros de um manicômio. Pode ser o cotidiano de um ambulatório, onde não haja quem se proponha a emprestar sua escuta e continência para aquilo que o louco presentifica numa tentativa singular e por vezes fracassada de dar consistência ao seu existir. Exigir dos ditos loucos, doentes mentais e ou em sofrimento psíquico grave que venham compartilhar de nossos ideais e valores, é um mandato e uma violência de igual magnitude que a de mantê-los no isolamento e no silêncio.

Sabe-se que a retirada pura e simples dos manicômios, ao estilo do pós-guerra, aliada à estratégia preventivista, apenas reproduz, para além dos muros, a mordaza e a segregação. Cabe a pergunta, questão vencida dirão alguns, mas que na minha opinião não cala: reinserir porque pura e simplesmente não suportamos que sejam diferentes e queremos, à maneira de Esquirol, fazê-los emocionarem-se conosco, sensibilizarem-se, buscarem aos seus, sua família, o trabalho e o sucesso, porque esta é a maneira, a melhor maneira, a maneira sã de lidar com aquilo que nos causa desconforto ou seja, com o mal-estar?

No trabalho de Benedetto Saraceno, acerca da reabilitação psicossocial,⁷⁴ a crítica ao manicômio como lugar desumano e antiterapêutico, vem acompanhada de uma reflexão acerca da ideologia psiquiátrica e sua reprodução nas práticas assistenciais, se o paradigma bio-médico não for superado. Salienta que o campo da Saúde Mental com sua dimensão biopsicossocial coloca em crise o paradigma médico que fomentou o manicômio como lugar de dasabilitação. “o manicômio constitui um paradigma dos processos de dasabilitação (...), conquanto neste o paciente experimenta todos os elementos da vida cotidiana (do dormir ao comer, do vestir ao usufruir os espaços, do trocar afetos a receber ordens e se submeter a normas). Elementos que no manicômio assumem o seu grau Zero no sentido do empobrecimento humano e material”.¹⁰

O lugar e o valor da alteridade no processo de tratamento ou para a hipótese de cura tomam destaque e no dizer de Seraceno, o manicômio pode vir a ser esvaziado, sem que isso signifique uma mudança no trato com a loucura ou ainda nos tratamentos oferecidos, já que se faz necessário levar em

⁷⁴ Seraceno, 2001, pág 71

¹⁰ *ibid.*

conta a necessidade do outro, presença e lugar de reconhecimento para que um processo de cura seja colocado em marcha.⁷⁵ Assim o asilo se perpetua para além do concreto de seus muros, nas práticas e discursos que oscilam entre os extremos de reduzir o sofrer humano a processos bioquímicos e a práticas sociais e educadoras que visam ordenar a desordem do louco. Fazer conter, pelo discurso normativo, aquilo que a loucura comporta de excesso e estrangeiro, eis a armadilha que espreita a todos que de alguma forma dela se aproximam.

É com as perguntas formuladas por Foucault em 1977 que concluo parte deste caminho percorrido pela história da loucura: “É quando, na França, propõe-se uma *psiquiatria de setor* que funcionaria fora dos muros do asilo, que responderia às demandas mais do que às imposições, uma Psiquiatria aberta, múltipla, facultativa que, em vez de deslocar e isolar os doentes, os deixaria em seu lugar e em seu ambiente, talvez, de fato, estejamos preparando um definhamento do asilo. Mas estaremos nós em RUPTURA com a Psiquiatria do século XIX e com o sonho que ela trazia em sua origem? ... não seria um outro modo, mais maleável, de fazer funcionar a medicina mental como uma higiene pública, presente em toda a parte e sempre pronta a intervir?”(...) ⁷⁶

O Rio Grande do Sul, no final do século XX, coloca em cena um projeto de Reforma Psiquiátrica que pretende substituir o asilo por outras formas de atenção, sobre as quais cabe avaliar o quantopuderam transpor os limites dessa psiquiatria positivista. Este projeto tem expressão na cidade de Porto Alegre, e é um recorte da história desse movimento, no que se refere à implantação de políticas de Saúde Mental para a cidade, que irei abordar no texto que segue. Trata-se de anotações que podem ser analisadas a partir das questões apresentadas até aqui.

Anotações de um percurso

*“Que é a História, senão um contínuo
revisar de idéias e de rumos?”*

Oswald de Andrade⁷⁷

No estado do Rio Grande do Sul e mais especificamente em Porto Alegre, os primeiros registros de cuidados psiquiátricos, sistemáticos e institucionalizados, surgem com a inauguração do Hospital Psiquiátrico São Pedro em 1884, anterior, portanto, ao surgimento da Psiquiatria como especialidade médica e à regulamentação do tratamento aos alienados (a lei brasileira é de 1905). Já no século XX há

⁷⁵ “A não especificação deste outro conduz a reprodução da psiquiatria assim como é em um “outro” lugar (e a cumplicidade consiste na criação de serviços pobres, escondidos, abandonados, que satisfazem o movimento de economia e o movimento dos psiquiatras que, “finalmente” sem manicômio não se deram conta de que junto com o manicômio desapareceu também o paciente” *ibid.*, pág. 70.

⁷⁶ Foucault, Michel. In *O asilo ilimitado*, 1977.

⁷⁷ Oswald de Andrade, pág. 165.

registro de ações em Saúde Pública Institucionalizada, divulgado em Boletim Oficial do ano de 1902. Foram ações de saúde coordenadas pelo Dr. Luís Nogueira Flores, que organizou um pequeno arsenal de materiais cirúrgicos para atendimento de pacientes acidentados. O modelo de saúde pública vigente na época era o modelo Sanitarista Campanhista, liderado no país por Osvaldo Cruz.⁷⁸ Nos anos 30, foram estruturadas no Brasil três redes de Saúde: privada, pública e previdenciária. No ano de 1945 é inaugurado o Hospital de Pronto Socorro e, posteriormente, a Secretaria da Saúde e de Assistência Social. Na década de 60, os hospitais psiquiátricos públicos já estavam superpovoados. O número de leitos em hospitais privados passa a crescer mais do que o dos hospitais públicos. O Hospital Psiquiátrico São Pedro, nesse período, chegou a ter uma população de 5000 pacientes. “Superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, precária hotelaria e, paradoxalmente, concentração de recursos financeiros levaram ao descrédito junto aos usuários e à população, contribuindo para a sedimentação dos preconceitos sobre a doença mental”.⁷⁹ Nas décadas de 60 e 70, surgem os ambulatórios especializados, destinados ao atendimento em saúde mental, o primeiro deles ligado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Profissionais da área de Psiquiatria e Psicologia são contratados para postos de saúde e reunidos na chamada Central de Psiquiatria, que passa a funcionar na década de 70. No final dos anos 70 e ao longo da década de 80 as seguintes ações são efetivadas:

- implantação dos serviços hospitalares e ambulatoriais de acesso universal e especializados na atenção aos alcoolistas;
- internações psiquiátricas em Hospitais Gerais, chegando à constituição de unidades psiquiátricas em alguns deles;
- inserção da Saúde Mental na atenção primária de saúde;
- implementação da residência multiprofissional em saúde comunitária com forte acento na saúde mental.²

Até então, Porto Alegre concentrava demanda de assistência e de recursos sem apresentar resolutividade tanto qualitativa quanto quantitativamente. A partir de 1990 constituem-se as primeiras equipes de saúde mental na rede municipal, que então dispunha de treze serviços próprios. Na I Conferência Municipal da Saúde realizada em 1991, o tema Saúde Mental é pautado, e em 1992 realiza-se a I Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Porto Alegre, com a presença maciça de trabalhadores, usuários e prestadores de serviços de saúde mental, contando com um total de 1050 delegados inscritos. Dentre os marcos conceituais e históricos da proposta aprovada na Conferência, ressalta-se a Declaração de Caracas de 1990⁸⁰, as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde de

⁷⁸ Pesquisa realizada por Núbia de Mesquita Silveira em 2001.

⁷⁹ Proposta Preliminar da Política de Saúde Mental para a cidade de Porto Alegre, versão abril/92.

⁸⁰ Declaração de Caracas, Caracas, Venezuela, 14 de novembro de 1990.

1986, a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a I Conferência Municipal de Saúde (1991) e o Plano Municipal de Saúde (setembro de 1991).

A oitava Conferência Nacional de Saúde merece destaque por se tratar de um marco histórico, onde o movimento social, organizado em torno do debate no campo da saúde, ganha expressão, e as conclusões da conferência direcionam as mudanças conceituais, políticas, técnicas e administrativas que resultam na construção do Sistema Único de Saúde⁸¹. Já na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, desenha-se o movimento da reforma psiquiátrica e as organizações estadual e nacional da Luta anti-manicomial, protagonistas por excelência dos processos de discussão e transformação em curso. Destaca-se, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, com a participação de trabalhadores e, principalmente, dos usuários dos serviços de Saúde Mental. São esses movimentos sociais, com expressão no Conselho Municipal e Comissões Locais de Saúde, que impulsionam os debates, resultando na sistematização do Plano Municipal da Saúde Mental. As diretrizes de uma política de atenção em Saúde Mental têm a função de sinalizar e orientar as ações, tanto do modo de atenção quanto os dispositivos institucionais e políticos a serem colocados em marcha, a fim de produzir as mudanças necessárias, na forma como a cidade trata e acolhe a Loucura. A loucura aqui entendida como paradigma do sofrimento psíquico em todas as suas formas de expressão subjetivas e sociais.

Plano municipal de saúde mental para a cidade de porto alegre

Destaco e transcrevo alguns tópicos do primeiro Plano de Saúde Mental, aprovado na I Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Porto Alegre, no ano de 1992:

“Política de Atenção à Saúde Mental

Entendendo Política como capacidade de construir, de conquistar, de ocupar espaços institucionais/ sociais e de propor, de orientar, de sinalizar, de direcionar processos (Testa,1991). Sendo saúde resultante das condições de vida e trabalho dos indivíduos, de suas relações com o contexto social, seu grupo de referência e consigo mesmo, situações individuais são constantemente atravessadas pelo coletivo e vice-versa, fazendo com que ação em saúde seja necessariamente Ação Integral. A integralidade passa pela instituição da identidade através da reconstrução de vínculo: sociais e culturais, na perspectiva de re-significar sua própria história, abrindo assim a possibilidade de construir um projeto de futuro. Desta forma, toda a ação em saúde poderá ser pensada a partir da perspectiva da saúde mental, visando romper com o dualismo mente- corpo, indivíduo-social, saúde-doença, construindo um projeto de trabalho interdisciplinar em saúde. Entende-se Política de Saúde Mental como a proposição de processos que possibilitem a mobilização de grupos sociais na direção da melhoria de sua

⁸¹ SUS (Sistema Único de Saúde), Lei Orgânica da Saúde, nº8080 de 19/09/1990 regido pelas diretrizes: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação Popular, Regionalização e Hierarquização. A municipalização é a estratégia priorizada para o cumprimento dos referidos princípios.

qualidade de vida. No âmbito específico da saúde mental, no sentido da inserção da subjetividade, da singularidade, da diferença, da explicitação dos conflitos na organização do trabalho, na atenção às pessoas, na capacitação da força de trabalho e na investigação. A produção teórico-prática da saúde coletiva, no que diz respeito às mudanças nas relações entre estado e sociedade civil, dos modos de identificar e responder às necessidades da população inserindo o trabalho como constitutivo do sujeito, de organizar e de gerenciar serviços locais num sistema único de saúde, numa proposta de descentralização democratizante, é vital para a implementação de uma política de saúde mental. O mesmo ocorre quanto à construção, nos últimos anos, de novas tecnologias em saúde mental nas quais a experiência da desinstitucionalização italiana, da desmanicomialização em algumas províncias da Argentina, da criação de serviços especializados no Brasil e de serviços locais com a capacitação de pessoas no Rio Grande do Sul. Portanto, os trabalhadores de saúde integrantes do Movimento Sanitário e do Movimento de Saúde Mental articulados com a população, ocupando espaços institucionais executivos e legislativos são atores sociais referentes no processo de mudança nas políticas de saúde.

Justificativa

Porto Alegre, por ser capital do estado, pelo número de habitantes que tem, pela complexidade dos problemas e dos serviços que abriga, pela ressonância política, social e cultural dos acontecimentos nela gerados em todo o Rio Grande do Sul e, particularmente na região metropolitana, precisa comprometer-se com o trabalho efetivo, eficaz, relevante e de impacto em saúde mental. A população porto-alegrense, segundo censo demográfico IBGE/1980 projetada para 1990, é de 1.387.963 habitantes. Dados do Ministério da Saúde estimam em 13% a prevalência geral de doenças mentais, mas, se nos ativermos à América Latina, este percentual se eleva a 20% da população (dado da Organização Mundial de Saúde). Para Porto Alegre, segundo pesquisa Multicêntrica de Mobilidade Neuropsiquiátrica realizada pelo Ministério da Saúde e pelas Universidades brasileiras, em 1990, o índice da população acima de 15 anos com alguma espécie de distúrbio mental é 16%. Este percentual não indica que 16% dos porto-alegrenses adultos necessariamente necessitem de cuidados especializados e contínuos. Considera-se que as formas de lidar com o sofrimento psíquico, enquanto componente da vida de cada um, encontra suporte, na maioria das vezes, na própria estrutura individual, nos vínculos sociais e culturais específicos de cada grupo humano. Porém, quando pessoas precisam de atendimento de urgência em períodos de crise, inexistem serviços que propiciem atenção com a prontidão qualificada necessária. Em relação à assistência ao doente mental, esta se tem caracterizado por longas e repetidas internações e pela tendência à administração indiscriminada de psicotrópicos, contribuindo para a cronificação dos sintomas, para a perda de vínculos afetivos e sociais e encontramos uma população em torno de 1.200 pessoas cronicadas em nossa cidade. Como resultante desse processo, segundo levantamento realizado pela SMS e SSMA em 1990, essas pessoas cronicadas ou não, mas internadas em hospitais psiquiátricos perdem o direito à liberdade, ao trabalho e ao amor, sem que nada contribua para sua reinserção no cotidiano social. Por outro lado, a situação recessiva pela qual atravessa o país, invadindo o cotidiano domiciliar e institucional das pessoas, desencadeia e agrava os problemas relacionados ao sofrimento psíquico. Essa realidade também expulsa significativa parcela da população —criança, adultos e velhos— de suas moradias e de seus empregos. As conseqüências quanto à incrementação da violência, ao aumento de pessoas que vivem e sobrevivem na rua e da rua, assim como o abandono

daqueles que necessitam de suporte social, crianças, idosos, deficientes e doentes mentais, são conhecidas. Por essas razões, é necessário superar o modelo de atenção existente, para criar formas de respostas adequadas à realidade atual.

Diretrizes

Verifica-se a necessidade de desencadear processos de mudanças, criando vias de possibilidade para que grupos até então excluídos conquistem a inclusão institucional/social, que o conhecimento seja socializado e que os recursos assistenciais sejam redistribuídos e acessíveis à população. De tal forma que os princípios de Participação, Integralidade e Equidade, Descentralização e Universalidade possam viabilizar uma prática transformadora no interior da sociedade. As relações estado-sociedade precisam ser questionadas, a fim de garantir a participação e a cidadania, uma vez que só uma sociedade democrática permitirá a inserção daqueles que hoje designamos como doentes mentais. A legislação vigente, datada de 1934, reflete ainda a intolerância e os preconceitos da sociedade frente às diferenças. Propomos alterações na legislação Federal e Estadual, bem como a criação do código de saúde do município. Para possibilitar a construção efetiva dessa prática nos serviços de saúde é preciso deslocar seu eixo de trabalho, permanentemente, para que a certeza possa ser questionada, que a intolerância possa dar lugar à tolerância, para que a uniformização seja superada pelo reconhecimento da diferença, que a burocratização e o autoritarismo dêem lugar à flexibilidade e que a setorialidade, com seus campos de saber isolados seja superada pela interdisciplinaridade do saber e das práticas. Este é o desafio: construir caminhos que permitam tal deslocamento, sendo que a forma de pensar a formação dos profissionais está permeada por uma necessidade de mudança que é ética e epistemológica. Quanto à organização de serviços, entende-se que os sistemas locais de saúde (distritalização), de atenção integral, de planejamento estratégico, possibilitando a criação de serviços de saúde mental resolutivos, contextualizados são verdadeiros laboratórios de vida. O referencial teórico-prático, produzido pelas ciências sociais, pela saúde coletiva, pela Psicanálise, pela Psiquiatria social e democrática propiciou as condições necessárias para um trabalho efetivo, eficaz e de impacto em saúde mental. Portanto, propomos uma rede de serviços resolutiva, hierarquizada e integrada nos vários níveis de complexidade, que deve contemplar ações de atenção integral à saúde pela equipe de saúde nas unidades de saúde, nos serviços especializados, nos pronto-atendimentos, nas emergências, nos leitos em hospitais gerais, nas oficinas e nas moradias. Este sistema, funcionando integradamente, provoca uma mudança no modelo assistencial vigente, pois reverte a tendência hospitalocêntrica. Este processo de mudança está permeado pelo princípio da construção da cidadania, que pressupõe processos de auto-organização que favoreçam a expressão, a participação e a constituição da identidade do indivíduo na sua relação com o mundo e com seus semelhantes. Entende-se que promoção em saúde mental é também a implementação e desenvolvimento de práticas alternativas, de atenção ambulatorial e hospitalar revertendo a lógica da exclusão.

Operacionalização

As propostas de implementação da política de saúde mental para Porto Alegre, coerentes com a fundamentação, os motivos e as diretrizes até aqui explicitados, abrangem: - A criação e a organização de serviços inseridos no sistema de saúde do município, concebidos para atenção integral. A estratégia de municipalização e articulação entre os programas específicos – mulher, adulto, criança, adolescente, trabalhador, saúde bucal e mental, são centrais nesse item. – A produção de conhecimentos e de informações através da capacitação de pessoas, da investigação e do sistema de registros e de

divulgação. Trabalhos conjuntos com a população, os trabalhadores de saúde, da educação e da cultura, os legisladores, os movimentos sociais e as políticas sociais.

Organização dos serviços

Para a cidade de Porto Alegre, propomos a seguinte organização dos serviços públicos em saúde mental, respeitando as peculiaridades de cada distrito:

Equipes de Saúde em cada unidade sanitária, capacitadas para atender as demandas em saúde mental, integradas às demais ações em saúde: Equipes de saúde mental, constituindo serviços especializados e Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS MENTAL) para dar conta dos níveis mais complexos de atendimentos. Oficinas vinculadas ou não aos CAIS MENTAL e Moradias protegidas, distribuídas nos distritos em que há demandas específicas para este tipo de serviço, bem como serviços que atendam Urgência e Leitos em Hospital Geral”.⁸²

A história, um percurso: caminhos que se abrem redimensionando utopias

Considero importante a transcrição do texto acima, pois uma década já transcorreu desde a sua aprovação e, apesar das críticas que a ele possamos fazer nos dias de hoje, é um texto fundante, marco na história de construção e implementação de uma política de atenção em saúde mental na cidade. Como texto inaugural, parece ter ficado no esquecimento. Ao garimpar um texto, por assim dizer perdido entre tantos documentos já produzidos, quero tirar-lhe a poeira e propor a sua leitura a partir dos acontecimentos que lhe sucederam. Podemos nos surpreender com sua atualidade. Roudinesco⁸³, comentando o texto de Foucault e seu impacto nos anos sessenta, afirma que fazer surgir uma alteridade recorrente da loucura na história das sociedades era o mesmo que fazer emergir o que todo olhar sobre a loucura contém de utopia. Assim, ao propor uma política de atenção integral à saúde mental para a cidade nos termos que o documento evidencia, a I Conferência Municipal de Saúde Mental inclui aqueles que dela participaram e ou sofreram seus efeitos, numa tarefa de dimensões seguramente utópicas.

Retomo aquilo a que me propus acima – trata-se de um relato, ficcional como todo relato, mas ancorado em alguns acontecimentos que volto a descrever e situar no tempo.

Ainda no ano de 1992, precisamente no mês de agosto, a Assembléia Legislativa do RS aprova a Lei da Reforma Psiquiátrica, cujo relator foi o então deputado estadual Marcos Rolim. O texto da lei versa sobre a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, por uma rede de serviços substitutiva e estabelece o prazo de um ano para que os executivos estadual e municipal organizem as Comissões Estadual e Municipais de Saúde Mental, com a função de elaborar e fiscalizar a implantação

⁸² O texto segue com descrição de cada modalidade de serviço, propondo processos de capacitação e investigação e a articulação com o Conselho Municipal de Saúde, com setores da educação, cultura, comunicação social e esfera legislativa.

⁸³ Roudinesco, 1994.

da rede substitutiva, para que em cinco anos o modelo manicomial fosse definitivamente superado. É constituída então a Comissão Municipal de Saúde Mental da cidade de Porto Alegre, primeira comissão setorial do Conselho Municipal de Saúde a se constituir e funcionar sistematicamente de forma ininterrupta. Em 1993, um relatório dos trabalhos desta Comissão é apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, elaborado com base no texto do Plano Municipal de Saúde Mental, propõe acréscimos, especialmente ao destacar elementos para a definição do modelo assistencial e ao atualizar dados populacionais por distrito de saúde, apresentando um estudo dos serviços existentes e sua configuração após a municipalização dos serviços gerenciados pelo Estado. Na esfera estadual, a Comissão Estadual de Saúde Mental lança o documento São Pedro Cidadão, propondo mudanças estruturais no que, historicamente, foi o grande manicômio do Estado do Rio Grande do Sul, símbolo da loucura enclausurada e palco de expressão de todos os movimentos de reforma vividos pela assistência psiquiátrica em mais de um século de existência. O primeiro Cais Mental, no distrito sanitário 4, é inaugurado, e a Pensão Pública Protegida Nova Vida, primeiro serviço substitutivo da rede de saúde mental a ser constituído em parceria com o Estado, recebe investimentos para adequação de sua área física. O germe do que viria a se constituir como Oficina de Geração de Renda tem início com oficinas de reciclagem de papel, visando incluir o trabalho e geração de renda na pauta das discussões dos projetos na área de saúde mental. No ano de 1995, realiza-se um grande seminário intitulado "Convivendo com a loucura", onde se polemiza a pertinência de incluir uma discussão aprofundada sobre a Clínica e suas implicações no âmbito da Reforma em curso. No ano seguinte, o Cais Mental ⁸⁴ inicia suas atividades no mês de janeiro e no segundo semestre é assinada a Municipalização Plena para a cidade de Porto Alegre. Serviços e trabalhadores de saúde mental são municipalizados e uma nova organização de serviços ocorre, permitindo que profissionais dos diferentes distritos pudessem, somados aos servidores estaduais municipalizados, constituir as equipes de saúde mental, atualmente em número de sete, e serviços como o plantão de Saúde Mental (serviço de urgência em saúde mental), projetos tais como o Pró-jovem e Casa Harmonia destinados ao atendimento de adolescentes. Há um esforço em definir fluxos, referências e contra-referências e a discussão sobre a necessidade de retomada dos princípios do plano municipal, uma vez que não se tratava apenas da constituição de uma rede de serviços, mas da necessária articulação com as demais políticas públicas e sociais.

⁸⁴ Serviço especializado da rede que prioriza o atendimento a sujeitos em sofrimento psíquico, sejam psicóticos ou neuróticos graves em crise. Levando em conta a necessidade de um atendimento intensivo foi implantado o CAD - Centro de Atenção Diária, espaço protegido, funcionando em regime de turnos, e acompanhado por equipe interdisciplinar. Neste espaço os usuários integram-se a atividades durante o dia, no serviço, retornando à noite aos cuidados de seus familiares em casa ou em para a instituição que os estejam abrigando. Para ingresso e alta do CAD consideramos o grau maior ou menor de *autonomia* em que se encontra o usuário em decorrência dos efeitos que a *crise* acarreta tanto subjetiva como socialmente. Para cada usuário estabelece-se um *Plano Terapêutico* considerando suas potencialidades e limitações psíquicas, familiares e sociais. Assim tomamos o nome CAIS, também como uma metáfora, ou seja um lugar tanto de acolhimento, ancoragem e arrimo, quanto de passagem, *porto* no sentido de proporcionar o ir e vir, favorecendo assim a ampliação dos horizontes sociais de cada usuário.

Iniciei este texto, ainda tomada pelo clima que envolveu, especialmente a II Conferência de Saúde Mental, em novembro de 2001, ano em que a OMS lança a campanha: Saúde Mental: Tratar sim, excluir não, demonstrando a pertinência de se colocar em pauta a reforma e a transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, considerando o crescimento e impacto do sofrimento psíquico na vida das pessoas e coletividades. Ao concluir este percurso, uma tentativa de aproximação dos acontecimentos que marcaram a década de noventa em nossa cidade, no campo da saúde mental, percebo o quanto o lugar de testemunha de um vivido pode dificultar a distância necessária para uma análise crítica. Espero que estas anotações possam estimular o debate e que possamos produzir outros textos e, quem sabe, textos analíticos acerca da história desse processo em curso. A história mais que o vivido e seu registro pode ser para nós, naquilo que ela comporta de re-significação e criação de sentido, estimuladora para redefinir caminhos, redimensionando nossas utopias.

Referências bibliográficas

- ANDRADE Oswald de. A Utopia Antropofágica: A marcha das Utopias, pág. 165. Obras Completas.
- FOUCAULT, M. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise, Vol. Coleção Ditos&Escritos, Rio, Editora Forense Universitária, 1999, pág. 18
- _____. Microfísica do Poder, Ed. Graal, Rio, 1993, pág. 125.
- _____. História da Loucura na Idade Clássica, São Paulo, Perspectiva, 1989.
- _____. O asilo ilimitado, 1977. Ditos e Escritos, vol. I, Ed. Forense Universitária, 1999.
- LACAN, J. Escritos, Rio, Jorge Zahar, 1998, pág. 581
- PESQUISA realizada por Núbia de Mesquita Silveira durante estágio no Centro de Atenção Integral a Saúde Mental/SMS/PoA como atividade acadêmica do curso de Psicologia da UNISINOS em julho de 2001..
- PROPOSTA PRELIMINAR DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL para a cidade de Porto Alegre, versão abril/92 elaborado por Maria Cristina Carvalho da Silva, Marilene Werlang, Marta Marcantonio e Sandra Maria Sales Fagundes e aprovado na I Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Porto Alegre, páginas 7 e 8.
- SERACENO, Benedetto. Libertando Identidades – da Reabilitação psicossocial à cidadania possível, Rio, Editora TeCorá/Instituto Franco Basaglia, 2001, 2º edição.
- ROUDINESCO, Elisabeth, Leituras da história da Loucura, Ed. Relume Dumará, Rio, 1994.
- _____. Genealogias, Editora Relume Dumará, Rio, 1995, pág. 79

Uma experiência inter/transdisciplinar em hospital-dia da saúde mental

Luiz Ziegelmann

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na zona norte de Porto Alegre, é uma instituição pública e com atendimento geral. É o maior Hospital do estado do Rio Grande do Sul, atendendo uma média de 100.000 pessoas por mês, destas, em torno de 30 % provém do interior do estado e da periferia de Porto Alegre.

Em agosto de 1995, por solicitação da Direção do HNSC, atendendo a uma exigência do Ministério de Saúde, um grupo de profissionais do Hospital começou a pensar na implementação de um Hospital-Dia (H.D.) do Serviço de Saúde Mental (S.S.M.). Foi destinada uma área no 4ª andar do Hospital, que permite trabalhar com cerca de 16 pacientes, acima de 15 anos, que permanecem na unidade em média 8 horas por dia. Como a unidade está aberta a partir das 7h 30min, os pacientes são liberados a partir das 15h 30min, quando regressam para suas casas ou para outros lugares que fazem parte do seu cotidiano, como escola, trabalho e outros.

O Hospital-Dia (H.D) caracteriza-se por ser um espaço intermediário entre o atendimento ambulatorial e uma internação hospitalar diurna e noturna. Os pacientes internados, em sua grande maioria são psicóticos ou neuróticos graves, trazendo grande sofrimento psíquico em suas histórias de vida. São pacientes que no seu dia-a-dia vivem os efeitos dos sintomas sociais da modernidade, sofrendo todo tipo de privação (econômica, social e familiar). Situações estas que são produtoras de angústia e desamparo.

O tempo de internação não é definido previamente, como algo absoluto ou linear, ou seja, ele varia de acordo com a singularidade dos acontecimentos e dos vários vetores existenciais que produzem subjetividades e, também, dos novos fatos que vão surgindo a partir do processo terapêutico. Portanto, trabalhamos com a noção de tempo criativo, diferente da concepção moderna do tempo, que fala de tempo de produção, em que a pontualidade passou a ser considerada uma atitude de muita responsabilidade. Por outro lado, acelerar o tempo de internação ou demarcá-lo, implicaria, para o nosso trabalho, não dar margem para se pensar no que se está fazendo; logo, a ética aí não é possível, quando temos uma temporalidade controlada pela razão, que não permite um pensar e fazer livre, criativo e com calma.

Usuários do HD

A população é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), portanto o atendimento é público e aberto a toda comunidade, independente de região ou cidade onde mora. Os usuários, em sua maioria, são encaminhados pelo ambulatório de psiquiatria do próprio hospital e pelo Serviço de Saúde Comunitária do HNSC. Outros encaminhamentos ao H.D. procedem de outras instituições de saúde, tanto da cidade como do interior, da própria população, de profissionais e trabalhadores do campo de saúde que conhecem de alguma forma o trabalho desenvolvido no H.D.

O critério para internação depende da existência de vagas, no momento da solicitação, e de uma discussão da equipe de saúde, pois a decisão da internação também é uma construção da equipe.

Os problemas de saúde mais frequentes e que caracterizam a busca de ajuda para o sofrimento psíquico, apresentam-se como quadros depressivos e de ansiedades, transtornos de humor em geral, fobias, síndrome do pânico, transtornos psicóticos e transtornos mentais onde há também prejuízo cognitivo, usuários que expressam seu sofrimento psíquico ou drama existencial através das drogas e, finalmente, pessoas que vivem situações difíceis provocadas por crises vitais ou ocidentais. São usuários que vivenciam algum sofrimento psíquico, que impossibilita uma existência digna, por ficarem prisioneiros do seu próprio mundo interno, limitado em sua alteridade, do contato com o mundo externo, com as várias formas de viver, à medida que estão intensificados sentimentos do tipo falta de afeto, de baixa auto-estima, de não se sentirem reconhecidos pelo outro, de indignação, de medo, de solidão, de falta de autonomia e perda de referências identitárias, entre outros. O mais importante é que essas pessoas possam se beneficiar com o tipo de tratamento do H.D.

Filosofia de Trabalho

Desde o início, a equipe de saúde, que foi se constituindo e se ampliando ao longo do tempo, discutia uma proposta de trabalho que fosse alternativa ao atendimento tradicionalmente oferecido à loucura, tomada como doença mental, a partir da clínica psiquiátrica. Assim, nosso objeto de trabalho não deve ser a doença mental, mas o sofrimento psíquico, independente do paciente, até os mais graves, que ainda costumam ser internados em instituições com características manicomialis ou asilares.

Nessa perspectiva, optamos pela não articulação com formas repressivas ou modelos mecânicos e individualistas, que estimulam o isolamento ou a segregação, que não inserem ou não priorizam o social, a cultura, a arte, o grupo familiar no tratamento das pessoas, como é o tratamento psiquiátrico convencional, onde o indivíduo é compreendido a partir de grandes grades conceituais, fechadas e controladas basicamente pelo uso de medicação. Entendemos que o que aí prevalece é uma certa ética da castração, da resignação e da falta, com a qual não concordamos.

A equipe optou por um trabalho mais abrangente, que dê vazão às diferentes formas de expressão dos usuários, e não apenas ao alívio sintomático do seu sofrimento, e nem a uma atitude passiva ou resignada diante da gravidade e cronicidade da sua dor. Nossa preocupação e inquietação vão além, ou seja, é encontrar mecanismos de ajuda terapêutica que permitam - o quanto seja possível e desejo do outro - a produção de singularidade e a aquisição de mais autonomia, aspectos importantes e decisivos na reinserção social e capacidade de enfrentamento das várias questões que se colocam no cotidiano de vida de cada um.

A nossa experiência vai de encontro ao movimento da Reforma Psiquiátrica, pois busca dar um outro enfoque à loucura, a partir de uma clínica que na sua dimensão transdisciplinar, considera o sofrimento psíquico uma demanda ética, social, cultural e política, que transcende, portanto, ao fato clínico.

A nossa experiência, por se realizar em H.D. num Hospital Geral, através do Sistema Único de Saúde (SUS), não deixa de ser uma alternativa e um outro agenciamento social da loucura, no contexto da Reforma Psiquiátrica, ao modelo da cultura manicomial, com sua prática em saúde de exclusão e de estigma social, ainda mais, se considerarmos que a própria reforma não concluiu seu projeto, exemplo disso é a falta de leitos, ou de uma internação psiquiátrica fechada em importantes hospitais gerais.

A equipe é interdisciplinar, sendo que a prática clínica se desenvolve numa perspectiva transdisciplinar, que, além de trazer em seu trabalho a possibilidade de uma nova inserção social, busca desestabilizar as fronteiras das disciplinas das grandes ciências, formulando novos conceitos, provocando abalos nos territórios existenciais constituídos, para superar a subjetividade para além dos conceitos identitários, tornando possível que o entendimento do sofrimento, o manejo das situações clínicas e as relações de trabalho se produzam de forma criativa, onde a todo o momento novas idéias e novas práticas são possíveis, à medida que a transdisciplinaridade busca sempre o movimento, provocando desvios entre os grandes domínios cognitivos ou disciplinares, para que ocorra a emergência de novos aprendizados ou saberes.

Essa clínica só é possível porque ela se assenta na capacidade de acolhimento da equipe junto aos usuários e num contato afetivo que busca sempre a dimensão mais humana do outro, a partir de relações que respeitam as diferenças e saibam acolhê-las, ampliando as possibilidades de vínculos entre os usuários e os membros da equipe.

Como trabalhamos

1- Atendimento em equipe

O atendimento é realizado pela equipe interdisciplinar, composta de Assistente Social, Arteterapeuta, Técnica de Enfermagem, Auxiliar e Técnico Administrativo, Psicóloga, Psiquiatras, Terapeuta de Família, Terapeuta Ocupacional, tendo o apoio também de profissionais de

Musicoterapia, Literatura e Nutrição, afora os alunos que cumprem estágios curriculares ou remunerados através de convênios, onde participam estudantes de Psicologia, Serviço Social, Terapia de Família, Educação Física e Artes.

Esta equipe de saúde é dividida em três equipes menores, que atendem um grupo de 6 a 8 usuários, durante o período de sua internação. O atendimento, além de ser em equipe, também é realizado individualmente pelos profissionais, sendo que as indicações de psicoterapias são decididas pelas próprias equipes. Cada equipe se reúne num dia da semana, no turno da manhã, em salas diferentes, para o atendimento em grupo aos pacientes internados. Em outro momento, as equipes realizam entrevistas com novos usuários, para avaliar a necessidade de internação no H.D. e alguns procedimentos específicos a serem seguidos durante a internação. Nesta avaliação para internação, todos os membros da equipe são escutados com o mesmo grau de importância, independente do campo disciplinar ou da função especializada de cada um, o que produz uma maior integração entre os trabalhadores da saúde mental e a construção de um saber compartilhado, a partir do trabalho das diversas especialidades e em função de intervenções clínicas específicas dos participantes, sempre na direção da busca da transdisciplinaridade.

O trabalho em equipe torna-se gratificante, tanto pela troca e atravessamentos dos conhecimentos, como pela possibilidade de constituirmos um espaço onde podemos dividir as nossas angústias e fazermos reflexões sobre a nossa prática em saúde.

É durante o espaço destinado à discussão dos atendimentos clínicos, que temos a oportunidade de ouvir a leitura dos demais membros da equipe, outro discurso, outro campo de saber, e, principalmente, exercitarmos coletivamente a clínica transdisciplinar.

Consideramos que o que sustenta esse trabalho, é o desejo dos profissionais de que ele aconteça, e diante do desafio que esta clínica coloca para nós, é fundamental a articulação entre os colegas e uma certa cumplicidade nos objetivos. Nesse sentido, é importante que alguns membros da equipe, que precisam de mais reforço narcísico em sua vida pessoal, consigam superar isso, por ser uma atividade, onde, em muitas situações o seu saber é confrontado com os demais, o que remete a uma quebra de convencimento. Portanto, o desafio é saber lidar com as diferenças teóricas e pessoais existentes, sem comprometer o trabalho com os pacientes. É um trabalho de artesão.

A equipe se mantém em constantes avaliações e reflexões, sobre os efeitos desse trabalho, através de reuniões realizadas semanalmente, durante as discussões dos atendimentos clínicos e nos encontros em que falamos dos nossos sentimentos em relação ao trabalho.

Durante a internação são criadas instâncias ou alguns universos de influência, através das várias atividades que podem produzir novas subjetivações e não a remodelagem da subjetividade dos usuários, tal como preexistia ao sofrimento ou algum tipo de crise. Exemplo disso são os pacientes que nunca tiveram acesso à literatura, à dança, às artes plásticas, ao teatro, pois eram universos que lhes eram

inacessíveis. O que importa para nós, não é apenas entrar em contato com novas formas de expressão, mas sim a constituição de novos modos de subjetivação, oferecendo às pessoas possibilidades diferentes de retomar um sentido existencial, que viabilize saídas para os impasses que a vida lhes traz.

Nesse contexto, pode ocorrer uma evolução favorável, positiva, dos pacientes pela exploração processual dos acontecimentos, a partir das reflexões coletivas e individuais, que vão ocorrendo durante o período de internação e na participação nas oficinas e grupos.

Pensamos no nosso trabalho como movimentos que passam menos pela racionalidade e objetividade das idéias e das palavras, mas mais pelos afetos, pelas sensibilidades, emoções, capacidade de vibrar, de se solidarizar e de se reconhecer na busca de algum entusiasmo possível para viver.

2- Atendimento Individual

O paciente em crise encontra-se reduzido a uma posição objetal (morte subjetiva)- não sabe quem ele é - está passando por uma experiência de desintegração, com perda total de referências, ou seja, uma desagregação subjetiva, sem nenhuma ancoragem. Momento este, em que a angústia é pura, é a dor da não existência. O significante que o representa nesse momento é o seu diagnóstico médico. É a única possibilidade de saber quem é ele.

Considerando que as conflitivas subjetivas são singulares e que as vivências de cada um derivam de seus conflitos inconscientes, pensamos que a escuta deve privilegiar as produções de subjetividades, relacionando-as com a sua história pessoal e com os vários vetores existências que atravessam o viver.

Na transferência, devemos possibilitar ao paciente um espaço de acolhimento e de reconhecimento, na tentativa de uma nova composição de si, a partir da reconstrução ou construção subjetiva e objetiva de uma outra história. A partir da transferência na busca de uma compreensão, sustentar uma aposta de que ele consiga sair da crise. Mas, ao mesmo tempo, que ele possa encontrar um abrigo na palavra, na alteridade, na criatividade e possa se pensar a partir de si, da sua vontade. Assim, dar-lhe a palavra, na tentativa de que ele possa encontrar caminhos, através dos quais se produza algo que lhe possibilite ascender a uma posição subjetiva, ou seja, garantir um novo começo, seguir vivendo. Possibilitar uma acolhida que não crie uma dependência subjetiva do outro, no que diz respeito à produção de si. A relação transferencial lida o tempo todo com esta demarcação. Essa questão é crucial no atendimento, e acreditamos que seja uma das grandes dificuldades encontradas na clínica.

O atendimento individual também se estende aos familiares, quando necessário, sendo realizado com a participação de terapeutas de família da equipe. O que possibilita que os familiares sejam escutados em suas angústias e dificuldades em relação ao paciente, inclusive para informações sobre o andamento do tratamento.

3 - Atendimento em grupo

O atendimento em grupo surge a partir do desejo de alguns membros da equipe de conhecer um pouco mais do cotidiano e as formas de viver dos pacientes, além do grupo poder se tornar uma abertura para a vida, à medida que acompanhamos os movimentos coletivos do desejo, sinalizando as naturalizações, que evidenciam linhas duras e territórios existenciais fechados ou codificados, colocamo-nos como intercessores, sempre de passagens para que os devires possam se expressar.

Observamos que devido ao espaço físico pequeno, o encontro diário dos pacientes já ocorre num ambiente de grupo, pois permanecem juntos em uma sala, durante o tempo em que estão internados, o que facilita as trocas, além de despertar os movimentos de solidariedade, além da busca de afeto e de diálogos, que contribuem para a solução dos seus conflitos.

Outra questão que motivou a criação do grupo terapêutico foi considerar que pela condição de exclusão, em função da gravidade dos casos, a inserção social desses pacientes, às vezes, fica bastante prejudicada. As suas relações são precárias, tanto em nível social, como afetivo, levando-os a uma situação de isolamento e dependência total da família, ou seja, sem nenhuma autonomia, no sentido de multiplicidade de laços sociais. Neste sentido, nos parece que o grupo tem importância para uma socialização e retomada do laço social, a partir dos movimentos solidários descritos anteriormente e que possibilitam o compartilhar do mesmo universo dos demais, e a partir daí, se reconhecer como sujeito.

Um grupo que vem se desenvolvendo, coordenado pela psicóloga, funciona uma vez por semana e com duração de 1 hora. Tem em média 15 pacientes. Este grupo conta também com a participação de uma terapeuta ocupacional, uma residente em psiquiatria e uma estagiária de Psicologia.

O grupo, se constituindo num encontro de diferentes subjetividades compartilhadas, caracteriza-se por ser um espaço de fala, onde os pacientes podem expressar o que estão sentindo. Portanto, não usamos nenhuma técnica, ou atividade preestabelecida. O único instrumento utilizado na condução dos grupos é a escuta e a partir desta vamos cartografando os diversos territórios existenciais e as suas linhas endurecidas, que não permitem outras produções de subjetividade e, conseqüentemente, novos modos de existência.

Uma escuta que privilegia a palavra do paciente. Ela tem um valor, tem um lugar. Que ao fazer uso da palavra, ele possa encontrar outras formas de resolução de seus conflitos, a partir da possibilidade que se oferece para novas leituras da sua vida, buscando novas composições de si, além de poder compartilhar os seus problemas com os colegas e também auxiliá-los, pela troca de experiências de vida.

Nas situações de conflitos - geralmente atravessadas por idéias opostas - a intervenção do analisador é no sentido de trazer para discussão a questão das diferenças, onde não existe uma verdade absoluta, ela não é propriedade de um só, nem se encontra em um só lugar. A partir de uma escuta que

os interroga, fazemos um convite a pensar e refletir à cerca do que é trazido por eles como questão, enfim, que a queixa possa dar lugar à produção de algo novo.

Nos grupos, nos deparamos com situações desconhecidas e particulares, que refletem os limites dados pelos pacientes, tais como desejo de não participar, necessidade de deitar, sair do grupo e retornar, discursos delirantes, os episódios de silêncio, episódios agressivos, em que se torna muito difícil conter a ansiedade e tomar a palavra pelos pacientes. Sabemos, todavia, que no silêncio há produção de pensamento, então a experiência nos mostra que se suportamos esses momentos, a palavra deles pode emergir. Outra questão que aparece é a necessidade que os pacientes têm, de nos solicitarem respostas prontas para a solução dos seus problemas. Acreditam que os profissionais sabem o que é melhor para eles, e, por outro lado, se colocam como se eles nada soubessem. Nesses momentos, a nossa intervenção vem no sentido de desfazer este equívoco, esta naturalização, pela problematização destas questões, que vão evidenciando que não existe uma verdade e que o saber não se encontra do nosso lado. Claro que nas intervenções que fazemos, está contido um saber, e, que este pode implicar uma relação de poder e de dominação do outro. Difícil não ceder a essa demanda de respostas prontas, ou seja, “daqueles que sabem”, que serviria apenas para um reforço narcísico do profissional, pois entendemos que ao dar uma resposta pronta, muitas vezes, estamos impedindo um esforço subjetivo do paciente, causando inibição nesse trajeto de construção, galgado na sua singularidade. Portanto, é preciso, em algumas situações, não ceder à demanda de orientação e aconselhamento, pois somente dessa maneira, podemos garantir-lhe a palavra.

Após a realização do grupo, dedicamos um momento para nós pensarmos e fazermos uma leitura mais atenta da fala dos pacientes. Também fazemos uma releitura da nossa participação dentro do grupo.

As estagiárias de Psicologia participam também de dois grupos com os pacientes egressos, coordenados respectivamente, por uma psiquiatra e por uma residente em Psiquiatria, e de uma oficina de mulheres coordenada por uma Arteterapeuta. Nessas atividades, elas têm a oportunidade de contribuir com o nosso entendimento à cerca de grupos. Como é a primeira vez que um estagiário de Psicologia participa da oficina de mulheres, estamos fazendo reuniões com a equipe responsável pela oficina, para discutir a participação da estagiária na atividade.

Atividades diárias e semanais do HD

Diariamente, são desenvolvidas atividades de arteterapia, terapia ocupacional e educação física, além dos cuidados de enfermagem, principalmente o fornecimento da medicação, as atividades administrativas, como contatar os familiares, emissão de laudos de internação e boletins de atendimento, entre muitos outros.

Uma vez por semana, é realizada uma escolinha de alfabetização, para usuários internados ou que estejam no grupo de egressos. Essa escolinha tem por objetivo ajudar no processo de alfabetização daqueles pacientes que não sabem ler e nem escrever, ou o fazem de forma limitada. Desse trabalho pedagógico participam, além de técnicos, os próprios usuários alfabetizados e que apóiam solidariamente seus colegas.

A alta e o pós-alta do H.D.

Temos o cuidado de no momento da alta, não fazê-la de um jeito que reforce sentimentos de abandono ou de rejeição afetiva, de medo e solidão. Num período de cerca de 2 semanas, que antecedem o dia combinado da alta da internação, os usuários, com mais dificuldade de autonomia e dependentes afetivamente, começam a diminuir a frequência à unidade, inicialmente para 3 vezes e após 2 vezes na semana. O dia da alta, sempre no final de cada mês, além do significado que contém em si, também se torna um momento festivo, pois ela ocorre concomitante com a comemoração dos aniversários dos usuários e dos membros da equipe.

A alta também aponta para uma desinstitucionalização e da não cronificação do sofrimento pela dependência do recurso hospitalar, ela deve estar inserida dentro de um processo terapêutico. Nesse sentido, após a alta, além do atendimento ambulatorial, os pacientes participam de grupo de egressos, realizado semanalmente com a coordenação de técnicos do H.D., residentes em Psiquiatria e de estagiários do serviço social. São grupos onde participam em média de 15 a 25 pacientes. São encontros em que os usuários têm a possibilidade de atualizar as circunstâncias do seu viver pós-alta hospitalar, trazendo notícias de um novo cotidiano mais favorável, como situações de crise que indicam tanto a mudança da medicação, como em algumas situações até a reinternação. É comum aos usuários se manterem reunidos após o término desses grupos, para bate-papo informal e roda de poesia ou chimarrão.

Os familiares dos pacientes internados e mesmo dos que já tiveram alta também participam, quinzenalmente, desse grupo de egressos de familiares.

Os pacientes egressos e, alguns pacientes internados, após indicação da equipe, podem participar de alguns espaços terapêuticos e oficinas, como as de mulheres, de dança e de história cultural e de expressão e movimento. As oficinas, além de serem atividades grupais, reforçando vínculos solidários, desenvolvem-se numa perspectiva de criação, lazer ou de aprendizado, apontando para outras produções subjetivas e se constituindo também em espaços de cidadania.

Esses espaços e oficinas também são abertos a outros usuários que consultam só no nível ambulatorial. A participação depende da indicação ou avaliação dos profissionais que coordenam essas atividades.

Através de algumas parcerias de caráter formal ou informal, com alguns órgãos públicos, criamos vínculos de ajuda e possibilitamos aos pacientes participar de outros espaços públicos e neles conviver, uma vez que, através de suas instâncias culturais e artísticas, se constituem em dispositivos produtores de vida. Esses vínculos também sinalizam a integração e interação com outras redes de vida, como forma de ampliar e potencializar as possibilidades de trabalho e de luta política, para qualificar as várias formas do viver.

Hoje, esses vínculos institucionais são com a Casa de Cultura Mário Quintana (CCMQ) e a Oficina de Geração de Renda da Secretaria Municipal de Saúde. Na CCMQ, os usuários participam da oficina de dança e na oficina de geração de renda, trabalham na produção de bijuterias, de cartões ou significados festivos.

A equipe de saúde mental

Dentro da perspectiva do trabalho numa clínica transdisciplinar - que demanda um amadurecimento progressivo da equipe nesse sentido e o enfrentamento de muitas resistências, até pela formação essencialmente “disciplinar” de alguns, além de alguns embates no campo ideológico – de produzir atravessamentos em territórios de saberes constituídos, de desestabilizar as fronteiras disciplinares, essas oficinas e a escolinha de alfabetização são desenvolvidas por trabalhadores da equipe de saúde mental, mas que no plano institucional só exerceriam as suas funções especializadas. São constituídos aí outros devires no fazer, em que se configuram novos processos de subjetivação, também da equipe de profissionais.

Resultados

Os resultados obtidos têm servido de entusiasmo e estímulo à equipe e usuários. Vários aspectos podem ser apontados nesse sentido: o número reduzido de usuários que são encaminhados para internação, para a reinternação em instituições psiquiátricas fechadas (manicomiais). Muitos usuários que se internaram com diagnósticos psiquiátricos pelo CID 10, cujos diagnósticos indicavam perspectivas ameaçadoras de vida, no sentido da não realização pessoal, do isolamento social e da ausência de vínculos afetivos, têm tido resultados favoráveis. A passagem pelo H.D. tem refutado em muitos casos, prognósticos reservados presentes nos famosos clássicos literários da Psiquiatria contemporânea. Usuários conseguiram não apenas o alívio sintomático, mas uma diferente inserção familiar e social, com mais iniciativa, autonomia em relação ao si mesmo de antes.

Alguns usuários conseguiram até participar de circunstâncias da vida pública, em espaços que exigiam liderança, capacidade de solidariedade, estabelecimento de vínculos interpessoais, condições

que antes pareciam impossíveis, pois algumas dessas pessoas, quando de sua internação, pouco se comunicavam verbalmente ou mesmo afetivamente, andavam cabisbaixos, ensimesmados e distantes do contato com os outros.

Devir

A nossa área física é muito pequena diante das várias atividades que realizamos e do grande número de pessoas que precisam de atendimento, isso, porém, não nos impede de construirmos novas alternativas, apesar de estarmos limitados na nossa capacidade de trabalho. Nesse sentido, outros projetos estão sendo discutidos pela equipe, com grandes possibilidades de serem implementados já no primeiro semestre de 2002, como o trabalho com adolescentes, alguns novos grupos terapêuticos, com a participação conjunta entre usuários que nunca se internaram - mas participam de um grupo, através do ambulatório de Psiquiatria, com um técnico da equipe do H.D. no contexto da clínica transdisciplinar - e usuários que estão em tratamento no H.D.

Temos a esperança de que num período curto, devido à relevância social e institucional desse trabalho, poderemos contar com uma área física adequada às nossas necessidades e potencialidades de trabalho.

O futuro também apontará para a necessidade de novos aprendizados, que dêem conta das mudanças sociais que atravessam o nosso cotidiano e que demandarão novas estratégias e alternativas em saúde mental.

Autores do trabalho

Embora esse trabalho tenha sido escrito por dois membros da equipe, não caberá citá-los, em destaque, pois as idéias aqui contidas, bem como toda a produção teórica desse artigo parte dos vários atravessamentos da equipe durante as discussões que tornaram possível escrever esse texto. Sendo assim, esse é um trabalho da equipe e todos abaixo são os autores.

Aldemo Pedro Limberger	Psiquiatra
Ana Maria Ferreira	Psicóloga
Ana Pereira Trajano	Técnico Administrativo
Carla Favero Hofmeister	Psiquiatra
Deisi Macedo dos Santos	Arteterapeuta
Elisete Salete P. Bernades	Terapeuta Ocupacional
Geraldo Leandro V. Mandicaju	Técnico Administrativo
Ionice Ferreira Cappelari	Assistente Social

Luiz Ziegelmann	Psiquiatra
Magda Haubert Inácio	Auxiliar de Enfermagem
Magnos Luis de Lima	Estagiário de Educação Física
Marcela Haupt Bessil	Estagiária de Psicologia
Michelle Ponzonia	Estagiária de Psicologia
Maria Cecília Chemale	Estagiária de Arteterapia
Maurício Silveira dos Santos	Residente em Psiquiatria
Roberta Horn Gomes	Residente em Psiquiatria
Tatiane Gil	Residente em Psiquiatria
Zemira Silva	Estagiária do Serviço Social

Referências Bibliográficas

- BARROS, Regina Benevides. Clínica Grupal. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.5-11, 1995.
- KEHL, Maria Rita. *Sobre Ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, jan./Ba., v.16, n.1, 2000, p.71-79.
- TENÓRIO, Fernando. *A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde⁸⁵

Eduardo Cavalheiro Pelliccioli⁸⁶

Neuza Guareschi⁸⁷

Neste texto apresentaremos uma contextualização histórica do Acompanhamento Terapêutico (AT)⁸⁸ como uma modalidade de intervenção que emergiu sob influência de dois campos aparentemente distintos: o da prática clínica⁸⁹ (que dá conta das psicopatologias e delas se ocupa) em psiquiatria e psicologia e de movimentos institucionais específicos, quais tenham sido eles, o da reforma psiquiátrica no Brasil e das denominadas Comunidades Terapêuticas. Discutiremos as condições de possibilidade da emergência de um trabalhador acompanhante terapêutico na rede pública de saúde através da problematização teórica das questões relativas ao processo de construção de identidades e as especificidades de uma prática inserida em um projeto de políticas públicas determinado. Para isso, faremos uma análise de alguns dados empíricos de observação e entrevistas que realizamos com as acompanhantes terapêuticas e dos grupos de atendimento que realizamos. Discutiremos, ainda, algumas questões históricas - não só ligadas a práticas individuais, privadas, mas inseridas também em um contexto institucional - do AT que poderemos situar sua existência atualmente e sugerir que ocupe então, um novo lugar enquanto prática relacionada à saúde mental, estendendo assim, seu campo de atuação.

Para que tal intento se concretize, será necessário não deixar fora a influência do debate encetado pela Reforma Psiquiátrica, mais especificamente quando esta desponha pela assim chamada Luta Antimanicomial, movimento este que produziu alterações significativas no nos estatutos de conduta médicas, psicológicas e jurídicas no Rio Grande do Sul e no Brasil. Entendemos que o Acompanhamento Terapêutico constitui-se como dispositivo complementar e que contribui para a efetivação destas (da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial) e, neste sentido, tem estreita ligação para com estas. Conforme nos afirma Ghertman (1997, p.233), “dentro da cena da saúde mental moderna o AT já aparece como peça fundamental na ajuda à desinstitucionalização de pacientes crônicos”.

⁸⁵ Este estudo consiste em uma análise realizada em nosso trabalho de pesquisa junto ao Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental - CAIS-Mental na Secretaria de Saúde do município de Viamão-RS, denominado “O Acompanhamento Terapêutico como uma nova tecnologia possível no município de Viamão” e financiado pela FAPERGS.

⁸⁶ Psicólogo, Especialista em Teoria Psicanalítica, Mestrando em Psicologia Social na PUCRS, membro do Grupo de AT Circulação e organizador e co-autor do livro “Acompanhamento Terapêutico: uma clínica itinerante”.

⁸⁷ Professora Doutora do Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, coordenadora do grupo de pesquisa em Estudos Culturais, Identidades/Diferenças e Teorias Contemporâneas e presidente nacional da ABRAPSO.

⁸⁸ Para nos referirmos ao Acompanhamento Terapêutico usaremos a sigla “AT”, em maiúsculo; para nos referirmos ao praticante desta modalidade, o acompanhante terapêutico, usaremos a sigla “at”, em minúsculo.

⁸⁹ O conceito de “clínica” é importante aqui e faremos, adiante, algumas diferenciações fundamentais entre diferentes formas de conceituá-lo e tomá-lo no campo da saúde.

Para balizar e sustentar as propostas de debates que aqui se engendrarão situamos o presente estudo, entre outros, na lei estadual número 9.716, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica (RIO GRANDE DO SUL, 1992) e do Projeto São Pedro Cidadão (RIO GRANDE DO SUL, 1993).

Polifonias: históricos e funções no AT

O AT tem se qualificado como uma modalidade de intervenção clínica nos últimos anos no Brasil e em outros países americanos. Distintas tem sido as palavras que o nomeiam ⁹⁰ e as vozes pelas quais fala, ou seja, as polifonias: a medicina psiquiátrica, as psicologias, a enfermagem e outras). O antigo auxiliar psiquiátrico das décadas de 60 e 70, e que mais tarde passou a denominar-se de acompanhante terapêutico (at), teve de repensar sua função dentro das instituições psiquiátricas e fora delas, uma vez que o seu campo de atuação ampliou-se notavelmente (EQUIPE DE ATs DA CASA, 1991). Este desempenhava tão somente um papel de auxiliar de psiquiatras e/ou psicólogos responsáveis pelos atendimentos. Questões relativas ao diagnóstico, perspectivas clínicas, intervenções terapêuticas ⁹¹ estavam fora de sua competência. Hoje, o acompanhante terapêutico não só atua em parceria com instituições psiquiátricas e hospitalares como fora delas: é requisitado por escolas especiais, instituições clínicas, centros de atendimentos à saúde mental no âmbito público e diretamente por familiares de portadores de sofrimento psíquico. Não obstante, nestes casos, é o único agente terapêutico envolvido no caso.

No rastro deixado pelo movimento em favor de uma reforma na psiquiatria surgem demandas para diferentes abordagens de tratamento aos pacientes, principalmente, psicóticos e esquizofrênicos, fato este que já se colocava em consonância com a própria Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Historicamente, é a partir do final da década de 1970 que se incluem, de forma mais explícita, os ats. A questão é que o tratamento a estes pacientes já não se restringia mais única e/ou principalmente aos hospitais psiquiátricos e manicômios, reinscrevendo assim, não só a abordagem terapêutica em relação a eles mas, dilatando o seu território de atuação. O espaço público, desde então, começa, timidamente, a ser compreendido como um alargamento do campo possível de tratamentos para pacientes portadores de sofrimento psíquico. Segundo Berger, Morettin e Neto (1991, p. 23) é no final da década de 1960 que os efeitos da antipsiquiatria começam a se fazer valer na cena nacional, tomando corpo principalmente com a criação das primeiras comunidades terapêuticas no Brasil, locais estes propícios para darem conta de práticas alternativas para a época, como por exemplo, os auxiliares psiquiátricos, que começavam a sair às ruas com seus pacientes em atividades que entendiam ser terapêuticas.

⁹⁰As nomenclaturas que antecederam o AT foram muitas: auxiliar psiquiátrico, atendente grude, atendente psiquiátrico, amigo qualificado e outras.

⁹¹Geralmente baseadas em teorias e técnicas psicológicas como a psicanálise, comportamentalismo, cognitivismo e outras.

Entendemos, porém, que o espectro de atuação do acompanhante terapêutico possui, atualmente, uma carga de responsabilidade e atuação ampliada em relação àqueles que o antecederam. Nos dias de hoje, ao receber um caso para tratamento, pensamos que a função exercida pelo at transcende o campo da intervenção puramente clínica, tomando o caráter de uma intervenção também de cunho social. O que significa isto? Se, por um lado, é ao sujeito que se deve assistir prioritariamente ⁹² e de forma - tecnicamente - responsável e consciente, por outro, é justamente aí que comparece um novo ponto ao qual dispensamos nossa atenção: o AT inscreve sua prática principalmente através de seus casos atendidos, em uma perspectiva que faz parecer que esteja vinculado exclusivamente à clínica, como se fosse esta a única forma de pensá-lo. Mas é através desta mesma prática clínica que ele pode redimensionar sua esfera de atuação por uma ampliação de seus efeitos e mesmo de suas possibilidades: de um recurso para intervenção na área da psicopatologia ele passa a ser, também, dispositivo complementar ou substitutivo para trabalhar com serviços de saúde pública. Todavia, há uma ressalva teórica importante a ser feita aqui: se compreendemos que toda a atividade clínica é transdisciplinar e se dá necessariamente em uma instância que não pode ser tomada separadamente daquilo que poderíamos denominar de não-clínico (o campo político, ético, estético), então passamos a constituir como que uma nova cartografia, uma nova maneira de tecer e localizar a própria atividade de escuta, como nos sugere Passos (2002):

Temos que aceitar que toda a clínica é pública, que toda a clínica é uma forma de crítica ao privativo, é uma maneira de colocar em análise as tendências privatizantes da existência. Toda clínica tem que colocar em análise toda a propriedade, principalmente a propriedade de si... (PASSOS, P. 71).

Pesando a partir destes enunciados, não só queremos reconhecer a amplitude do campo de intervenção que se dá no labor clínico em si mas, poder flexibilizá-lo no que diz respeito ao seu alcance. Dito de outra forma, equivale afirmar que descentrar o foco da idéia predominantemente clínica do AT significa ampliar o conceito de clínica no que este pode ter de inter-relação direta e constitutiva com esferas outras, como por exemplo, a ética, o campo das políticas públicas e outras variáveis que constituem formas de subjetivação.

⁹² O conceito de sujeito que tomamos para orientar este trabalho está localizado claramente no campo dos Estudos Culturais na sua interface com a Psicanálise, mais especificamente quando esta é influenciada pela corrente pós-estruturalista francesa.

Acompanhamento Terapêutico e saúde pública

É necessário contextualizar o Acompanhamento Terapêutico na saúde pública, pois é neste campo específico que estamos desenvolvendo nossas proposições. A pesquisa que estamos realizando dá-se no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Viamão e conta com a participação de seus técnicos e usuários. Considerando a lei que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, o Projeto São Pedro Cidadão e o crescimento da prática do AT na sua intersecção com as políticas públicas no Estado do Rio Grande do Sul ⁹³, compreendemos a relevância desta discussão já que o AT incorpora-se neste processo de desinstitucionalização pugnado pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Ao compreender que portar sofrimento psíquico não é um desvio patológico e de comportamento mas que, principalmente, há um sujeito ali, tomamos o seu tratamento em uma perspectiva contemporânea. Contemporânea e avançada, no sentido de que não desconsideramos que exista neste sujeito, produção de saberes, de subjetividade e de desejo e o tomamos, a partir da prática do AT, como um sujeito-cidadão em tratamento e não simplesmente como um objeto que produz sintomas indesejáveis para uma comunidade. Ocorrendo esse descentramento da visão do que seja o psicopatológico e do foco terapêutico derivados unicamente de uma semiologia médica, abre-se possibilidade para uma escuta deste sujeito que é, também, cidadão. Neste sentido, não é possível, quando relacionamos AT e saúde pública, pensar em uma clínica privada que se sustente somente na prática médica. Desde o momento em que o AT emerge na esfera pública ele se torna uma clínica pública, política, uma clínica do social.

Estamos frisando esta distinção de clínica pública e privada justamente porque o AT, quando engendra-se como uma prática clínica, o faz a partir de uma perspectiva privada mas, ao ser tomado como uma tecnologia da saúde e das políticas em saúde/saúde mental, toma novo formato: configura-se agora como uma clínica pública, pois vem problematizar a produção de subjetividades privatizadas, restritas ao domínio de marcadores psicopatológicos que as define e as constitui. Se assim o é, ele apresenta-se no contemporâneo, então, como um campo de análise e intervenção da Psicologia Social e entendido como um possível laboratório de novas tecnologias no espaço da saúde: um campo de forças e discursividades capaz de gerar uma reorganização subjetiva e social no plano terapêutico através de dispositivos e ferramentas viabilizadas por uma ação pública, estratégica e direcionada, descentrando-o de seu antigo aspecto assistencial e auxiliar e sustentado predominantemente no trato com a psicopatologia.

⁹³ Lembramos que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul promoveu, no ano de 2000, o primeiro - de uma série - Curso de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico para funcionários de nível médio da rede pública de saúde no Brasil.

É a partir do espaço público ⁹⁴ e político que constitui a cidade que o AT inclui-se como ampliação do *setting* tradicional de tratamento para pacientes portadores de sofrimento psíquico. Assim sendo, esta atividade passa a tomar um lugar específico na saúde, justamente como uma nova tecnologia para uma prática pública contemporânea e que tem no sujeito-cidadão, o seu principal foco para o desenvolvimento da cidadania e saúde. Passamos então, a contextualizar, mapear e avaliar as condições de trabalho e a demanda dos usuários do CAIS-Mental no que se refere a necessidade - ou não - da utilização deste serviço justamente para que seja possível desenvolver ações e estratégias de ampliação e qualificação do trabalho de AT integrado à rede pública e aos gestores municipais.

Problematizando o Acompanhamento Terapêutico

Qual a melhor definição para Acompanhamento Terapêutico? Esta é a pergunta que têm se colocado alguns dos ats que hoje debatem sobre seus fazeres clínicos. É possível pensar sua função, por exemplo, como aquele que deve “tender a reforçar as defesas de adaptação adequadas e ajudar o paciente a desenvolver novos mecanismos de defesa” (Mauer e Resnizky, 1987, p.56). Eis aí uma perspectiva preponderantemente psicopatológica.

É certo que, uma vez constituído no campo cultural e, portanto, no campo da linguagem, não podemos deixar de concebê-lo como um movimento que é da ordem do social, uma construção histórica, engendrado como um projeto político de formação e transformação de realidades sociais através da contextualização e reforço das condições de cidadania e do direito de usufruto de locais públicos que a cidade oferece. Isto fica ainda mais claro quando relacionamos sua existência aos movimentos coletivos derivados da chamada luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica que acontecem ainda hoje no Brasil e, conforme nos afirma Ghertman (1997, p.233), “dentro da cena da saúde mental moderna o AT já aparece como peça fundamental na ajuda à desinstitucionalização de pacientes crônicos”. Eis aí uma perspectiva social.

Será pela reforma psiquiátrica que mudanças substanciais demarcarão novos usos e novas normas não só para os usuários dos serviços de saúde mental mas, inclusive, para seus trabalhadores. Estas alterações provocarão transformações nas relações em saúde pública impondo determinadas tecnologias políticas, administrativas e terapêuticas, inclusive.

A reforma psiquiátrica consiste “na gradativa substituição do sistema de internação psiquiátrica por uma rede integrada (...) visando à possibilidade de pessoas com transtornos em saúde mental não

⁹⁴ Por “espaço público” compreendemos o domínio do coletivo no que diz respeito ao reconhecimento e pertencimento a uma determinada organização social. Pode ser pensado ainda que é nesta esfera - pública - onde se produzem jogos políticos e lutas pela imposição de determinados sentidos que consistem em expressar o ser humano e o social em sua totalidade.

sofrerem limitações em suas condições de cidadãos e sujeitos de direitos livres, interações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade” (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Mas não é só isto. Devemos entender que ela está diretamente vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, o que faz com que possua ingerência também - e principalmente - sobre os processos de capacitação dos trabalhadores ligados à saúde mental, alterando significativamente seus territórios de atuação através de suas estratégias e discussões sobre si. O AT parece possuir uma dupla origem e que, de certa maneira, é excludente em si mesma: de um lado, provém de um histórico basicamente institucional, ou seja, será a partir das mudanças nos grandes manicômios brasileiros que uma figura precedente surgirá ⁹⁵ e, logo adiante, poucas décadas depois, fará surgir o AT; de outro lado, ele estará quase sempre ligado às práticas clínicas individuais e sob forte influência destas no que concerne às suas condutas. Desta forma, conforme indicamos anteriormente, ainda hoje o AT ocupa um lugar de distinção na pauta das discussões que o tomam como uma modalidade de intervenção predominantemente clínica. Esta nova configuração que propomos aqui, é possível situá-la no contraponto de seu próprio histórico como prática de saúde, seja este recente ou não. Que contraponto seria este? Em verdade seriam dois: primeiro, que o AT não se trata somente de uma forma de auxiliar, de ajudante técnico de um determinado profissional da saúde, quer dizer, ele mesmo se coloca como um profissional e toma a frente dos tratamentos em questão; segundo, que a expressão “predominantemente clínica” aqui, toma novo contorno já que não mais restringe-se a uma semiologia médica unicamente que lhe confere inteligibilidade.

Do privado ao público: lógicas que sustentam uma prática na cultura

Existe uma questão premente que atravessa este texto e em relação a qual não devemos nos furtar: como, através das ferramentas que a Psicologia Social nos oferece, mais especificamente quando esta compreende o sujeito como uma produção, é possível situar este deslocamento que o AT passa a protagonizar na proposta que aqui colocamos e de que forma isto influencia na construção destes profissionais que são os seus agentes na rede pública de saúde? De que maneira pensar e teorizar esta mudança de lógica pela qual a regência desta prática passa, da lógica privada para uma lógica pública, sobretudo se considerarmos como as práticas psicológicas se constituíram ao longo da história? Guareschi coloca que:

⁹⁵ Esta figura precedente, em verdade, é mais de uma: trata-se do auxiliar psiquiátrico, do atendente terapêutico, do atendente grude e outras nomenclaturas que com esta função - de sair com os pacientes às ruas - surgiram desde os anos sessenta.

Se pensarmos como a Psicologia toma, trabalha ou se insere nessa relação entre o público e o privado para entender o sujeito, sua condição de cidadão e suas práticas, principalmente as clínicas, vimos que estas questões são tomadas como dicotomizadas, separando o que é do sujeito e para o sujeito no espaço privado e no espaço público, passando assim não só a adotar e trabalhar somente dentro de uma perspectiva, de uma lógica do privado mas, sobretudo, entendendo o sujeito, ou melhor, tudo aquilo que é do sujeito e que este apresenta e produz como tendo sua origem no privado, no individual. (GUARESCHI, 2002, p. 06)

Note-se que não estamos sugerindo uma contraposição dicotômica entre público e privado. Precisamente por esta razão é que nos preocupamos em denominar este campo sobre o qual também incidiremos - como pesquisadores e profissionais da saúde - de “lógica” pública e/ou privada, o que poderia levar a idéia equivocada de que trabalhamos também com outros pares igualmente dicotômicos tais como: indivíduo/sociedade, dentro/fora, superficial/essencial etc. Se a Psicologia, em algum momento, operou com esta perspectiva, desde já deixamos claro que esta não contempla as questões que queremos problematizar e buscamos em outras searas teóricas - quando necessário se faz - as bases epistemológicas que dêem conta desta proposta que ora protagonizamos. Não desejamos também, apenas tomar o AT desde um ponto de vista diferencial, ou seja, não queremos situá-lo por intermédio de um enunciado negativo, como por exemplo: “o AT não é apenas uma prática que trata da psicopatologia”, e para isto labutamos pela formulação de um contraponto conceitual que se sustente por si através de uma base teórica sólida e elucidativa. Somente assim poderemos granjear um maior número de indicadores que nos permitam analisar e problematizar a construção deste profissional que é o trabalhador acompanhante terapêutico na rede pública de saúde. Se o AT é uma prática da cultura e isto faz diferença nas operações que constituirão o profissional que o toma como agente, então é importante que destaquemos e discutamos o conceito mesmo de cultura para que, a partir dele, possamos ampliar a discussão com clareza e crítica.

O conceito de cultura como intercessor do acompanhamento terapêutico

Tomamos o termo cultura como um campo de luta entre diferentes grupos sociais em busca da significação (Silva, 1995). É neste território, que está calcado na discursividade e na predominância de operadores simbólicos, que são travadas batalhas e lutas de sentidos. É preciso concebermos a possibilidade de articulação destas práticas discursivas que se opõem em seus sistemas e idéias sem que resultem no fracasso da diplomacia e, por conseguinte, na queda do simbólico. Ao encontro disto,

Homi Bhabha (1998) comparece instituindo uma particular inteligibilidade à expressão “negociação” em contraposição à “negação” quando sugere uma dialética sem a emergência de uma história teleológica ou transcendente em que o evento ou, advento da teoria, funcione como um dispositivo “negociador” entre instâncias contraditórias entre si, abrindo territórios e objetivos híbridos de luta onde são elididas as polarizações negativas entre o saber e seus pretensos objetos (Idem, p.51). Seria neste espaço de embates, oposições, debates e relativizações que se fundamentaria o local da cultura, para parafrasear o autor em questão. Estaria, portanto, no reconhecimento da radicalidade histórica - entre outras coisas - como elemento constitutivo do humano que poderíamos antever a queda da oposição simplista que ainda se insiste dizer que há entre sujeito e objeto.

Se os lugares que ocupamos e de onde enunciamos nossas proposições não são fixos, não podemos mais situar estes mesmos posicionamentos senão em uma perspectiva relacional e de transferência e disputa por sentido e, portanto, não há porque negá-los radicalmente mas, sim, trabalhá-los através de negociações. Não faria sentido, por exemplo, cambiarmos um idealismo radical por um realismo transcendental. Se os sistemas de significados culturais, conforme é aplicado o termo por Bhabha (1998), não possuem autonomia completa, será na condição das diferenças que se expõem e se produzem na linguagem que ficará perceptível o fato de que estes mesmos sentidos nunca serão fixos ou intransponíveis. Com efeito, estará na diferença, na alteridade, a possibilidade de uma enunciação cultural que toma forma na própria diversidade de signos e práticas, não mais tomando como ameaçador o elemento estrangeiro. Novamente, encontramos espaço para compreendermos a importância do termo “negociação” postulado pelo autor acima: negociar significaria, entre outras coisas, retirarmo-nos dos territórios das dicotomias e dos essencialismos que, não obstante, enxergam seus pares antônimos como inimigos a serem combatidos ou negados. Veiga-Neto (2000, p. 09) nos indica, em consonância com Bhabha, que a cultura não mais é compreendida somente em relação aos bens materiais resultantes de uma produção coletiva ou social simplesmente. É pelo ato de outorgar sentidos às práticas e objetos com os quais nos defrontamos que nos tornaríamos humanos e uma espécie cultural por excelência. Por esta linha de raciocínio é que o trabalhar reconfigura-se constantemente como campo propício para a produção contínua de sentidos e de sujeitos pautados pelo domínio simbólico ou, dito isto em outras palavras, pela linguagem.

Será neste lugar que a Psicologia Social - através de sua intersecção com o campo dos Estudos Culturais - romperá com mais esta dicotomia, no caso, a do público/privado. Mesmo estando em um espaço dito público, através de sua prática profissional e mediado por políticas de saúde públicas, o trabalhador acompanhante terapêutico poderá alterar não só as formas de pensar e praticar suas ações mas, através delas, ter condições de reconfigurar experiências que faz de si mesmo e imprimir novas possibilidades de compreender-se enquanto sujeito nesta mesma esfera dita privada, de seus

sentimentos, de seus afetos, de suas relações íntimas ⁹⁶. O dia-a-dia do trabalhador acompanhante terapêutico passa a ser entendido aqui como uma prática social legítima e constitutiva dela mesma e de outras práticas até, quer dizer, existe aí uma dimensão cultural que não deve ser negada já que ela (re)constrói maneiras de ser e de estar no mundo. Portanto, não há sentido na busca de uma identidade preestabelecida ou naturalmente dada, seja ela em que campo for: no trabalho, na escola e em qualquer outra instância coletiva. Trata-se de pensar em relação a processos produtores de identidades contingentes às condições discursivas nas quais se encontram tais ou quais sujeitos, sempre atentando para os arranjos lingüísticos e discursivos que daí emergem.

Discutindo formas de subjetivação dos trabalhadores acompanhantes terapêuticos

Ao tomar o campo de atuação dos trabalhadores acompanhantes terapêuticos como um território possível de análise e intervenção da Psicologia Social, o que já distingue este mesmo olhar de tantos outros (do olhar do técnico, do empregador, do funcionário), compreender-se-á sua importância uma vez que este é, simultaneamente, campo de forças e ponto possível de transformação das práticas e dos praticantes.

Conforme Athayde (1999) o trabalho não é pensado como espaço infrutífero, onde o indivíduo simplesmente chega, trabalha e vai embora. É pensado, sim, como relações de forças produtivas e constitutivas de modos de ser e agir e que descentra do sujeito processos sociais e análises que, destes processos, se realizam. Dito de outra forma, não serão dos sujeitos que derivarão, simplesmente, práticas mas, ao contrário, serão das práticas que derivarão sujeitos. Foi possível notarmos a preocupação das ats no que concerne ao processo de subjetivação que desestabiliza a possibilidade de fixação de identidades no tocante à necessidade criada de estabelecer um modo de ser at ⁹⁷. Entendemos que não se é at mas, torna-se at, processo este que implica um jogo de forças, como já foi dito, de imposições de sentidos: *“as vezes a gente se questiona desta identidade, do que é fazer AT mesmo, de como fazer o AT... identidade no sentido assim... ah, o at faz isso, faz aquilo e desde que a gente está aqui a gente faz muita coisa que não estaria dentro dos padrões do AT que nós conhecemos. Talvez seja até um AT... se a gente fizesse um AT dentro daqueles padrões...”*; *“o padrão do AT particular que a gente ouve falar, que a gente lê: passear no shopping com o paciente, levar no dentista... estas coisas que o pessoal aqui não tem condições financeiras”*. Referem aqui, ambas as ats, cada qual representada por uma fala, categorizações que se fazem no campo de trabalho do AT,

⁹⁶ É na problematização desta questão que temos acesso a outra perspectiva: as possibilidades de construção de identidades nunca são dadas *a priori*, nem fixamente, senão a partir das condições discursivas em que são produzidas, como por exemplo, no ato de trabalhar ou no interior das instituições onde este ato se dá. Se assim o é, acaba diluindo-se a idéia de que o AT feito fora dos serviços públicos deva ser denominado de privado e vice-versa.

⁹⁷ Em junho de 2002 realizamos uma entrevista com as duas ats de Viamão para que elas pudessem falar sobre seu trabalho. Doravante, apresentaremos trechos de suas falas, sempre destacadas em itálico, e as analisaremos.

trazendo à tona “padrões” pré-determinados e que operariam como uma injunção interpelativa nas suas práticas: *“volto a falar daquele AT, de levar o cliente ou paciente - não sei como no AT particular se chama: paciente ou cliente?- no cinema, no teatro, numa partida de futebol... esse AT eu não me considero. Mas, de repente, o AT que trabalha em grupos junto com o médico, que faz um grupo de criatividade, que faz de vez em quando lá um passeio... se falar nesse AT, eu me considero uma... não nesses moldes do que seria no particular”*.

Compreendemos que não se trata de buscar um referencial identitário, como se houvesse um único e principal modelo ao qual devamos nos dirigir mas, conforme nos aponta Mouffe (1988), que “dentro de cada sociedade, cada agente social está inscrito em uma multiplicidade de relações sociais... todas essas relações sociais determinam posicionamentos, ou posições de sujeitos e cada agente social é, portanto, o *locus* de muitas posições de sujeito e não pode ser apenas um”. Desta forma, uma possível identidade una e encerrada em um sistema fechado de práticas de significação seria impossível - a partir de nossa perspectiva - para o trabalhador acompanhante terapêutico na rede pública de saúde. A identidade, não obstante, desvanece na constante fluidez dos agenciamentos discursivos, denotando que esta se dá em um constante vir-a-ser, tributário do social, sempre provisório.

Será no interior das instituições que discursos diferentes entre si fabricarão novos objetos, como podemos visibilizar na fala desta at, quando objetiva seu trabalho de um outro modo, a partir de agenciamentos produzidos no campo da saúde pública. O acompanhante terapêutico está, ele mesmo, atravessado por diversos enunciados que o constituem: estes provêm da medicina psiquiátrica, das psicologias, das psicanálises, da pedagogia e outros campos do saber. É possível conceber que o AT seja tomado como mote de discursos que simultaneamente o permeiam, o modificam e o transformam em diferentes objetos, apesar de que ele não será produto final ou causa última de uma série de variáveis extrínsecas à sua condição mas, precisamente, uma espécie de ponto de estofó catalisador (temporário) de enunciados e discursividades.

Os discursos não são subjetivos por si só, mas aquilo que nos subjetivam. Produzem-se na esfera do coletivo, contudo, não raramente são experimentados como uma experiência do privado, o que poderia nos conduzir ao juízo equivocados da soberania absoluta das dicotomias. Queremos apontar que a transversalização desses espaços constituem, ora formas particulares de subjetivação, ora formas coletivas. Os discursos são subjetivadores e interpeladores em relação aos sujeitos, balizando seus comportamentos, seus pensamentos e seus afetos. A questão da verdade coloca-se desde um ponto de vista relacional no que tange à verdade do discurso daquele que o enuncia. As ats depoentes acima apresentam uma intrincada rede de significações que as interpelam através das discursividades que elas mesmas protagonizam: apontam um jeito privado de se fazer AT ou em parceria necessária com um médico, não só tomando esta forma como verdadeira mas como única: *“se falar nesse AT - através de atividade em grupo, em contraponto ao dito AT privado -, eu me considero uma... não nesses moldes do que*

seria no particular”⁹⁸. O AT em grupo é uma atividade ainda em construção e que convoca novas formas de compreender o próprio Acompanhamento Terapêutico e pensar esses trabalhadores enquanto profissionais da rede pública de saúde.

Referências bibliográficas

- ATHAYDE, Milton. Psicologia e Trabalho: que relações? In: JACÓ-VILELA, Mancebo (Org.). Psicologia Social: reflexões contemporâneas. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. p.195- 219.
- BERGER, Eliane, MORETTIN, Adriana e BRAGA, Leonel. História. In: EQUIPE DE ATS DE A CASA (org.). A rua como espaço clínico. São Paulo: Escuta1, 1991. p. 17 - 23.
- BHABHA, Homi K. O local da cultura. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998. p. 70-104.
- EQUIPE DE ATS DO HOSPITAL DIA A CASA (org.). A rua como espaço clínico. São Paulo: Editora Escuta, 1991. p.23-31.
- GUARESCHI, Neuza. Interfaces entre psicologia e direitos humanos. Palestra proferida no XIII Encontro Mineiro de Psicologia Social – ABRAPSO. Belo Horizonte, 30 de outubro a 1 de novembro, 2002 (mimeo).
- GHERTMAN, Alberto. A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura?. In: EQUIPE DE ATS DE A CASA (org.). Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Educ, 1997. p.233-240.
- MAUER, Susana e RESNIZKY, Sílvia. Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos. Campinas: Papirus Editora, 1987.
- MOUFFE, Chantal. Radical Democracy: modern or postmodern? In: Universal Abandon? The politics of postmodernism. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1998. P. 89.
- PASSOS, Eduardo. Por uma Clínica do Social: relações entre a esfera pública e a esfera privada na psicologia. Curso de Extensão ministrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia – Faculdade de Psicologia – PUCRS, Porto Alegre, 21 a 22 de março de 2002, 89 p.
- RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde, CES, RS. Comissão de Saúde Mental. São Pedro Cidadão. Assembléia Instituinte. Porto Alegre, 1993.
- RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual número 9.716 de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul; determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental; determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Diário Oficial [do] Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 10 de agosto de 1992.
- SAÚDE MENTAL COLETIVA. Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Bagé: FAT, URCAMP, ano 1, número 1, junho de 1993.

⁹⁸ Nos encontros que realizamos para estudos teóricos e discussão de atividades das ats com a equipe de profissionais do CAIS-Mental, começamos a construir atividades que, se inicialmente eram experimentais, hoje são oficiais e instituídas, de Acompanhamento Terapêutico em grupo com os usuários da rede pública do município de Viamão. Estes grupos acontecem quinzenalmente e contam com 10 usuários cada. Além disso, as ats criaram (ou mantiveram) oficinas diversas: de papel reciclado, de leituras dirigidas na biblioteca (montada pela equipe do CAIS-Mental) e outras.

SILVA, Tomás Tadeu (Org.). O sujeito da educação: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1995. p.35-85.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e Educação: há algo de novo sob o sol? In: _____. (org.) Crítica pós-estruturalista e educação. Porto Alegre: Sulina, 1995. p.9-56.

Saúde Pública e saúde do trabalhador: uma aproximação para políticas de saúde

Maria da Graça Hoefel⁹⁹

O conceito de Saúde Pública mudou ao longo do tempo mas, sempre esteve associado a um projeto de luta e de resistência. De luta, para que a maioria da população tivesse acesso a uma vida digna e justa, que a saúde fosse vista como um direito universal. De resistência, a todo e qualquer autoritarismo. A Saúde Pública em nosso país destacou-se, sempre, pela construção de uma sociedade mais justa, igualitária e sem classes. Esta história brasileira foi marcada, pelo menos, por dois grandes sanitaristas-Dr Carlos Gentile de Mello e Davi Capistrano Filho, incansáveis batalhadores da reforma sanitária, dos movimentos populares, da reorganização e reconstrução de nosso País. São exemplos de vida dedicada à construção da prática *-do que é Saúde Pública*. Por isso, gostaríamos de iniciar nossa intervenção deixando consignados um agradecimento e incorformado adeus, a esses expoentes da Saúde Pública brasileira..

Para refletir-se sobre as relações entre a Saúde Publica e saúde do trabalho torna-se necessário resgatar algumas definições teóricas. Gentile de Melo(1983) sistematizou os conceitos sobre Saúde Publica, mostrando suas mudanças a partir de 1920, quando Wislow a definiu como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, para o saneamento do meio ambiente, controle das infecções na comunidade. Incluía também a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças e o aperfeiçoamento da máquina social que asseguraria a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

De maneira mais objetiva, Mustard (in Melo,1983) aprofundou as delimitações de quando um agravo à saúde se torna público apontando que um problema de saúde torna-se responsabilidade da Saúde Pública se, ou quando, é de carácter e extensão que só seja possível solucioná-lo através de uma ação social sistematizada. Sua importância varia com o risco da população exposta.

Giovano Berlinguer (1983) discute que todos os problemas de saúde estão vinculados ao social, ao afirmar que a única doença não social foi a febre intermitente de Robison Crusoe, no primeiro ano de sua permanência na ilha, antes de ser encontrado por Sexta feira. Depois do encontro, as doenças de um e de outro assumiram um carácter social, porque modificaram as relações interpessoais. Assim, para autor, em cada ilha ou terra firme, toda a doença tem aspectos sociais na sua origem e no seu curso.

⁹⁹ Médica do Trabalho e Sanitarista, Mestre em Educação, Doutoranda em Sociologia, Chefe da Unidade SESMT do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O conceito de Saúde Pública e sua dimensão social ficaram definidos mundialmente em 1978, conforme cita Mello (1983), na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS), onde foi declarado que a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas em ausência de doença ou enfermidade. É um direito dos seres humanos sendo que o acesso ao nível de saúde mais elevado é um objetivo social que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores sócio- econômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde.

É provável que o Brasil seja um dos países que incorporou, de forma mais clara, esses conceitos, uma vez que consta na Constituição Brasileira de 1988: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A Organização Mundial de Saúde, em 1990, aprofunda estas questões ao definir que as “desigualdades flagrantes na situação sanitária dos povos, tanto entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, quanto no próprio interior dos países, são políticas econômicas e socialmente determinadas”.

A lei brasileira 8080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, expressa a incorporação desse discurso, tanto da Constituição de 1988, como da Organização Mundial de Saúde de 1990, ao delimitar que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país.

Não obstante toda essa clareza expressa, em discurso e legislação, a realidade prática é diversa. No fim do ano 2000, estamos longe de atingir a almejada “Saúde para Todos” e o perfil contemporâneo da saúde no Brasil é de sofrimento humano e de doença. O quadro sanitário brasileiro é dramático no que se refere à morbidade e mortalidade. Apesar da escassez de estudos que retratem, de forma clara, o panorama de saúde no Brasil, diversos autores (Possas,1989; Araújo, 1992) destacam um quadro epidemiológico grave, onde coexistem as patologias infecto -parasitárias com as doenças crônico-degenerativas. Minayo (1995) chama a atenção para o quadro sanitário de nosso País, onde os indicadores de mortalidade geral mostram uma diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna, mas estes mesmos indicadores crescem regionalmente nos grandes bolsões de fome e de miséria. Por outro lado, os indicadores de morbidade aumentam quando dizem respeito a doenças cardiovasculares, mortes por acidentes de trabalho, por violência, por AIDS. As endemias relacionadas às desigualdades sociais, às disparidades regionais aumentam, assim como a exploração selvagem da natureza e dos

trabalhadores. Tal realidade se soma aos privilégios que ainda constituem o acesso ao saneamento, à infra-estrutura, à educação, aos serviços de saúde com qualidade.

Dentro desse quadro geral de morbi-mortalidade, optou-se por aprofundar a investigação de um dos campos sanitários que é a saúde e trabalho. Esse caminho foi construído a partir de pesquisas e de análises feitas no cotidiano de trabalho e no doutorado em Sociologia ¹⁰⁰ e que estão sendo apresentados como auxiliares na discussão de uma problemática prática, Saúde Pública e necessidade de formulação de políticas associadas.

Parte-se de um referencial que situa no modo de produção, nas condições de trabalho e de vida, o patamar para o entendimento do processo de saúde, adoecimento e morte da população. Resgatam-se as definições de Breilh (1999) onde o trabalho é visto como o grande mediador entre os seres humanos e a natureza, como também entre os seres humanos e a realização das suas necessidades e dos seus sonhos.

Na área da saúde do trabalhador, tentar-se-á resgatar as estatísticas de acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais nos últimos anos onde se observa uma mudança de seu perfil epidemiológico em todo o mundo. Enfocaremos os indicadores de saúde e trabalho nos Estados Unidos e no Brasil.

Os dados estatísticos americanos apontam alterações no tipo e na gravidade dos acidentes de trabalho. Capelli (1997) constatou que o número desses, com morte, decaiu de 21 por 100.000 trabalhadores, em 1912, para 4 por 100.000 em 1990 e que o número total dos acidentes decresceu em 20 %, a partir da década de 70 até 1997.

Na América Latina e no Brasil a realidade é outra. O Brasil continua campeão mundial de mortes por acidentes do trabalho, embora as estatísticas oficiais indiquem que seu número está decrescendo ao longo das últimas décadas.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1994) sistematizou os acidentes de 15 países americanos, incluindo os da América Latina, México e Estados Unidos. Este estudo da OIT mostra que no Brasil, ocorrem mais mortes no trabalho do que somadas às de outros 15 países americanos. Segundo Mendes (1999), que estudou tais estatísticas, nesses 15 países foram registradas 3.555 mortes, sendo que no nosso País houve 3689 mortes. Nos 15 países americanos estudados ocorreram 10,9 mortes a cada mil acidentes e os acidentes brasileiros foram oito vezes mais, ou seja, 86,4. Esta supremacia de mortes no trabalho, no Brasil, foi confirmada quando a OIT (1994) comparou os dados nacionais (3689) com os de 19 Países do Continente Africano, cujos óbitos foram de 3 134 e de 13 países europeus, que foram estimados em 3 427.

¹⁰⁰ Trabalho, Insegurança, Consentimento: Relações entre Síndrome do Sobrevivente, Síndrome Miofacial e Lesões por Esforços Repetitivos (1999)

A contradição entre os fatos, de no Brasil ocorrer o maior número de óbitos por acidente de trabalho e de apresentar diminuição do número absoluto de acidentes, pode estar ligada à maior gravidade dos acidentes ocorridos e/ ou ao aumento do sub-registro de acidentes leves. A tese da maior gravidade dos acidentes foi demonstrada, em parte, por estudo da OIT (1994) realizado no período de 1991-1995. Este estudo aponta para um aumento de 57,50% de óbitos por acidente, associado ao decréscimo do número de acidentes notificados. Sabendo que os óbitos dificilmente são sub-registrados, deduz-se que seu aumento é o resultado da ocorrência de acidentes graves. A tese do sub-registro pode ser pensada ao observarmos que o número de acidentes absolutos diminuiu em 19,94% . Pergunta-se que condições de trabalho determinam acidentes graves e não leves. Estudos realizados por Marques (1993) e Oliveira e Mendes (1996) atribuem essa queda dos acidentes absolutos à existência de sub-registro.

As causas da sub-notificação, no Brasil, estão relacionadas com o acesso insuficiente e limitado das agências públicas, às informações sobre os acidentes ocorridos nas empresas, que acabam notificando apenas os mais graves ou com maior tempo de afastamento do trabalhador. Os acidentes leves são registrados internamente e, como o trabalhador retorna às suas atividades antes de 15 dias, os mesmos acabam não fazendo parte das estatísticas oficiais.

As estatísticas de morbi-mortalidade relacionadas ao trabalho são organizadas pela Previdência Social, cujo objetivo é o pagamento de benefícios; portanto, elas são calculadas somente em relação a trabalhadores do mercado formal de trabalho. Sabe-se que apenas 50% deles são regidos por contratos trabalhistas via Consolidação da Legislação Trabalhista (CLT) e são esses que entram nas estatísticas oficiais de saúde. Esta sub-notificação tende a aumentar devido à reestruturação produtiva, onde há diminuição do número de trabalhadores com vínculo formal de emprego, aumento do desemprego, terceirização. Agravando esta situação, os bancos de dados do Sistema Único de Saúde não contemplam informações sobre doenças e acidentes de trabalho, apesar de serem relativas ao universo de trabalhadores com ou sem vínculo formal de emprego.

Por outro lado, as doenças ocupacionais têm triplicado a sua prevalência. As Lesões de Esforços Repetitivos, hoje, tornam-se um grave problema de saúde pública, representando 60 % das doenças ocupacionais nos Estados Unidos e 41 % no Brasil - apesar de todo o sub-registro existente.

Para entendermos esse quadro de saúde e trabalho torna-se fundamental situá-lo no modo de produção atual, nas condições de vida e de trabalho que tentaremos sistematizar a seguir.

Capitalismo Global: centralização do poder, reestruturação produtiva, insegurança, perda de direitos

A internacionalização das relações econômicas expressa pela abertura das economias nacionais aos fluxos de investimento de capitais especulativos, promoveu intensa e vigorosa interligação dos

mercados financeiros, através da aplicação capital “volátil”. Por mudar continuamente sua política de investimentos, de acordo com interesses imediatos, essas movimentações de capitais acarretam instabilidade no capital produtivo.

Parte-se de algumas discussões atuais, onde Ferrer (1998), Boyer(1998), Bernal-Meza (1998), Ianni (1993), Petrella (1996) sistematizam as transformações do mundo contemporâneo, ressaltando mudanças na sociedade e no trabalho .Esse novo momento da acumulação capitalista veio a ser denominado de "Capitalismo global ou globalização”. A reestruturação produtiva deve ser enfocada dentro das discussões da globalização¹⁰¹ como um fenômeno econômico e do neoliberalismo¹⁰², como sua expressão política e ideológica.

Houve uma liberalização radical de certos elementos do mercado, como a abertura dos países da periferia às importações e liberação dos preços dos bens de consumo, com exceção da força de trabalho. Contata-se a substituição da intervenção reguladora do Estado com diminuição, na prática, dos direitos trabalhistas, mediante a flexibilização das relações de trabalho. A isto se somam as políticas de diminuição da estrutura do Estado Nacional (Programas Demissão de Funcionários Públicos) e os processos de reestruturação produtiva, associada a "*downsing*". A política de privatizações e a redução das despesas sociais contribuem para aumentar o desemprego em todo o mundo e na América Latina ocorre um pequeno crescimento econômico, no início dos anos 90, associado a um aumento do desemprego social (Breilh,1999).

Arriagada (1999) aponta que o crescimento que ocorreu nos anos 90, na América Latina, é insuficiente para melhorar a situação de emprego e dos salários do conjunto da população. A CEPAL (1998) realizou um estudo sobre o crescimento do produto interno bruto, mostrando a instabilidade do mesmo, quando foram encontradas taxas médias de crescimento anuais máximas de 5,8% em 1994, mínima de 0,9% em 1995 e uma média de 3,5 % no período de 1991 a 1998. Para 1999, devido ao impacto da crise asiática, a CEPAL (1999) prevê um crescimento de menos 0,4%. A CEPAL (1997) estimou que para haver crescimento sustentado, em matéria de transformação produtiva, com maior igualdade para todos os grupos sociais, é necessário alcançar taxas de crescimento de 6% ao ano.

Essas taxas de crescimento econômico na região da América Latina se encontram inseridas no processo de globalização, cujas principais características são: 1-grandes avanços tecnológicos, principalmente na comunicação, informação e transporte; 2 - maior abertura do comércio internacional; 3- existência de redes de produção de caráter internacional, associadas à reestruturação produtiva e empresas globais em rede (Castells,1998). Assim, as empresas, em geral, passam a reduzir seu tamanho e a abandonar antigas organizações de trabalho, com o objetivo de se tornarem mais ágeis e capazes de

¹⁰¹ A globalização, de acordo com Scherer (1997) refere-se a uma multiplicidade de fenômenos que redefinem as relações internacionais em diferentes áreas nas relações econômicas (finanças) e sociais. (tecnologia, comunicação, cultura, religião).

¹⁰² Neoliberalismo se constitui em um modelo político e ideológico no âmbito da globalização. Segundo Sander. (1996) "surge como alternativa ao Estado de Bem-Estar, um novo modelo de Estado, de novas relações sociais".

maximizar o processo de inovação econômica. As empresas reestruturadas tornam-se uma rede, uma corporação horizontal, com unidades centradas no cliente¹⁰³, com autoridade diluída, e gerenciamento fluido,¹⁰⁴ mas com controle financeiro rígido e com reengenharia do processo administrativo ou de negócios¹⁰⁵ (Capelli et al, 1997).

As empresas passam a ser gradualmente pressionadas ao enxugamento (downsizing), à reestruturação organizacional com flexibilização da produção. Essa pressão parte, ora do capital financeiro, ora dos investidores e acionistas institucionais que fazem parte das novas estruturas de propriedade das empresas. As novas formas de organização de trabalho são expressas por diversos nomes, tais como neofordismo, pós-fordismo ou especialização flexível. Entre suas principais características, observam-se as transformações do princípio de organização do trabalho, em direção à recomposição das tarefas, em um contexto de automação ou controle de produção automático.

A insegurança no trabalho não é um fenômeno novo no sistema capitalista. Pelo contrário, nasce com ele, uma vez que, pela lógica da própria acumulação capitalista, é necessário um constante tensionamento das forças produtivas. Assim se forma um conjunto de trabalhadores que não encontram emprego e passam a fazer parte do que Marx (1975) chamou de "exército industrial de reserva". Porém, hoje, as características das flutuações dessas massas de desempregados mudaram. Se, antes, as taxas de desemprego poderiam mudar em relação a ciclos de negócio ou recessão, hoje, elas se mostram cada vez mais irreversíveis e de uma magnitude que configura um novo momento histórico das relações entre trabalho e capital. As novas tecnologias, as novas formas de gestão, a flexibilização, a precarização, o desaparecimento progressivo das barreiras entre o trabalho formal e informal passam a determinar as condições de trabalho, no mundo contemporâneo.

O desemprego e o trabalho terceirizado *aumentam a insegurança para os que ainda têm trabalho*. Após 80, as demissões e a diminuição do número de postos de trabalho criam trabalhadores dispensáveis, ao longo da década de 90, em todo o mundo. Essa realidade, que está em franco crescimento e tem abrangência mundial, foi discutida na Associação de Administradores de Empresas Americanas (AMA) em 1993, quando uma pesquisa mostrou que mais de 50% das companhias americanas haviam experimentado processos de demissão, com redução significativa de postos de trabalho, nos últimos quatro anos.

Em 1993, a Wyatt Company (1995) detectou um aumento de 73 % entre as empresas americanas que haviam implementado demissões. A contratação de trabalhadores terceirizados ou parciais permite

¹⁰³ Unidade centrada no cliente - busca trazer o mercado para dentro das unidades produtivas, redirecionado a produção de acordo com os interesses dos clientes.

¹⁰⁴ Gerenciamento fluido com controle financeiro rígido implica uma reorganização do processo produtivo com menos cargos hierárquicos, menos pessoal administrativo, escritórios centrais menores e unidades com menos diretrizes políticas e mais financeiras.

¹⁰⁵ A reengenharia do processo administrativo ou de negócios representa um esforço sistemático das empresas em redesenhar determinadas tarefas produtivas para buscar maior controle e automação, via informatização.

ao empregador a possibilidade de aumentar sua flexibilidade produtiva, sem pagar benefícios aos empregados. Ela é cada vez mais utilizada no mundo do trabalho. Nos Estados Unidos, a pesquisa da Wyatt Company (1995) acima referida, constatou que 21% dos empregadores estavam usando trabalhadores temporários em lugar de permanentes. Ao mesmo tempo, observou-se um aumento do emprego parcial, que, em 1979, era de 14,4% e passou a ser, em 1990, de 16,9%, nos Estados Unidos. Um número significativo de trabalhadores americanos, *involuntariamente*, trabalha em tempo parcial, constituindo 2/3 de desempregados, o que significa 4% da força de trabalho americana (Capelli et al, 1997).

O enxugamento das empresas não se localiza só entre os trabalhadores de produção: ele tem atingido, também, as posições de supervisores. A demissão de cargos intermediários de chefia dobrou entre 1990-1991 e 1993-1994 para 26%. Nem os técnicos produtivos, mais qualificados, também estão seguros no trabalho. Capelli et al (1997) assinala que entre 1989-1991 houve uma primeira recessão, na qual foram demitidos mais trabalhadores técnicos do que trabalhadores da produção. Mendoff (1993) assinala que a dispensa de graduados nas universidades foi 18% maior nos anos de 1990-1991 do que no período de 1982 –1983. Além disso, a manufatura, no começo dos anos 80 foi responsável por 49% das demissões. Esse quadro caiu para 34,5%, no fim da década.

Essa insegurança foi demonstrada por Yankelovich (1993) que constatou que 66% dos trabalhadores investigados consideravam que a segurança no trabalho tinha diminuído nos últimos 2 anos. Além disso, 53% consideravam que o declínio da segurança do emprego era permanente, e 17% , que poderiam ser os próximos a serem demitidos.

O desemprego aumentou, a partir dos anos 90, na maioria dos países da América Latina e a taxa média regional subiu de 7,3%, em 1997, para 7,9%, em 1998, sendo que a situação da Colômbia e do Brasil tem seguido aumentando numa perspectiva de taxa de 9,5% no ano de 1999. O desemprego tende a ser maior entre as mulheres, jovens e pessoas de menores salários (CEPAL 1998). As estatísticas brasileiras se assemelham aos dados organizados pela CEPAL, que apontam para uma tendência ao aumento do desemprego nos anos 99 (3,4 % em 1989, 7,6 % em 1998). Porém, o perfil brasileiro de desemprego muda em relação aos outros países da América Latina, principalmente nos aspectos de gênero, idade e qualificação. Mattoso (1999), ao analisar as taxas de desemprego brasileiras entre 1989-1998, assinala que este cresceu relativamente, entre os homens de mais de 40 anos, casados e com maior escolaridade. O tempo de desemprego médio brasileiro passou de cerca de 15 semanas, em 1989, para 36 semanas, em 1998, e alcançando 40 semanas nos primeiros meses de 1999 .

A precarização das condições e as relações de trabalho são assinaladas nas pesquisas do IBGE, onde mais de 50% dos ocupados brasileiros das grandes cidades estão vinculados a algum tipo de informalidade laboral. Mattoso (1999) destaca que três em cada cinco brasileiros ativos, nas grandes cidades, estão ou desempregados (um em cinco) ou na informalidade (dois em cada cinco).

Reestruturação Produtiva, Intensificação do Trabalho e Processo Saúde-Enfermidade-Trabalho.

A reestruturação produtiva, a intensificação do trabalho, o aumento da exploração determinam um novo momento do processo saúde-enfermidade-trabalho.

O processo saúde - enfermidade - trabalho não é um momento estável, que, uma vez conseguido, possa ser mantido. Antes de tudo é um processo que muda constantemente, é algo que o indivíduo conquista através de uma série de interações e adaptações da realidade, do mundo do trabalho e de acordo com o momento reprodutivo. Laurel (1983,1987) propôs a exploração do nexos biopsíquico humano, histórica e socialmente determinado, onde a interação e a complexidade biológica se manifestam ou não em adaptação, que é entendida, pela autora, como a capacidade de o corpo do trabalhador responder, com plasticidade, diante de condições específicas de trabalho e de vida. Assim, mudanças nos processos corporais e subjetivos se expressam em formas biológicas ou psíquicas de sofrimento, patologias ou em integridade corporal. Os processos de adaptação ou de sofrimento se dão em indivíduos particulares; porém, as condições que os produzem são sociais, pois emergem de modos específicos e históricos de como a produção está organizada.

A revisão bibliográfica realizada buscou mostrar as estatísticas de morbi-mortalidade ligadas ao trabalho, ou seja, acidentes e doenças ocupacionais, para estudar dentro da problemática atual de trabalho, determinada por um novo momento da acumulação capitalista em que vivemos.

Os indicadores americanos retratam a realidade do mundo laboral no país hegemônico do capitalismo global. O estudo comparativo com a América Latina e o Brasil tentou mostrar as repercussões na saúde, a partir dessa constatação de dependência e subordinação do chamado capitalismo globalizado.

Os indicadores de acidente de trabalho e de doenças ocupacionais são instrumentos de vigilância epidemiológica, de diagnóstico e de gestão na Saúde Pública que possibilitam aproximações com a realidade de ausência de saúde em relação ao trabalho. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), em um ano, 120 milhões de pessoas sofrem acidentes de trabalho e 200 mil morrem em sua decorrência, em todo o mundo. A cada três minutos, um trabalhador morre por acidente de trabalho e quatro sofrem lesões.

No estudo das estatísticas norte-americanas sobre saúde no trabalho, observa-se que o número de acidentes encontra-se em descenso, mas o de doenças ocupacionais triplicou²³. De acordo com estudos recentes, os acidentes de trabalho têm, como sua causa principal, o cansaço (estafa) e as doenças ocupacionais mais presentes são as LER/DORT. (Capelli, et al 1997).

Nos últimos anos tem-se observado um aumento das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares relacionados com o Trabalho - LER/DORT (HCFMUSP, 1998). O crescimento das

mesmas e sua detecção em âmbito mundial já as transformaram em reconhecido problema de Saúde Pública.

Algumas tarefas urgentes

Para concluir, é necessário fazer uma revisão breve de algumas das tarefas mais urgentes. A primordial, talvez a primeira na ordem lógica é fortalecer as articulações entre trabalhadores, sociedade civil, universidades, pesquisadores e Estado para retornar à reflexão sobre o caráter coletivo da Saúde Pública e, assim, implementar políticas multidisciplinares para a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas patologias.

Algumas constatações devem ser levadas em conta nessas discussões (Minayo, 1995) :

- As articulações das condições de vida, condições de produção e reprodução na configuração da causalidade aos agravos à saúde.
- Apesar de grave, o quadro de morbimortalidade em nosso País existe um espaço de possibilidades de intervenções técnicas, sociais e educativas.
- Existe urgência de estreitar laços entre a clínica, os serviços especializados e os grupos de pesquisa, de forma a auxiliar o avanço do conhecimento e o aprimoramento da assistência e promoção da saúde.
- A Saúde Coletiva depende, fundamentalmente das mudanças sociais, combinadas com mudanças subjetivas que atinjam modos de vida.
- É prioritário repensar marcos tradicionais visando à criação de um campo interdisciplinar de intervenção.

Referências Bibliográficas:

- AMERICAN MANAGEMENT ASSOCIATION – AMA. *Survey on downsizing*. New York, 1993.
- ARAUJO, J. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe epidemiológico do SUS, MS/CENEPI/FNS*, ano1,1992.
- ARRIAGADA, I. Contexto macrosociales y cambios laborales y familiares en America Latina. In: CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, 22, 1999, Chile. *Anais*. Chile, 1999.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: CEBES-HUCITEC,1983
- BERNAL-MEZA, R. Los procesos de globalización perspectivas y riesgos para America Latina. In: STIFTUNG, Konrad. *Contribuciones*. [s.l.]: [s.n.], 1998. p. 117-156.
- BOYER, R "As palavras e as realidades". In: CORDELLIER, S. (Org.). *A globalização para lá dos mitos*. Lisboa: Bizâmicos, 1998.
- BREILH, J. Eficácia del poder, retroceso del derecho y degradación del trabajo: el escenario regresivo de la salud laboral en America Latina. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1999, Brasília. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

- CAPELLI, P. et al. *Change at work*. New York: Oxford University, 1997.
- CASTELLS, M. *La era de la información: economía, sociedad y cultura el poder de la identidad*. Madrid: Alianza, 1998. v.2.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE - (CEPAL). *Panorama social de America Latina, LC/G 1982*. Chile, 1998.
- . *Panorama social de America Latina, LC/G 2050*. Chile, 1999.
- CORIAT, B. *Science, technique et capital*. Paris: Seuil, 1976.
- COUTINHO, L. *A terceira revolução industrial e tecnológica: as grandes tendências de mudança*. Campinas: Unicamp, 1992.
- FERRER, A. Hechos y ficciones de la globalización. In: SELA. Caracas, 1998. p.157-173.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (OIT-HCFMUSP); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP-SES); Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS-CAMPINAS). *Lesões de Esforços Repetitivos/Distúrbio Osteomusculares relacionados ao trabalho: difusão de conhecimento e capacitação de recursos humanos do SUS*. São Paulo, 1998.
- IANNI, O. Globalização: novo paradigma das Ciências Sociais. In: ODORNO, S. A Sociologia entre a modernidade e a contemporaneidade. *Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1993.
- LAURELL, A. A saúde doença como processo social. In: *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- . *Boletim da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO*. 1987. Entrevista concedida a Marcília Machado Farias.
- MARQUES, M. Características da notificação de acidentes de trabalho em uma fábrica da grande Porto Alegre, Porto Alegre, 1993. *Monografia de especialização em Medicina do Trabalho*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MATTOSO, J. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: *O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século*. São Paulo: Página Aberta, 1999.
- MELLO, C G *A medicina e a realidade brasileira* Rio de Janeiro, Edições Aciame 1983
- MENDES, J. O verso e anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho. São Paulo, 1999. *Tese de Doutorado em Serviço Social*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MENDOFF, J. *Middle-aged and out of work: growing unemployment due to job loss among middle aged americans*. Washington, DC: National Study Center, 1993.
- MINAYO, M. C. *Os Muitos Brasis Saúde e População na década 80*. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995.
- OLIVEIRA, P.; MENDES, J. Medicina do Trabalho: desafios da integridade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S. (Org.). *Medicina básica do trabalho*. Curitiba: Gênese, 1996. v. 4.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. *D`Alma –Ata a l`na 2000* Genebra, 1990.
- . *Relatório Final de Conferência Internacional*. Genebra, 1995.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Anuário de estatísticas del trabajo*. Genebra, 1994.

- PETRELLA, R. Globalização e internalização: a dinâmica da emergente ordem mundial. In: BOYER; DRACHE.
Estados contra mercados: os limites da globalização. Lisboa: Instituto Piage, 1996.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*, São Paulo, Hucitec, 1989.
- WYATT COMPANY. *Measuring change in the attitudes of the american workforce.* New York, 1995.
- YANKELOVICH, D. How changes in the economy are reshaping american value. In: HENRY. et al. (Ed.).
Values and Public Policy. Washington, DC: Brooking Institution, 1993.

Psicologia, trabalho e políticas públicas

Anita Guazzelli Bernardes¹⁰⁶

A discussão a que se propõe este texto tem como fio condutor a Psicologia, a partir da relação que esta começa a estabelecer com o trabalhador e as políticas públicas. O trabalhador nem tampouco as políticas públicas são campos de intervenção novos para a Psicologia, entretanto, alinhar os dois emerge da necessidade que se cria na atualidade de a Psicologia inventar novos espaços, bem como diferentes modalidades de intervenção. Ou seja, é nesse espaço e tempo histórico que o trabalhador objetiva-se pela Psicologia através de proposições das políticas públicas.

O trabalhador é objeto da Psicologia de longa data, logicamente, isso não quer dizer que se objetivou sempre do mesmo modo através dos tempos. Ele assume diferentes figuras de acordo com o solo epistemológico do qual torna-se acontecimento. Neste sentido, é importante ter-se claro de que modo o trabalhador fala e é falado pela Psicologia, para se compreender que possibilidades de intervenção estaríamos enunciando.

Uma Psicologia que se alicerça nas bases do que propõe a modernidade constitui um sujeito trabalhador como indivíduo, como mão-de-obra ou mesmo como uma reprodução das relações assimétricas produzidas socialmente. É um sujeito que através da Psicologia poderia adequar-se ao trabalho ou mesmo emancipar-se das relações de dominação que aprisionam-no e lhe causam sofrimento psíquico. O que está em questão, tanto em um modo quanto no outro, é a perspectiva de um sujeito uno, soberano, capaz de se desprender, via bem-estar e consciência, daquilo que lhe oprime, que lhe reprime como trabalhador, ou seja, um sujeito trabalhador constituído no projeto da modernidade. O que se quer pontuar aqui é que esta psicologia ancora-se em uma filosofia do sujeito, filosofia na qual as práticas sociais, políticas, econômicas, culturais derivam do sujeito, de um sujeito construtor da história.

Por conta disso, o trabalhador é perspectivado na ordem do privado, mesmo que muitas das ações em Psicologia se proponham a intervenções coletivas, sejam elas através de grupos, de treinamentos, de qualificações, de aperfeiçoamentos etc., acabam individualizando-o ou mesmo ligando-o a uma determinada identidade. São práticas que, por exemplo, entendem os sintomas¹⁰⁷ do sujeito no trabalho como oriundos de uma desordem interna produzida na relação com o trabalho. Criam-se assim hermenêuticas do sujeito, pelas quais se chegaria a uma verdade última, aquela que subjaz no interior do

¹⁰⁶ Psicóloga, mestre em Psicologia Social e da Personalidade pelo Programa de Pós-graduação da PUCRS.

¹⁰⁷ Sintomas aqui referem-se a toda gama de sinalizadores corporais de algum tipo de desgaste físico ou "mental" sofrido no trabalho, são as tidas doenças ocupacionais (LER, estresse, depressão, dependência de substâncias, acidentes etc.).

sujeito ou da sociedade, mas que pela via de uma clarificação, de uma escavação até as profundezas do ser ou da sociedade, o sujeito se libertaria daquilo que o aprisiona. Não se quer dizer com isso que essa concepção de sujeito não tenha êxito, é justamente por ter, que ela se torna corrente na Psicologia, haja vista a gama de prescrições ao trabalhador para livrar-se do sofrimento, a demanda por psicólogos nas organizações de trabalho, em especial na administração dos recursos humanos.

A Psicologia, assim sendo, assume um poder de gerir a vida do trabalhador, não como um poder que se apropria do poder do outro, mas um poder que vai investir no corpo, na vida do trabalhador, ou como diria Foucault (1999), “a era de um bio-poder”. São práticas políticas que se ocupam dos fenômenos do trabalho pela administração dos corpos e da gestão calculista da vida, tornando o trabalhador privatizado, esquadrinhado, amarrado a categorias identitárias. É uma Psicologia que poderíamos chamar de ortopédica, que circula no espaço de adequação do sujeito ao trabalho ou do trabalho ao sujeito. Essas relações que se estabelecem nas organizações de trabalho, as formas de comportamento, o sistema de normas, de técnicas, de classificação e caracterização não definem a constituição interna do trabalhador, mas é o que lhe permite aparecer, é o que lhe permite ser colocado em um campo de exterioridade, não no sentido público, mas no sentido de ao ser tomado como objeto, a sua vida ser positivamente investida pelas práticas, tornando-se um fenômeno de conjunto tratado individualmente.

A importância desta discussão prévia reside no fato de se compreender as diferenças entre o que foi apontado acima e o que é proposto a seguir. Portanto, é preciso ter claro, quando adentramos em um campo de intervenção da Psicologia, por exemplo, trabalho e políticas públicas, de que solo epistemológico estamos falando e que saberes são produzidos a partir disso.

Em primeiro lugar, é relevante destacar que as políticas públicas não se constroem à margem do que é concebido como biopoder, elas são, antes de tudo, biopolíticas. Isso não inviabiliza a possibilidade de a Psicologia se ocupar desse campo, porém devem-se ter presentes algumas questões para não se cair em um projeto da modernidade que gere a vida calculadamente, bem como a crença de que a Psicologia estaria à margem dos jogos de força, das biopolíticas. As políticas públicas são tidas aqui como formas de biopoder, visto que são práticas que se voltam para os fenômenos da população, são práticas que se orientam na direção dos fenômenos próprios a um conjunto de indivíduos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raça, educação, habitação etc. além disso, inserir-se nesse campo das políticas públicas tampouco serve à Psicologia para descolar-se de seu estatuto de privacidade, se por ventura suas ações continuarem calcadas em sujeitos individuais (mesmo que tomados pelo público) ou em uma subjetividade transcendental, soberana, para tanto, deve antes

reconhecer no seu campo de ação, nas diferentes formas da subjetividade de que fala, os efeitos próprios do campo enunciativo¹⁰⁸, das relações entre campos de saber e tipos de normatividade.

Explica-se melhor: para que as políticas públicas tornem-se objeto da Psicologia de um modo diferente, essa deve tecer-se através de linhas que ao invés de derivarem às práticas dos sujeitos que as constroem, deve antes derivar os sujeitos das práticas que os constroem. Ou seja, voltando ao tema deste texto, não é pensar o trabalhador e a partir disso as práticas que daí originam-se, ao contrário, é pensar nas práticas que constituem os trabalhadores, por exemplo nas que dizem respeito às políticas públicas. É uma filosofia das práticas e não do sujeito, entendendo com isso não um abandono do sujeito, mas compreendendo que sujeito aqui é um modo de sujeitar-se a uma determinada forma, que pode ser ocupada por qualquer indivíduo, de acordo com a maneira como se posiciona em uma rede discursiva, de acordo com o modo como experimenta determinadas práticas, tornando-se sujeito das mesmas. Aqui experimentar exprime-se como a correlação entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetivação.

Antes de qualquer coisa é preciso desconstruir a dicotomia que se estabelece no campo da Psicologia entre o público e o privado. É desfazer essa linha divisória em que haveria um espaço especificamente público e outro privado, ao entender-se por privado aquilo que se refere ao íntimo, ao interior, ao fechado, enquanto que por público, aquilo que se refere ao coletivo, ao político. Essas duas instâncias atravessam-se mutuamente, transversalizam-se, construindo espaços que não são nem mais o primeiro (privado) nem mais o segundo (público), mas hibridizações, um “entre-lugares” ou um “terceiro espaço”. Esses dois termos – “entre-lugares”, “terceiro espaço” – são cunhados por Bhabha quando expõe que “todas as formas de cultura estão continuamente em processo de hibridização (...) que permite a outras posições emergir” (1996, p. 36), nega-se um suposto essencialismo de formas imóveis, intactas e fechadas em si mesmas. Lançar-se nessa concepção é romper, por exemplo, com práticas que ou tratam da relação do sujeito com o trabalho, ou do trabalho com o sujeito, visto que o sujeito se constitui no “entre-lugares”. Voltar-se para uma esfera supostamente do privado e constituí-lo como solo de intervenção é destituir um indivíduo de coisas essenciais à vida humana, é privá-lo do outro, não se dando a conhecer, portanto não existindo. O contrário disso, tomar exclusivamente a esfera pública, é equalizar o indivíduo, é homogeneizá-lo como “um fenômeno de população”.

Pensar, então, na viabilidade da Psicologia nas políticas públicas é tentar desprender-se das armadilhas dessas diferenças entre público e privado, que produzem determinados modos de subjetivação que acabam por controlar a vida e não por afirmá-la, ou como escreve Deleuze (1992) “se o homem foi uma maneira de aprisionar a vida, não será necessário que, sob uma outra forma, a vida se libere no próprio homem?” (p.114). O caminho que autores como Foucault, Nietzsche, Deleuze entre

¹⁰⁸ Campo enunciativo refere-se ao conceito de discurso propugnado por Foucault (2000), pelo qual depreende-se a idéia do discurso como prática que forma constantemente os objetos dos quais fala. A problematização se dá não em termos do que é o “real” por exemplo, mas do modo como se fala o que é o “real”.

outros oferecem à Psicologia quando utilizados como intercessores, é ocupar-se dos processos de subjetivação, como uma forma de construção de modos de existência, de novas possibilidades e estilos de vida.

Esse operador teórico possibilita uma analítica do trabalhador, a partir do modo como se constitui uma experiência tal que indivíduos são levados a se reconhecerem como trabalhadores, quer dizer, “é a experiência que é a racionalização de um processo, ele próprio provisório, que termina num sujeito ou em vários sujeitos. Chamarei de subjetivação o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais exatamente de uma subjetividade, que evidentemente é uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si” (Foucault, 1984, p. 137).

Relacionar aqui as políticas públicas com o trabalhador é fazê-lo através dos processos de subjetivação, do modo como um indivíduo se reconhece e se observa em um determinado lugar de saber, mesmo que provisório. Trata-se, portanto, não de atomizar o sujeito no trabalho, através de técnicas de controle da vida, nem tampouco de tomá-lo como vítima de uma superestrutura, pela qual o trabalho é sempre sinônimo de sofrimento psíquico e de reprodução social.

A relação que o indivíduo estabelece consigo, no sentido de observar-se, de perceber-se através de “técnicas da vida”, não permanece em uma zona reservada e preservada, independente de todo um sistema institucional e social, essa relação consigo reintegra-se nos sistemas dos quais começou a derivar. Dito de outro modo, reconhecer-se como trabalhador, estabelecendo para tanto uma relação consigo mesmo, não priva o mesmo do próprio sistema do qual deriva como trabalhador. O trabalhador é sim efeito¹⁰⁹ do trabalho. Ao afirmar isso não se está determinando que o trabalho é produtor de sofrimento psíquico, também não se está negando que isso aconteça, porém o modo como sofrimento e trabalho são problematizados é que é diferente.

Se entendermos que o trabalho produz subjetividades, reflete-se sobre a possibilidade, então, que esse possa figurar como uma das condições de existência, como uma condição humana, porque engendra encontro produtor de subjetividades, porque corresponde ao artificialismo da existência humana que diz respeito à capacidade de criação, de modos de ser e de se pensar, de ser visto e ouvido por outros, ligando-se ou separando-se, mediante um mundo comum de coisas. Pode sim o trabalho ser aniquilador de vida, como pode também ser afirmador de vida, a dependência de uma outra forma reside nas redes que são tecidas, reside na efetuação de formas de resistência que não se deixam interpelar por redes que atomizam ou que equalizam, porque a vida mesmo está sempre escapando como bem pontua Foucault (1999):

¹⁰⁹ Efeito aqui não é utilizado como em uma perspectiva causalística de causa-efeito, é usado no sentido dado por Foucault: de uma ação que não age diretamente sobre o outro e sim sobre outras ações possíveis.

“Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades” (p.136).

O que se engendra com isso é a compreensão do trabalho como dispositivo¹¹⁰, no sentido foucaultiano do termo, especificamente o trabalho na saúde mental, como campo de análise e problematização com as políticas públicas. Como dispositivo, o trabalho na saúde mental envolve máquinas de visibilidade e enunciações, de lutas incessantes pela imposição de sentido que não se dualizam mas que se multiplicam e da invenção de modos de existir. Ao se propor o trabalho na saúde mental como um dispositivo, abre-se espaço para a discussão do porquê o trabalhador da saúde mental pode ser objeto das políticas públicas e por conta disso de uma Psicologia que se debruce sobre elas.

O trabalhador da saúde mental passa a figurar no campo das políticas públicas no momento em que se tece um conjunto de elementos que vão se ocupar dele. Isso pode ser observado, por exemplo, na Lei 9716, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e institui que todo o estabelecimento de saúde mental deve construir um serviço de atenção integral à saúde do trabalhador, além de cursos de qualificação e aperfeiçoamento que visem à preparação do trabalhador para as novas políticas de saúde mental. O trabalhador passa a ser foco de investimento das políticas públicas por ser compreendido como uma questão de saúde pública, não somente no sentido de integrar-se à rede pública de saúde, mas também por constituir-se como um fenômeno próprio das políticas públicas, ou seja, a saúde do trabalhador passa a ser uma questão de ordem pública.

Não se quer entrar aqui em um debate do que é bom ou ruim para o trabalhador, pois cair-se-ia facilmente em uma armadilha prescritiva, dietética, quando justamente deseja-se romper com modelos que estabelecem previamente o que é da ordem do verdadeiro e do falso, do que serve e do que não serve, também não se quer com isso cair em um relativismo extremado em que tudo pode. É tomar sim, a vida, como critério último de julgamento, tomar a vida como criadora de valores, como criadora de formas de ser.

Trata-se de entender que na medida em que a saúde mental objetiva, através de políticas públicas, um trabalhador de saúde mental, quer dizer, a saúde mental é condição de possibilidade para a

¹¹⁰ Por dispositivo Foucault (1995) queria dizer “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas. Em suma, o dito e não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (p. 244).

emergência do trabalhador da saúde mental, ela mesma torna-se o vetor de subjetivação do trabalhador, incluindo aí, e isso é importante se salientar, os pontos de resistência. Os processos de subjetivação tecidos pela saúde mental quando analisados em relação às políticas públicas que se ocupam do trabalho e do trabalhador da rede pública, forjam modos de o trabalhador relacionar-se consigo mesmo na medida em que esse dobra o saber engendrado nesta rede e recurva o poder, fazendo com que a força afete a si mesmo, tornando-o um trabalhador da saúde mental que modifica a maneira como volta-se para o usuário dos sistemas de saúde mental e como volta-se para si mesmo.

Salientei a relevância dos pontos de resistência ao deprender que estes não são um lugar da “grande recusa”, são sim gerados na própria rede de forma transitória e móvel, que, no entanto, produz porosidade, produz diferença, como um encetamento de novas formas de vida, “Haverá sempre uma relação consigo que resiste aos códigos e aos poderes; essa relação é, inclusive, uma das origens desses pontos de resistência” (Deleuze, 1988, p.111). esses movimentos se dão porque os processos de subjetivação se efetivam no nível da vida, no nível da vontade de potência como diria Nietzsche, o trabalhador da saúde mental se constitui como tal pelas “técnicas da vida” e não mais pelo interdito, pela lei, pela negação.

É pertinente apontar que a relação que escapa aos códigos e às forças não diz respeito a uma essência do sujeito, mas refere-se às “técnicas de vida”, pelas quais o sujeito torna-se objeto de si mesmo e que estão sempre por renascer em lugares e formas diferentes. Isso não quer dizer que se alcançaria uma liberdade total, mas que existe um movimento perene de tentativas de libertação.

A Psicologia, em parceria com as políticas públicas na saúde mental, faz com que as vidas infames dos trabalhadores da rede pública de saúde sejam iluminadas por um feixe de luz nos momentos em que essas existências confrontam-se com o poder, fazendo-os ver e falar. Os trabalhadores da rede pública de saúde mental eram vidas infames quando pensados em relação ao seu esquecimento, à sua insignificância, à simplicidade e obscuridade que lhes marcava a vida. Vidas sem glória ou mesmo notoriedade frente ao sistema do qual faziam parte, iluminados apenas quando cometiam faltas, infrações, desvios, aparecendo, então, apenas em livros de registros, em cartas de advertências e punições. Essas vidas simples que são tomadas pelas políticas públicas em saúde mental tronam-se focos de investimentos que as transformam em trabalhadores pela relação que estabelecem consigo mesmos. São atravessados pelas estratégias políticas que os inclui como categoria de trabalhadores ao profissionalizá-los, ao qualificá-los para as novas políticas de saúde mental.

Para que as novas políticas públicas de saúde mental efetuem-se, é necessário que interpelem sujeitos, aperfeiçoem seus corpos e produzam trabalhadores da saúde mental. Contra esse poder, como já foi dito, as forças que resistem apóiam-se precisamente naquilo que ele investe: na vida, só que a vida no que diz respeito à saúde e à saúde mental do trabalhador. Neste sentido, as doenças ocupacionais são apreendidas como pontos de resistência, como porosidades pelas quais os trabalhadores não se

deixam atravessar, mesmo que isso implique a saúde do próprio corpo. Não é fazer uma apologia às doenças ocupacionais, é antes de tudo entendê-las como um dos modos de a vida escapar, pois “nunca sobra nada para o sujeito, pois, a cada vez, ele está por se fazer, como um foco de resistência, segundo a orientação das dobras que subjetivam o saber e recurvam o poder” (Deleuze, 1988, p. 113). O não sobra nada para o sujeito não tem uma conotação negativa, visto que se apóia na idéia de um sujeito que está sempre por se fazer, que não está fixo a uma identidade. Os pontos de resistência são os que lhe permitem estar sempre por se fazer, arriscando-se a se juntar aos códigos e regras e a eles se desdobrando, mas também não sem antes que outras dobraduras também se façam, subjetivando-o de outros modos.

Neste sentido, percorre-se um caminho segundo a orientação de um conjunto de regras facultativas, regras que avaliam o que se faz, o que se diz, mas em função dos modos de ser que isso implica. É uma perspectiva ética, estética e política que vem de encontro à orientação segundo um conjunto de regras coercitivas, que julgam ações e intenções de acordo com valores transcendentais, ou seja, o que diz respeito à moral. Tomar o trabalhador da saúde mental como um modo de subjetivação é apropriar-se não de uma determinada identidade, mas de um conjunto de regras facultativas que são criadoras de valores que não têm um ponto de origem, uma alavanca, pois seria um modo de aprisionar, de estabelecer o que é da ordem do verdadeiro e do falso, daquilo que se é e daquilo que não se é. É voltar-se para o trabalhador como uma composição criada em um determinado domínio e que por ser uma invenção pode, a qualquer momento, deixar de ser, segundo as dobras que subjetivam o saber e recurvam o poder. Assim, toma-se como essencial a criação de intercessores ao pensar-se sobre as possibilidades de intervenção da psicologia, ou seja, da potencialização de novos agenciamentos que desestabilizem, mas que ao mesmo tempo produzam vida. O que se quer dizer com isso deriva da idéia de o trabalhador da saúde mental ser afetado e afetar de diferentes maneiras, pelo qual experimenta a si mesmo em um jogo de verdades que, ao mesmo tempo em que o aprisiona a regras, normas e códigos, também possibilita experimentar critérios de estilo em que se criam novos valores.

Os trabalhadores da saúde mental, especificamente aqueles que são tidos como os menos “qualificados” e, portanto, necessitando de investimentos que os profissionalizem para tornarem-se parte dos propugnadores das reformas políticas na saúde mental, não implica somente recair sobre seus corpos e criar marcadores identitários pelos quais eles serão vistos e falados como tais, mas de inseri-los na onda, no movimento de modo a também inventarem possibilidades, estilos, a comporem as redes de serviços substitutivos, não como aqueles que apenas operam o que se determina, mas como aqueles que também serão intercessores, criadores de valores. Inseridos nos processos de transformação em uma perspectiva de transdisciplinaridade que não diz respeito apenas às “disciplinas”, tais como a Psicologia, o Serviço Social, a Psiquiatria, a Enfermagem, as Engenharias, mas que diz respeito a modos de existencialização, que se atravessam transversalmente. Parecem óbvias estas palavras, entretanto

facilmente cai-se em armadilhas institucionais, em que o trabalhador de ponta, que opera o que os “especialistas” determinam, são tomados como uma categoria, formando um grupo que será tido como uma identidade e todos os investimentos sobre eles são feitos de modo a excluí-los, pois necessitam antes se profissionalizarem. Formar grupos¹¹¹ e estabelecê-los como tais, é demarcar as linhas divisórias entre uma categoria e outra, é marcar identidades, quando as invenções do processo da Reforma Psiquiátrica oferecem possibilidades de pensarmos, se entendermos por pensar um modo de experimentar a transversalidade de saberes e a criação de novos modos de existência, justamente pelos movimentos de migração entre campos distintos que vão tecendo novos campos, novos valores, novas subjetivações.

Para finalizar, é tomar regras facultativas e a vida como vontade de potência como os critérios de avaliação e intervenção, atentando-se para aquilo que aniquila a vida e objetivando aquilo por onde a vida escapa, escorre, como sugere Marton (1993):

“Fazer qualquer apreciação passar pelo crivo da vida equivale a perguntar se ela contribui para favorecê-la ou obstruí-la; submeter idéias ou atitudes ao exame genealógico é o mesmo que inquirir se são signos de plenitude da vida ou da sua degeneração; avaliar uma avaliação, enfim, significa questionar se é sintoma de vida ascendente ou declinante” (p.62).

Referências Bibliográficas

- Bhabha, Hommi. O terceiro espaço. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*. N.24, 1996.
- Deleuze, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.
- Deleuze, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- Foucault, Michel. O retorno da moral. In: ESCOBAR, Carlos Henrique. O dossier: últimas entrevistas. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1984.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- _____. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- Marton, Scarlett. *Nietzsche: a transvaloração dos valores*. São Paulo: Moderna, 1993.

¹¹¹ Falar em grupo não é fazer uma crítica à clínica dos grupos, pelo contrário, a crítica é feita em relação à formação de grupos identitários, que são compostos pelo que os marca como uma determinada categoria, por exemplo, grupo dos auxiliares administrativos, grupo de gestantes, grupos dos deprimidos e assim por diante.

O Redutor de Danos como um agente social. Uma possibilidade de inclusão?

Luísa Regina Pericolo Erwig

Atualmente, ao falarmos em Redução de Danos (RD), ainda encontramos muito desconhecimento e falta de informação. Apesar de ser uma estratégia praticada em várias partes do mundo, desde a década de 80, hoje podemos dizer que os progressos no Brasil ainda são insuficientes. Hoje contamos com aproximadamente 120¹¹² projetos espalhados por todo o Brasil, mas na maioria das ações, o objetivo principal gira em torno da distribuição de aparelhos descartáveis (seringas) entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). O programa de troca de seringas ou **PTS** como é mais conhecido é uma das alternativas da Redução de Danos para diminuir o índice de infecções e contaminações entre os UDIs, assim como negociar com os mesmos, algumas noções de saúde básica e informações sobre o uso de drogas. Cabe aqui ressaltar que a estratégia de Redução de Danos, principalmente com o programa de troca de seringas (PTS) foi um movimento que surgiu com abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente. Os usuários de drogas (UD) foram se organizando e negociando com as autoridades mudanças na política das drogas, permitindo assim a troca legal de seringas, a fim de reduzir o risco de infecção da hepatite e do HIV. Um outro ponto importante é que estratégias de Redução de Danos também se aplicam ao uso de drogas legais, incluindo o tabaco e o álcool.

A década de 70 foi uma época de mudanças nas políticas de drogas, em resposta ao aumento dos problemas com drogas no final dos anos 60. Ao longo da década de 70 foram ocorrendo mudanças nas políticas tradicionais de repressão às drogas. Nos países Baixos, distinguem-se, por exemplo, as drogas de “risco inaceitável” (heroína, cocaína, anfetaminas, LSD) e drogas de menor risco, como a maconha e o haxixe (van de Wijngaart, 1991 in Marlatt, 1999). O termo “redução de danos”, propriamente dito, só foi introduzido em 1981, em uma publicação da Secretaria de estado para a Proteção da Saúde e do Meio Ambiente. Englesman(1989) descreve esta tendência:

“...nos anos 80 surgiu uma nova filosofia de tratamento...Cada vez mais o governo incentivava formas de auxílio, cujo principal objetivo não era eliminar o comportamento adictivo como tal, e sim melhorar o bem-estar físico e social dos viciados e ajudá-los a atuar socialmente. Nesta fase, a incapacidade (temporária) do viciado em abandonar o uso de

¹¹² Este número deve ter aumentado devido à aprovação de muitos projetos nos últimos dois meses.

drogas estava sendo aceita como um fato. Esse tipo de assistência pode ser definido como redução de danos ou, em termos mais tradicionais, prevenção secundária e terciária..Isso toma a forma de trabalho de campo nas ruas, em hospitais e prisões; centros de livre circulação para prostitutas; fornecimento de metadona prescrita como droga substituta; apoio material e oportunidades de reabilitação social. (p.216)

Novas experiências surgiram por volta dos anos 80 em Amsterdã, na Holanda. A participação dos usuários de movimentos, mais politizados, levou ao desenvolvimento do primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã em 1984. Os usuários de drogas injetáveis, preocupados com a infecção de hepatite se organizaram e pressionaram as autoridades para o fornecimento de equipamento esterilizado para o uso de drogas.

No Brasil, a estratégia de Redução de Danos surge por volta de 1989, em Santos. Mas por força de uma interpretação conservadora da lei (Lei 6368) que é anterior à epidemia da Aids e por questões políticas, teve seu início adiado. Hoje, São Paulo já conta com uma Lei Estadual específica para a troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis, assim como Rio Grande do Sul e Santa Catarina, dentre outros Estados, garantindo melhores condições de trabalho para os redutores, assim como a diminuição de problemas entre as autoridades policiais e os redutores, no que concerne ao trabalho de troca de seringas¹¹³.

Marlatt (1999) mostra como a Redução de Danos está baseada nos princípios do pragmatismo empático versus o idealismo moralista. Por ser uma abordagem prática, a RD aceita que fatos desagradáveis e comportamentos prejudiciais aconteçam e, uma vez aceita esta premissa, a meta torna-se o pragmatismo empático. “*O que se pode fazer para reduzir o dano e o sofrimento tanto para o indivíduo quanto para sociedade? – O pragmatismo não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável, apenas vai preocupar-se com o manejo das questões cotidianas e práticas...*”

O contraste desta situação é o idealismo moralista, que associado à política de drogas visa em suas campanhas e políticas, uma sociedade livre de drogas. A RD aceita o fato de que algumas pessoas têm um uso contínuo de drogas e continuarão a fazê-lo, assim como pessoas terão comportamentos sexuais de alto risco. (Marlatt, 1999 –p.51)

As estratégias de RD procuram promover o acesso a conceitos alternativos para a saúde. Em vez de estabelecer a abstinência como pré-requisito de alta exigência para receber o tratamento de saúde específico, ou outro tipo de assistência, o movimento de RD tenta reduzir os obstáculos, fazendo com que a rede de UD's tenha mais facilidade para envolver-se. Os programas de baixa exigência fazem isto de diversas formas: estendendo a mão e formando parcerias e cooperação com a população alvo no

¹¹³ Este trabalho consiste no recolhimento de aparelhos usados, e a distribuição de aparelhos descartáveis; assim como a distribuição de preservativos.

desenvolvimento de novos programas e serviços; reduzindo o estigma associado à busca de ajuda a esses tipos de problemas; e oferecendo um enfoque integrador e normatizado ao uso de substâncias e práticas sexuais de risco (Marlatt,1999)

Acredito que a Redução de Danos seja de extrema relevância no aspecto da prevenção, da educação para a saúde, e ainda ir mais além, ou seja, apontar o aspecto político, mais especificamente nas políticas de saúde pública, sendo a Redução de Danos uma prática que proporciona ao usuário de drogas uma forma de inserção social, que gradativamente ele vá experienciando valores, antes distantes de sua realidade. Esta proposta pode ser o espaço legítimo para que as populações marginalizadas - neste caso, os usuários de drogas - possam trabalhar conceitos e experienciar novas situações, podendo ser devidamente reconhecidos e tornarem-se úteis para a comunidade onde vivem.

Em muitos Programas de Redução de Danos, é feita a opção de não trabalhar com usuários de drogas em atividade¹¹⁴ ou em recuperação. Realmente não é fácil administrar o pessoal na ativa¹¹⁵, mas o desafio é este, trabalhar com o inesperado, com a instabilidade que nos cerca, tanto nas questões relacionadas com o uso de drogas, como na Física, na Política. Prigodyne, Foucault, Simmel, Morin nos mostram o fim das essências, das certezas, da estabilidade. Neste contexto que inspira a modernidade tardia, a proposta da Redução de Danos como facilitador, como provocador do exercício de cidadania, tem o dever de inserir o usuário e o ex-usuário em diferentes tipos de trabalhos, para que assim seja conquistado e construído um espaço próprio.

“...o pensamento complexo não é o pensamento onisciente. Pelo contrário, é o pensamento que sabe que é sempre local, situado em um tempo e em um momento. O pensamento complexo não é um pensamento completo; pelo contrário, sabe de antemão que sempre há a incerteza (Morin in Schnitman, 1996).

Uma das formas de construir um entendimento sobre o tema das drogas é através do paradigma da complexidade, pois o discurso próprio, relativo às drogas implica a incorporação de múltiplos argumentos que acabam por se interpelarem: são argumentos químicos, neurobiológicos, psicológicos, éticos, sociológicos, históricos, culturais, jurídicos, econômicos, políticos. A demanda por uma fala, um discurso que oriente suas ações, não pode ignorar esta complexidade. Se, através do discurso da clínica, há um interesse manifesto pelo conhecimento da personalidade do sujeito dependente, normalmente é através de classificações nosológicas. Conforme descreve Acselrad (2000) *“a construção de uma prática efetivamente democrática fica, quando muito, a meio caminho. As discussões ficam restritas ao campo das disciplinas e não*

¹¹⁴ Usuário em atividade é aquele que está fazendo uso de drogas .

¹¹⁵ Ativa: estar fazendo uso de drogas.

se tornam coletivas, se realizam somente através de jogos, que excluem a maioria das pessoas e afirmam mais uma vez o privilégio de quem detém o poder do discurso da ciência.”

Estudos já demonstraram que tanto na experiência nacional como na internacional, as organizações de usuários de drogas têm prestado inestimável trabalho de assessoramento às autoridades sanitárias e educacionais, para formulação de estratégias preventivas e para o planejamento e implementação de ações educativas dirigidas a usuários de drogas. Uma das questões que é apontada como comum, “marca identitária” é assumir responsabilidades, tornar-se responsável. As propostas em RD que constroem um espaço de trabalho, para o UD, fazem com que eles possam sentir-se parte da máquina social e que podem fazer a diferença, que podem organizar a sua vida e sua dependência. (manual de Redução de Danos –Ministério da Saúde, 2001)

É comum, aos usuários de drogas, não serem bem recebidos nos locais de atendimento de saúde, muitas são as razões para que isso ocorra: seja pela impaciência, pelo estado físico, ou até mesmo por medo. Normalmente, quando o usuário de drogas procura qualquer tipo de ajuda, ele é rechaçado, é classificado antes de qualquer coisa como estranho, diferente, marginal, etc. Muitos até são possuidores de todas essas características, mas anterior a esses adjetivos vem o seu estado legítimo de cidadão, de ser humano. Nessas condições, é necessário propor mudanças, propor a ampliação das possibilidades. Aqui, neste solo agreste, o trabalho do psicólogo pode fazer a diferença, pode provocar uma ampliação no entendimento de clinicar, que vem do grego *Clinos*, que significa inclinar-se sobre o paciente; esta inclinação deve também se dar no que diz respeito aos interesses, aos sentidos e aos potenciais de nossos pacientes.

É imprescindível para o bom andamento e ampliação das estratégias de Redução de Danos, a *parceria* com redes estruturadas dos serviços de saúde, nunca descartando as parcerias com a comunidade e com os usuários. É recomendado, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, que haja dentro dos Programas de RD, mecanismos de referência e contra-referência, principalmente para os portadores de DST e do HIV e doentes de hepatite e aids; entre o PRD e os centros de tratamento do uso de drogas.

Quando existem serviços de saúde com pessoas sensibilizadas para a Redução de Danos, a acolhida e o resultado dos trabalhos mostram-se bem mais eficazes, a relação com a rede de usuários da região e a comunidade fica mais humana. Existem trabalhos¹¹⁶ que comprovam a diminuição dos problemas mais graves relacionados ao uso de drogas e sua rede social, assim como a melhor administração do uso de drogas e a prevenção de doenças, quando esta população é acessada por algum programa de Redução de Danos.

¹¹⁶ Projeto AJUDE-BRASIL. Avaliação Epidemiológica dos Usuários de drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos apoiados pela CN-DST e Aids, Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

Outras questões foram tomando corpo e gerando problematizações, como o reconhecimento do espaço do Redutor para o trabalho de usuários e ex-usuários, que é muito importante para a inserção social dessa população. Muitos problemas relacionados à violência e marginalização dos usuários de drogas dão-se pelo fato de não haver espaço de trabalho que os reconheça, ou que lhes possibilite um exercício pleno da cidadania.

Então, quem trabalha com a Redução de Danos é o Redutor. Mas afinal, *Quem é o Redutor de Danos*¹¹⁷? Esta é a pergunta que nunca cala. Após longos debates e com a experiência de trabalho que foi construída ao longo do tempo, adotou-se a denominação do *Redutor de Danos*, para todas as pessoas das mais diferentes formações, que vão a campo, se inserem nas áreas a serem trabalhadas e envolvem-se com a proposta de trabalho. Esta conceituação geral, assim como as especificações de trabalho estão bem detalhadas no Manual de Redução de Danos criado pelo Ministério da Saúde (2001).

Apesar da diversidade de inserção social dos redutores, em atuação nos PRD nacionais (profissionais de saúde, usuários de drogas, usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, trabalhadores sociais, membros da comunidade etc.) eles conseguem desenvolver atividades conjuntas no campo com eficiência. Neste sentido, existem três movimentos atualmente no país, no que diz respeito ao trabalho do redutor:

- Parte dos programas não admite usuários de drogas como redutores;
- Outra, não admite técnicos como redutores;
- Uma terceira parte, menor, trabalha com o conceito de diversificar os tipos de redutores. Nesta concepção podem-se encontrar usuários, ex-usuários, técnicos, trabalhadores sociais e pessoas da comunidade, todos trabalhando estratégias de RD.

Como todo trabalho Comunitário e Social sempre teve o papel de ser um movimento histórico e político, regido pelo sentimento de mudança e desacomodação em diferentes campos de atuação, a Redução de Danos obedece também a esta premissa. Seu objetivo básico é a valorização do homem, sendo voltado aos interesses das classes mais discriminadas, promovendo um processo dinâmico e mobilizando toda estrutura, visando assim uma transformação do social e da singularidade, em busca de novas e originais formas de subjetivação.

Existe uma grande diferença entre ciência e sabedoria. A ciência é exata demais, enquanto a sabedoria é fruto de ingredientes mesclados de saber e sabor (prazer). A metodologia do trabalho Comunitário e Social está mais para sabedoria do que para Ciência. A Ciência está impregnada de racionalidade, de tecnologias, não permitindo a entrada em cena do acaso, do caos, do elemento

¹¹⁷ Trabalho acadêmico apresentado pela autora como módulo de estágio em Psicologia Comunitária no Programa de Redução de Danos de Porto Alegre -RS

surpresa, do sonho, da utopia e da mistura de novas subjetividades. Mesmo assim, deve-se sempre ter em mente a importância da visão científica para que possamos avançar na diversidade de saberes.

Embora este movimento tenha crescido no fim dos anos 60 e início dos anos 70, quando em vários países europeus foram desenvolvidos trabalhos de rua, ainda hoje o trabalho do Redutor de Danos é confuso e discriminado. O trabalho com populações marginais, desenvolvido na rua, recebe diversas denominações: “street work” (trabalho de rua); “street-corner-street” (trabalho de esquina); “animation-jeunesse mobile” (animação móvel de jovens); “consulation de rue” (consulta na rua) e “travail de rue” (trabalho de rua). (Maurer,1992 in Reale, 1997).

Na França, ao longo das décadas de 70 e 80, o crescimento do consumo de drogas ilícitas foi fazendo com que as equipes de trabalho de rua se tornassem especializadas em **usuários de drogas**. (Girard, 1994 in Reale 1997)

O trabalho desenvolvido em 1986, com educadores de rua, em locais centrais de Paris, era composto por uma equipe que variava de voluntários ex-toxicômanos ou não, técnicos e estagiários. Ao longo da evolução do programa, ocorreu uma profissionalização do trabalho, no duplo sentido: tanto na equipe que se torna “mais profissionalizada” (tanto na sua composição, quanto na estruturação do trabalho), quanto nas ações sócio-educativas, voltadas para os usuários de drogas, que passam a ter caráter de re-inserção na sociedade (Reale,1997).

Pude acompanhar em minha experiência¹¹⁸ que, nos trabalhos em Redução de Danos, onde os usuários mantêm um vínculo estreito com os profissionais que atuam nos PRDs, há uma sensível mudança em sua subjetividade, assim como ficam mais claras novas possibilidades, novas formas de posicionamento no mundo. Esta mudança pode ser observada no apuramento da vivência dos usuários como na práxis, na experiência do psicólogo. A Redução de Danos tem o papel de provocar uma responsabilidade maior sobre nossas escolhas e atos, motivando algum tipo de melhoria em amplos aspectos de sua vida, seja no cuidado com a saúde, no exercício político ou em sua participação em algum tipo de trabalho social.

Grande parte dos trabalhos (programas, projetos, pesquisas) realizados em Redução de Danos são coordenados ou acompanhados por psicólogos. Esta é uma área de crescente interesse e de muita importância para a Psicologia. Sendo a Redução uma abordagem baseada na aceitação e na empatia, tem paralelos com outras filosofias e escolas de terapia. A RD usa uma abordagem humanitária para lidar com o sofrimento humano, assim como muitas promessas de algumas vertentes da psicologia.

É necessário somente que tenhamos o cuidado de não invadir todos os espaços, fiquemos atentos para as invasões técnicas que estão ocorrendo nos trabalhos desenvolvidos em Redução de Danos no país. Este movimento pode ser observado na própria história da ciência: inicia-se estudando o objeto de

¹¹⁸ A autora trabalhou como estagiária de Psicologia Comunitária de 1998 a 1999 no PRD de POA; foi presidente da A.REDE (Associação Gaúcha de Redutores de Danos) e presta consultoria na área de Redução de Danos.

interesse, coloca-o em lugar de destaque, acompanha-o e controla. Com esse controle, surgem sentimentos de onipotência e de superioridade, ocorre um deslocamento para o interesse maior que é o reconhecimento, o brilho. O objeto é usado para chegar em determinado destaque. Nestas condições, o observador afasta-se do seu foco de estudo e de interesse. Na área da Redução de Danos não seria diferente, digo isso, pois, muitos trabalhos que poderiam obter resultados mais eficazes, mais honestos, não o são em detrimento de estelismos pessoais, ou até mesmo por falta de vontade e disposição de trabalhar na ponta, juntamente com a comunidade e com os usuários.

A importância do trabalho da Psicologia pode ser verificada na própria história da RD no Brasil. A reflexão, os atos simbólicos envolvidos nesta temática, os discursos produzidos; todo um universo que a ciência psicológica tem muito a dizer. Um exemplo disso é quando refletimos sobre nossa percepção do fenômeno das drogas, podemos fazer um caminho inverso e tentar entender o que está interpelando este tema: a aversão às drogas e aos usuários *é queixa ou problema?*

Lembremos a distinção entre “queixa” e “problema”: Araújo (1999) descreve bem esta diferença: queixa é uma manifestação de frustração ou desagrado com determinada situação, e seu objetivo é exteriorizar este desagrado, sendo fruto de choque entre o que nos é apresentado e o de que “gostamos”. As queixas visam satisfação pessoal, são explicitadas pelo queixoso e só existem na medida em que o próprio queixoso existe. Os problemas são exteriores às pessoas que os diagnosticam, fazem parte do mundo real, e existem a despeito da existência de quem os detecta e verbaliza. Então, a pergunta: lidamos com drogas como queixa ou problema? Ou: o que há de queixa e de problema na forma de lidar com este desafio? E mais: se há problema, o é para quem? Estas perguntas devem considerar uma possível legitimidade das queixas. Neste caso, o que não deve ser tolerado são eventuais injustiças, levadas a cabo para satisfazer o queixoso.

No caso das drogas, a busca da satisfação das queixas tem mostrado facetas particularmente perversas, a ponto de algumas reações terem-se mostrado mais danosas que o próprio uso ou abuso das substâncias, como é o exemplo da punição de usuários de maconha, que causa danos restritos à saúde (comparáveis aos do tabaco), mas cujos usuários em nosso meio são execrados, marginalizados e não raro criminalizados. Ao descrever as drogas, cremos ser fundamental deixar explícito que o que faz uma droga mais ou menos “perigosa” não é definido pelas suas propriedades farmacológicas, mas pela relação que o usuário estabelece com ela. Da mesma forma, como as pessoas que bebem álcool (uma droga de alto poder adictivo) nos fins de semana (“uma cervejinha com os amigos”) não são consideradas “alcoólatras”, não há sentido em rotular de “maconheiro” os usuários recreativos ocasionais de maconha. O critério estaria sendo moral e não farmacológico. Trouxe essas questões, pois acredito em sua pertinência com a questão abordada, quem são os usuários? De quais usuários estamos falando? De que drogas? Para quais usuários estamos escrevendo? Para quais usuários fazemos nossas campanhas? Quais usuários se reconhecem nas questões abordadas...?

Se na sua origem a Redução de Danos nasceu da transdisciplinaridade dos usuários de drogas, marginalizados e profissionais que se sentiam mobilizados com a causa, não podemos, com o decorrer da história, fechar o campo e mecanizar o trabalho. O trabalho do redutor deve ser comprometido com o usuário. Mesmo o Programa de Troca de Seringas (PTS) deve estar comprometido com o “corpo a corpo” e toda persuasão do redutor em trabalhar questões de autocuidado, saúde e cidadania. Se isso não acontece, é só colocar máquinas de troca de seringa, como já existe em alguns países.

O diferencial do povo brasileiro, sempre foi o poder de articulação, o hibridismo, a capacidade criadora e criativa... Então, pensemos nisso e apliquemos nas ações de saúde pública, de trabalhos sociais e governamentais. É possível realizar um trabalho com qualidade e bons resultados, com a articulação de usuários de drogas, agentes comunitários, agentes de saúde, psicólogos, como já ocorreram no exemplo PRD/POA em anos passados. Mas a continuidade desse tipo de ação está cada vez mais dispersa. O trabalho já não consegue manter o mesmo perfil de ações e de recursos, não há mais tanto comprometimento da comunidade e dos próprios usuários; atualmente até mesmo a Psicologia não está mais na ponta, juntamente com os usuários e redutores. Na maioria dos projetos se encontra nas coordenações.

Infelizmente, a perda é grande, perdem os usuários por serem mais uma vez usados e excluídos, perde o sistema de saúde por não conseguir abranger uma população que precisa de auxílio, perdem as políticas de saúde e a categoria ‘psicólogo’, por tornar-se mais uma vez elitizante; perdemos todos nós enquanto usuários, todos nós enquanto cidadãos.

Este artigo é uma reflexão compartilhada, no qual faço um desabafo de alguns anos bons e, às vezes, não tão bons assim, acompanhando alguns movimentos da Redução de Danos. Acredito na idéia, no conceito e na validade de muitas das ações desenvolvidas, mas ainda há muito que fazer, muito que “meter o pé no valo¹¹⁹”, e para isso não é necessário que haja confrontações, não é muito inteligente neste momento diluir forças, é necessário que em parceria possam ser adotadas todas as frentes de trabalho possíveis para agir sobre esta realidade. O tema do uso de drogas habilita todas as pessoas que em algum momento de suas vidas sentem-se identificadas com algum aspecto desse mundo, desde que tenha boa vontade e dispa-se dos preconceitos. Quantos de nós já não sentimos falta de alguma coisa, a famosa “fissura¹²⁰, seja do cigarro, café, chocolate, chimarrão, bala, enfim de todas as substâncias que mexem com nosso metabolismo, com nossa psiquê, nossa alma? E não cabe aqui argüir sobre os efeitos físicos ou psicológicos, pois neste sentido, também há muitas divergências, onde começa o físico e o psicológico, o que vem antes: o ovo ou a galinha?

¹¹⁹ Termo utilizado para quem faz trabalho social-comunitário, que percorre comunidades carentes onde existem muitos valos de esgoto a céu aberto

¹²⁰ Desejo intenso de alguma coisa ou algo.

Mais uma vez me dedico a afirmar a importância do trabalho do psicólogo na Redução de Danos. É necessário despir-se de muitos preconceitos, de muitos engessamentos que a academia teima em nos imprimir. Ao utilizar o referencial dos Estudos Culturais na Psicologia Social, Guareschi (2000) ressalta para o ponto principal no qual a Psicologia se interessa que são as políticas de identidades. A consciência individual e social. A autora trabalha a conscientização, não como um simples produto da história pessoal, é necessário um dado significativo à história através de algum discurso inserido em determinada cultura.

Portanto, o interesse central da pesquisa dentro do campo dos Estudos Culturais, é perceber as interseções entre as estruturas sociais e as formas e práticas sociais. Os estudos culturais reconhecem assim a capacidade dos sujeitos sociais manifestarem diferentes práticas simbólicas, situadas em determinado contexto histórico-cultural. Chega-se então a uma potencialização da área de atuação com o que emergem em pesquisa, confirmando a importância recíproca da Psicologia e da Redução de Danos no campo social.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Marcelo *Relatório do Fórum Nacional "Drogas, um fenômeno social?"*. Belo Horizonte, 16 a 18 de Setembro de 1999. (mimeo).
- Boletim Epidemiológico
- BUCHER, R. As ideologias do discurso de combate às drogas. in BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da aids*. Cap 2: 27-44. Brasília: Editora da UNB, 1996.
- ENGEISMAN, E. M. *Dutch police on the management of drug related problems*. British Journal of Addiction, 84, 211-218. (1989)
- ERWIG, L.R. & BASTOS, F.I. Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária à saúde: a experiência de Porto Alegre. In ACSELRAD, G. (org) *Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- GUARESCHI, N. *As políticas de identidade e sua contribuição para a Psicologia social*. X Encontro Nacional da ABRAPSO, 2000.
- MARLATT, G. Alan. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- MESQUITA, F. e BASTOS, Francisco I. (orgs). *Drogas e AIDS – Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: editora HUCIETEC, 1994.
- MINAYO M. C., DESLANDES, SF, SOUZA,ER et al. *Avaliação das atividades de redução de danos no Brasil*. FIOCRUZ/Ministério da Saúde. Relatório Final, 1998.(mimeo)
- MORIN, E. *Epistemologia da Complexidade (in SCHNITTMAN) Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*, Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1996.
- REALE, Diva – *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade* – Dissertação de mestrado em medicina preventiva (USP) São Paulo, 1997.

Dados Epidemiológicos das Regiões e Respectivas Unidades Federadas

Gráfico 7 - Casos de aids, segundo as principais categorias de exposição e ano de diagnóstico. Região Sul e respectivas Unidades Federadas, 1984 - 2001*.

