3. CAPS

estratégia de produção de cuidados

Silvio Yasui

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 113-160. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

3

CAPS

estratégia de produção de cuidados

*Eu vou cuidar do seu jardim
Eu vou cuidar, eu cuidarei muito bem dele
(...) Eu cuidarei do seu jantar
Do céu e do mar, e de você e de mim*

Nando Reis

Neste capítulo pretendo realizar uma reflexão sobre a dimensão técnico-assistencial, definida por Amarante (1999, 2003) como a constituição de uma rede de novos serviços, como espaços de trocas, de sociabilidade e de subjetivação, a partir da desconstrução dos conceitos que sustentam a prática psiquiátrica e a reconstrução de novos conceitos.

Como já registrado neste trabalho, o processo da Reforma Psiquiátrica nasceu como um movimento social que traz a marca de seu tempo. No contexto das mudanças sociais e políticas nacionais, os protagonistas da reforma propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental, com impactos e consequências que extrapolam esse subsector da saúde. Tal processo se concretiza por meio da constituição de uma rede de serviços de atenção e cuidados que produziu e acumulou saberes e práticas, cujos princípios e conceitos mais importantes a caracterizam como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional. Ruptura consoante com a crítica aos paradigmas da ciência moderna, realizada por diversos autores que indicam, também, para a emergência de um novo paradigma nas ciências.

Temos aqui uma práxis: conceitos que nascem de uma prática de mudança da assistência em saúde mental e que se transmutam em instrumentos teóricos e técnicos para transformar essa mesma prática.

Em seu *Dicionário de Política*, Bobbio, Matteucci e Pasquino (2000: 991) destacam os diversos sentidos do conceito de práxis, afirmando que Marx

encara o problema da relação da teoria com a Práxis, ao expor a necessidade de mudar o mundo e não apenas o interpretar (tese undécima sobre Feuerbach). Na primeira tese, ao considerar a Práxis como atividade perceptiva (ou seja, como ação que é ao mesmo tempo conhecimento) e não como contemplação, ele estabelece um nexó entre teoria e Práxis, nexó que apresenta como existente desde o início, desde o momento da percepção que constitui a base do pensamento teórico.

A práxis é o fundamento do conhecimento. Exprime, também, o poder que o homem tem de transformar o ambiente externo, tanto natural quanto social, e o de ser transformado por esse mesmo processo. Quer dizer, atividade que se modifica a si mesma, ao modificar o ambiente.

Há uma intrínseca relação entre os processos da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica e de ambas, com respeito às mudanças sociais. Parafraseando Teixeira (1995), que afirmava ser a Reforma Sanitária uma prática em busca de uma teoria, podemos também assim nomear a Reforma Psiquiátrica: é uma práxis em busca de uma teoria.

Práxis que vem sendo construída por profundas transformações, as quais constituem um novo olhar para a loucura, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de uma nova estratégia e modalidade de cuidado. É essa estratégia de cuidado e os conceitos-ferramentas que a instrumentalizam que tenho a pretensão de abordar no presente capítulo.

Antes de prosseguir, gostaria de ressaltar o sentido do conceito de 'estratégia'. Ele surge como uma importante ferramenta conceitual em diferentes campos da saúde. Por exemplo, é utilizado como um conceito central no planejamento das ações de saúde. Para Carlos Matus e Mário Testa,³⁸ com diferenças e particularidades, o planejamento estratégico é necessariamente político e deve considerar a realidade local com suas demandas, seus recursos, seus atores e, principalmente, o jogo de conflitos, contradições e interesses que ocorre em um determinado cenário social, político e econômico.

Nos últimos anos, o Programa Saúde da Família, importante proposta de transformação da assistência em saúde no campo da atenção básica, também

³⁸ Conforme se encontra em Giovanella e Amarante, (1994).

tem sido nomeado como Estratégia Saúde da Família, em substituição ao termo 'Programa', que leva a um entendimento de uma proposta acabada, vertical, predeterminada, que não considera a realidade local.

O conceito de estratégia, descrito como “a arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos” (Houaiss, 2001), para mim, define precisamente um dos aspectos mais importantes da proposta de mudança do modelo assistencial que se está a construir no campo da saúde mental. Em um lugar, em um tempo, com diferentes atores e com os recursos disponíveis, aplica-se a melhor maneira de combinar esses elementos, para provocar, proporcionar, produzir ou construir um processo de transformação.

Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, porém jamais será a trama. Tecer essa rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. O cotidiano de um Caps é o de pensar, para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um Caps é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território.

E, como estratégia de mudança de modelo, possui conceitos que orientam a compreensão dessa realidade complexa, tal como é o existir humano em suas manifestações de sofrimento psíquico. Eles se configuram como 'princípios' que organizam a rede de atenção e as estratégias de cuidado. Conceitos-ferramentas para operar sobre a realidade na perspectiva de uma mudança do modelo.

Nesse sentido, pretendo aqui cartografar alguns desses conceitos-ferramentas que a prática da Reforma Psiquiátrica vem criando/inventando,

por meio da apropriação, redefinição, usurpação de conceitos e noções de distintos campos do saber. Rolnik afirma que todo cartógrafo é antes de tudo um antropófago, utilizando uma referência ao escritor Oswald de Andrade e ao Movimento Antropofágico. Talvez não seja muito se pensar que somos um pouco assim: filosofia, sociologia, antropologia, psicanálise, política, geografia, física, biologia são disciplinas pelas quais transitamos como nômades antropófagos, assimilando e incorporando saberes que possam ajudar a construir nossa rota, nesta viagem. Rolnik (1989: 15) argumenta:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia neste caso acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos videntes se tornam obsoletos.

Como o imigrante da Apresentação, depois de passar pelo campo político e pelo campo epistemológico da Reforma Psiquiátrica, chegamos ao campo dos conceitos que operam sobre a realidade. Não esperem deste viajante definições precisas e definitivas sobre tais conceitos. Sou um nômade que traz um diário de viagem com anotações para compartilhar.

Retomando o objetivo deste capítulo e considerando a complexidade do processo que estamos a caracterizar, não podemos compreender a Reforma Psiquiátrica, ainda que estejamos a refletir sobre essa dimensão técnico-assistencial, apenas como a transformação de serviços de saúde. É muito mais. Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados que envolve o reconhecimento do território e seus recursos, bem como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Implica estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a esse território.

Assim, nas próximas linhas, pretendo refletir sobre a essência fundamental de este trabalho, que é a produção dos atos de cuidar, e sobre os conceitos-ferramentas que o implicam ou o pressupõem: 1) território; 2) responsabilização; 3) acolhimento; 4) projeto de cuidado e a diversidade de estratégias; 5) tecer uma rede.

São conceitos presentes no principal documento do Ministério da Saúde que normatiza as ações de saúde mental no âmbito do SUS: a portaria 336/2002, a qual, em seu artigo 4º, alínea a, define a seguinte característica para todas as modalidades de Caps (Caps I, Caps II, Caps III, Capsi e Caps ad): “*responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território*” (grifos meus).

Meu principal desejo aqui é provocar uma reflexão para a abrangência e a complexidade que está pressuposta nessa característica e para o processo de construção, reconstrução e invenção dessas ferramentas conceituais, indissociável do cotidiano dos novos serviços, embora nem sempre claras para os atores que as operam. Conceitos que não são apenas instrumentos do campo da Reforma Psiquiátrica: são conceitos que fazem refletir sobre a produção do cuidado no campo da saúde.

CUIDAR: A ESSÊNCIA DO NOSSO COTIDIANO

O cuidar é a essência de nosso trabalho cotidiano. Somos profissionais produtores de atos do cuidar. Porém, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar, na psiquiatria, criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. As diversas mortes de pacientes nos hospícios, que ainda hoje ocupam as páginas dos jornais e os relatórios de sindicância que habitam as gavetas dos burocratas de plantão, são exemplos que atestam essas afirmações. A desqualificação social do louco produz práticas sociais, mais ou menos legitimadas pela ciência, nas quais ele tem uma importância equivalente ao lixo que se recolhe das ruas.³⁹ Uma proposta como a da Reforma Psiquiátrica, que representa uma ruptura com essa racionalidade médica, deve também se apresentar como a construção de um cuidar que se distancie dos crimes da paz cometidos em nome da razão.⁴⁰

³⁹ Em 2005, na cidade de São Paulo, um morador de rua foi recolhido e encaminhado ao Hospital Psiquiátrico. Uma das justificativas era o seu mau cheiro. A outra, e mais relevante, é que ficava aos olhos de quem se dirigia a um importante ‘templo de consumo’ de alto luxo da cidade.

⁴⁰ Referências ao livro de F. Basaglia e F. O. Basaglia – *Os Crimes da Paz* (1977) – e ao documentário de Helvécio Ratton – *Em Nome da Razão*.

Em seu artigo sobre o cuidado e a integralidade, Mattos (2004) emprega uma analogia interessante e muito próxima ao que estou aqui a trabalhar. Parafraseando a proposição “uma ciência prudente para uma vida decente”, de Boaventura Souza Santos, propõe, no título, “um cuidado prudente para uma vida decente”, consoante a crítica à racionalidade científica que apresentei anteriormente. Reflete sobre a prudência que se deve ter, ao utilizar o conhecimento para a produção do cuidado: “o que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade” (Mattos, 2004: 121).

Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro.

Nessa mesma perspectiva, podem-se encontrar contribuições do teólogo Leonardo Boff, cujas reflexões sobre o cuidado são interessantes e pertinentes para o nosso campo. Ele afirma que o cuidar “é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2002: 33).

Boff cita Martin Heidegger, para quem o cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial, ou seja, é a base possibilitadora da existência humana. Para fundamentar essa afirmação, Heidegger, no seu livro *O Ser e o Tempo*, recorre a uma metáfora, apresentando uma fábula-mito de Hygino sobre o cuidado. Eis a fábula:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que

entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil. (*apud* Boff, 2002: 45-46)⁴¹

É o ato de Cuidado que molda o corpo na massa disforme tirada da Terra. É o Cuidado que possibilita a vida, ao convidar Júpiter a dar seu sopro, para que a alma habite o corpo. E é o tempo-história, encarnado em Saturno, que nomeia o homem e dá a ele o seu destino. Aquilo que é humano se constitui, se mantém e se afirma pelo ato do Cuidado. Afirma Boff (2002: 190):

O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. O cuidado faz com que o espírito dê forma a um corpo concreto, dentro do tempo, aberto à história e dimensionado para a utopia (Saturno).

A palavra deriva do latim *coera*, que era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Prosseguindo, Boff (2002: 91) acrescenta:

Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* (...). O sentido (...) é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida.

Podemos encontrar condensados, nessas citações, elementos que parecem centrais para uma aproximação dessa essência de nosso cotidiano, que é a produção dos atos de cuidado. O cuidado é uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando a tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. Nesse sentido, aproxima-se

⁴¹ A tradução é do próprio Boff. Há pequenas diferenças em relação à tradução que se pode ler na edição brasileira do livro de Heidegger.

muito da afirmação de Franco Basaglia de que é necessário colocar a doença mental entre parênteses, para que se possa enxergar o sujeito.⁴² Ver e ouvir aquele que tem uma história de vida pessoal, marcada pelas condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. A doença deve ser colocada entre parênteses naquilo que esse conceito induz e tem como consequências olhares e práticas reducionistas. Como diz Ayres (2001: 71):

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância, conforme abordei no capítulo anterior. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Ruptura que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação.

Merhy e Franco definem o trabalho em saúde como relacional, porque depende do “trabalho vivo” em ato, isto é, trabalho no momento em que este é produzido. Chamam a atenção para características das relações produzidas por tal ato:

Estas relações podem ser, de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua

⁴² Como já destaquei no capítulo anterior, Amarante (1996) apresenta, de maneira detalhada e fundamentada em ampla pesquisa, essa proposta epistemológica de Basaglia.

natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. (Merhy & Franco, 2003: 318)

Merhy define “intersessores”⁴³ em alusão a Deleuze e utiliza o termo para designar o que se produz nas relações entre

“sujeitos”, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para “os dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os intersessores se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro. (Merhy, 2002: 51)

A proposta de ruptura com a racionalidade médica, que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços, encontra ainda inúmeras dificuldades em se efetivar. Tenho acompanhado o trabalho de muitos Caps, em diferentes regiões do país e, mais de perto, em muitos municípios no interior do estado de São Paulo, que corroboram o alerta para as relações burocráticas. Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo: a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas na mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle, que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático. Encontro, também, o emprego de ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que em um serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida e a medicalização como estratégia terapêutica central.

⁴³ O termo é grafado como “intercessor” no livro *Conversações* de Deleuze. Merhy usa a grafia “interseções” no livro *Saúde: cartografia do trabalho vivo* e no artigo mencionado anteriormente usa “intersessoras”, embora ambas as referências utilizem o conceito de Deleuze. Por fidelidade aos textos citados, mantive a grafia tal como ela aparece. Ao longo do capítulo, ao me referir ao conceito de Deleuze, utilizarei a grafia “intercessor” porque é a dicionarizada.

Para romper essas relações burocráticas, é necessário ousar, inventar, correr riscos. A produção de novas relações e a construção de projetos de vida autônoma não se dão em lugares com relações mediadas pelo medo, pela covardia, pelo comum, na mesmice, na mediocridade. Entenda-se medíocre aqui algo de qualidade média, modesto, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento, que, de modo geral, fica aquém. Quer dizer, serviços absolutamente comuns, que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomiais ou asilares.

Pelo contrário, produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro, do bom encontro, como nos fala Espinosa. Produção de afetos, como sentimento amoroso, mas também como instigação, mudança.

Não é meu intuito desenvolver ou detalhar a filosofia de Espinosa, contudo, gostaria de assinalar alguns pontos que merecem atenção, pois provocam reflexões sobre o nosso cotidiano, como produtores de atos de cuidado.

Na filosofia de Espinosa, tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros, e os seres podem ser definidos pelo seu poder de “afetar” e de serem “afetados” por outros seres. Trata-se sempre de um encontro de corpos e, também, de ideias, que pode ser considerado bom ou mau. Um bom encontro é como um alimento, ou um ser amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, de agir e pensar. Um mau encontro é, ao contrário, aquele em que um corpo, ou uma ideia, não se compõe com meu corpo e com minhas ideias, deixando-me, por isso, mais fraco. O mau encontro é como a ingestão de um veneno ou a relação com um inimigo: ele decompõe parcial ou totalmente os elementos que nos constituem e diminui ou destrói nossa potência de existir, agir e pensar.

Essa potência que se fortalece ou enfraquece com os encontros, esse poder de afetar ou ser afetado, que produz um movimento interno do corpo e o nexa das ideias na alma, constitui uma essência que Espinosa denomina *conatus*. *Conatus* é o esforço para perseverar na existência, poder para vencer os obstáculos exteriores a essa existência, poder para expandir-se e realizar-se plenamente. Deleuze entende esse conceito como potência para agir e, para ele, toda a potência é em ato, é ativa. Ele explicita:

Podemos dizer que a alegria aumenta nossa potência de agir, e a tristeza a diminui. E o *conatus* é o esforço para experimentar alegria, ampliar a potência de agir, imaginar e encontrar o que é causa de alegria, o que mantém e favorece esta causa: mas é também esforço para exorcizar a tristeza, imaginar e encontrar o que destrói a causa de tristeza. (...) O *conatus* é, pois, esforço para aumentar nossa potência de agir ou experimentar paixões alegres. (Deleuze, 2002: 106-107)

Nesse sentido, parece-me que o ato de cuidar será sempre uma busca em produzir bons encontros. O ato de cuidar deve ser uma produção regida pela alegria, pela beleza, pela poesia. São os afetos alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que produzem vida.

Olhar e ouvir desse lugar do cuidado, daquele que investe o seu afeto e a sua atenção para produzir efeitos para potencializar a autonomia, apresenta às vezes resultados surpreendentes. Certa ocasião, conheci um paciente, morador de um grande hospital psiquiátrico por mais de quarenta anos, que era tido como mudo. Convidado a participar de atividades de oficinas expressivas e de grupos, começou, lenta e discretamente, a balbuciar alguns sons. Após algum tempo, os sons já se transformavam em vogais, sílabas. Mais um tempo, em palavras, pequenas frases. E, ‘milagre’, o mudinho falou! A conclusão é óbvia. Submetido a um cotidiano de violência institucional que lhe tirou tudo o que era mais importante de sua vida, não lhe restou outra saída a não ser silenciar para, talvez, preservar o pouco de sanidade que lhe restava. Já ouvi histórias semelhantes se repetirem em muitos outros serviços de saúde mental. Não há milagre, apenas um bom encontro que produz efeitos, que faz a diferença na vida das pessoas de que tomamos o encargo de cuidar.

Falar sobre cuidado é falar de uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Parafraseando o poeta Vinicius de Moraes: o cuidado, assim como a vida, “é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”.⁴⁴

Para evitar o desencontro, o ato do cuidado também possui uma medida justa. O excesso de cuidado pode sufocar, produzir dependência. O cuidado não pode exceder certo limite, correndo o risco de tornar-se assistencialismo, gesto de caridade que transforma o sujeito em um uma pessoa incapaz de suprir suas necessidades mais básicas, em um objeto de exercício de ações benfeitoras de seres pretensamente superiores. O cuidado deve nortear-se

⁴⁴ Trecho da música “Samba da Bênção”, de autoria de Vinicius e Baden Powell.

pela justa medida de uma ética solidária. Caponi (2000: 95) afirma que, para poder existir, a solidariedade precisa “do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência”.

E isso se torna especialmente importante se considerarmos o Caps não só como um serviço, mas como uma ampla produção de atos de cuidado que se faz em rede, em uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços. Isso pressupõe um olhar para além da ‘doença’. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que acorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social, em que agir sobre esses determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além. Mas, ao mesmo tempo, atentar para um tênue limite, além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo. O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência. O justo limite é aquele que se equilibra na ‘corda bamba’ da produção da autonomia atenta para não produzir dependência ou tutela. Equilíbrio entre a produção da liberdade ou da servidão voluntária.

TERRITÓRIO

O cuidado se faz com pessoas e em um determinado lugar, ou seja, se faz em um território.

O lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial importância. No Brasil, a frase “aos loucos o hospício”, enunciada em 1830, pela Sociedade de Medicina, denunciava a situação na qual viviam os loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia e exigia a criação de espaços diferenciados para um “verdadeiro tratamento” da loucura. Uma doença especial requeria, para ser tratada, de um lugar especial, definido e dirigido pelo saber médico. Machado e colaboradores (1978) e Cunha (1988) demonstram como o alienismo participa, com seu projeto de organização do espaço urbano e da manutenção da ordem social, da construção da sociedade brasileira do século XIX e início do século XX. O lugar de construção da maior parte dos hospícios brasileiros possui uma mesma característica: são lugares distantes do principal núcleo urbano da cidade. Concretizam, na arquitetura e na localização,

uma de suas principais funções: a exclusão de indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social.

Costa (1981) nos relata a história da Liga Brasileira de Higiene Mental, que, nos anos 20 e 30, tem a pretensão de se constituir em um projeto de regeneração nacional, tomando como tarefa o saneamento racial brasileiro. Com um discurso preventivo de ideal eugênico, alargava o campo de atuação da psiquiatria para as diversas instâncias do social: a família, o trabalho, a escola. Birman e Costa (1994) analisam a proposta da psiquiatria preventiva norte-americana, a qual, nos anos 60 do século XX, sem a conotação eugênica, mas com forte viés de controle, toma a sociedade como seu lócus privilegiado, objetivando a prevenção da doença mental por meio da detecção dos comportamentos desviantes e de risco. A psiquiatria, na sua relação com a sociedade, sempre foi o mais bem acabado exemplo do dispositivo da sociedade disciplinar que investe na normalização dos corpos, como afirma Foucault (1979, 1983) e, posteriormente como acrescenta Deleuze (1992), da sociedade de controle: do corpo dócil ao corpo útil, cúmplice, aparentemente participativo, consumidor.

Se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com essa racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, da disciplinarização, e também como dispositivo que penetra na sociedade como estratégia de controle, vigilância, domesticação, devemos estar atentos para as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço.

Essa relação vem claramente enunciada, em diversos documentos, como a portaria n. 336/2002, já citada neste livro, a qual indica, como característica do Caps, “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. Essa mesma portaria estabelece, no parágrafo 2º do artigo 1º, que os “Caps deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”.

Entendo por “lógica do território” um conceito central, norteador das ações a serem construídas pelo serviço. Afirmo que a existência do Caps como uma estratégia de organização da rede de cuidados está intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que esta se constitui. Porém, devemos estar atentos, já que o território possui igualmente outras lógicas que produzem sujeição e dominação, distintas daquela que desejamos implementar.

O território é uma categoria central nas análises do geógrafo Milton Santos. Ele nega a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático, com suas formações naturais, e o concebe como um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. Critica a visão descritiva da geografia, propondo uma revisão de seus fundamentos e métodos, para detalhar as influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para ele, território engloba as características físicas de uma dada área e as marcas produzidas pelo homem. E define:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil). (Santos, 2002: 84)

Há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico. Para Milton Santos, o território, tomado como um todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada e unificada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos, o que possibilita revelar os grandes problemas nacionais. “Lugares e regiões tornam-se tão fundamentais para explicar a produção, o comércio, a política, que se tornou impossível deixar de reconhecer o seu papel na elaboração dos países e do mundo” (Santos, 2002: 99). Tece críticas severas ao processo de globalização e seus efeitos, instalando uma nova forma de uso do território, impondo-lhe modificações súbitas aos conteúdos quantitativos e qualitativos e alterando todas as relações mantidas dentro de um país. Ressalta a noção de território como “um limite à ação cega das finanças”, uma resistência ao dinheiro como o “único pressuposto, que fragmenta a sociedade” e resulta em uma “federação ingovernável”. E conclui:

O território é onde vivem, trabalham, sofrem e sonham todos os brasileiros. Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações, o lugar geográfico comum dos poucos que sempre lucram e dos muitos perdedores renitentes para quem o dinheiro globalizado – aqui denominado de “real” – já não é um sonho, mas um pesadelo. (Santos, 2002: 84)

A partir do exposto, trilharei a perspectiva de um entendimento do território que supera a noção de uma delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas àquele local. O conceito de território, como bem nos mostra Milton Santos, é relacional: diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem. Memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar. Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais ali produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar em que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar.

Pensar na organização de um Caps na cidade de Tefé, situada na floresta Amazônica, às margens do rio Solimões e distante a 600 km de Manaus, aonde se chega apenas de barco (dois dias de viagem) ou de avião, é diferente de pensar o Caps em Criciúma, cidade da região carbonífera do estado de Santa Catarina, ou em São Miguel Paulista, bairro da periferia leste da cidade de São Paulo. São territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços. Histórias que determinam os lugares e as formas de acesso: os bairros nobres interditados aos pobres, exceto aos serviços; a região do comércio com suas ruas de intensa movimentação; o comércio enclausurado nos *shoppings centers*; os parques e equipamentos de lazer; os bairros pobres; a região do meretrício etc. Histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar na mesma língua portuguesa, com palavras e sons particulares. Modos de expressão cultural que revelam influências de diferentes culturas: nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música. Territórios com sua base econômica e as formas de exploração do homem com suas consequências no modo de viver e levar a vida. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições públicas também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações,

gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo.

Guattari (1992) analisa a sociedade contemporânea como o mundo da técnica e da desterritorialização, da produção de uma homogeneidade capitalística, que impõe uma equivalência generalizada dos valores, uma padronização dos comportamentos. A partir dos processos intermitentes de desterritorializações e reterritorializações, desenvolveu, junto com Deleuze, a noção de heterogeneidade, para afirmar que é por meio dela que se produz algo novo e inusitado. Podemos pensá-la como busca permanente, no âmbito da vida cotidiana, de subjetivação pelo cultivo do dissenso, processo contínuo de produção singular da existência. Heterogeneidade diz respeito à produção do diferente, do diverso, daquilo que escapa da homogeneidade, do comum, do medíocre. Recomposição de territórios existenciais, reterritorialização, ou seja, é desfazimento de um território existencial e produção de outros simultaneamente. Guattari (1992: 171) afirma:

Poderiam os homens restabelecer relações com suas terras natais? Evidentemente isso é impossível! As terras natais estão definitivamente perdidas. Mas o que se podem esperar é reconstituir uma relação particular com o cosmos e com a vida, é se “recompor” em sua singularidade individual e coletiva.

Para Guattari e Rolnik (2005: 42), a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais:

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização.

Nessa perspectiva, entendo que esta é a lógica do território que o Caps como estratégia deve seguir. Território como relação entre o natural e o

social, como produção de subjetividades aprisionadas, mas também como potencialidade de disrupção, de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. O que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais existentes. Por exemplo, estabelecer alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social. Trata-se de criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno. Significa também – e especialmente nos locais precários e homogeneizados – criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura. Do manicômio, lugar zero das trocas sociais (Rotelli, Leonardi & Mauri, 2001), ao espaço público como lócus terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações permanentes.

Organizar uma associação de amigos, familiares e usuários; organizar eventos de celebração do dia (ou semana) da luta antimanicomial, com a participação e a cooperação com outras instituições do território; realizar intervenções culturais, tais como exposições de trabalhos, apresentações de teatro, dança e música; produzir e colocar em circulação, na cidade, jornal ou informativo sobre a saúde mental; utilizar espaços nas feiras livres, para mostra e venda da produção artesanal, são exemplos de como podemos ter o território como cenário dos encontros, como matéria-prima de processos de subjetivação, de autonomização. Encontros e ações provocativas e locais para produzir atos de cuidado para além do serviço, a fim de construir uma outra lógica assistencial em saúde mental, que se contraponha a uma racionalidade hegemônica e à lógica do capitalismo globalizado, para criar um novo lugar social para a loucura.

Será um lugar cuja construção apresenta riscos e perigos:

Ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? Não estaremos, como um carinhoso abraço de urso, conjurando o perigo que os loucos representam? Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? Para dizê-lo de modo ainda mais incisivo, será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia de homogeneização do social? (Pelbart, 1993: 104)

A racionalidade moderna, encarnada no gesto de Pinel, retirando os grilhões, também se ergueu como a libertadora dos loucos. Eis um grande

desafio: construir um lugar que não borre os limites, homogeneizando; não domestique ou dome a loucura, retirando dela sua potencialidade de disrupção. Ao contrário, construir um lugar em que essa radical diferença da desrazão possa habitar em toda a sua plenitude provocativa, permeável e porosa a um estranho diálogo com a nossa racionalidade ‘careta’, mas sem a qual ainda não sabemos direito como viver. Construir esse lugar implica e significa nos reinventarmos na relação com esse novo lugar. Pensar, sentir e viver de forma diferente, intensamente diferente.

O conceito de território é, assim, um objeto complexo que deve ser igualmente abordado na perspectiva de se libertar o conhecimento local, advindo das necessidades locais, das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas, heterogêneas, é o conhecimento que contribui na produção de sentidos, para uma nova semântica do território e de seu viver.

Já destaquei que, para Boaventura de Souza Santos, no paradigma emergente, o conhecimento é também local, pois deve se constituir ao redor de temas que

em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam eles reconstituir a história de um lugar, manter um espaço verde, construir um computador adequado às necessidades locais, fazer baixar a taxa de mortalidade infantil, inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença, etc. (Santos, 1987: 47-48)

Essa perspectiva do território como processo, como relação, rompe com a noção de esquadramento da sociedade, delimitando áreas de abrangência, considerando apenas o frio mapa de uma cidade. Trata-se aqui de construir/inventar um espaço possível de subjetivação. Talvez não seja muito pensar que, para uma proposta de um Caps, haverá para cada Caps um território com sua singularidade e, em cada Caps, tantos territórios quantos os usuários que lá se encontrarão.

Afirmar que o cuidado é uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Acrescento que essa potencialização se dá na apropriação e na produção de sentidos do território, aqui entendido na complexidade desse conceito.

RESPONSABILIZAÇÃO

Território e responsabilização são conceitos que aparecem relacionados nas práticas dos serviços substitutivos e em diversos documentos da saúde mental. Por exemplo, retomo, novamente, a portaria n. 336/2002 a propósito da caracterização do Caps: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”.

A experiência de maior êxito, ao menos no período de 1989-1996,⁴⁵ da Prefeitura de Santos, que considero a mais radical na organização de serviços substitutivos de base territorial, contribuiu para a disseminação dessa relação entre território e responsabilização. Para Roberto Tykanori Kinoshita (1997: 73), coordenador da saúde mental naquele período:

O território para o serviço é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem as suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo.

Para Nicácio (1994), essa responsabilização pela demanda implica duas questões essenciais: atender à crise e à não separação entre prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias isoladas.

Nessa perspectiva, a organização dos serviços de saúde mental em Santos rompia com a lógica da hierarquização por níveis de complexidade. Os Naps eram responsáveis por toda a demanda de saúde mental de seu território, abrangendo, assim, todos os níveis de atenção, buscando evitar a burocratização e a fragmentação da assistência, em função de uma racionalidade técnica ou administrativa. Para tanto, funcionavam 24 horas por dia, todos os dias da semana, de portas abertas e atendendo prontamente às situações de crise.

⁴⁵ A partir de 1996, a gestão da Prefeitura de Santos mudou de partido, o que significou uma profunda mudança na concepção do trabalho lá desenvolvido. Embora os Naps ainda existam, perderam muito da essência radical que possuíam. Um projeto como aquele não se sustenta isoladamente. É, antes de tudo, uma proposta política de gestão e organização de políticas públicas, norteadas por princípios que não fazem parte do ideário conservador dos partidos políticos que sucederam à gestão do PT. Nesse sentido, estou utilizando os verbos no tempo passado, relatando uma experiência exemplar que existiu e que continua como estratégia de resistência dos profissionais que, renitentes, têm tentando manter um pouco da essência daqueles anos passados. Koda (2002) analisa aqueles tempos, na voz dos profissionais, como sendo um tempo “épico”, “heroico”.

Cada Naps responsabilizava-se no plural e no singular. No plural, olhava para o território no qual estava incluído, reconhecendo-o em suas características e demandas, e como possibilidade de construção de estratégias de cuidados que não se restringiam ao espaço do serviço, mas se ampliavam para além, para os espaços da vida, da circulação. E, no singular, assumia a responsabilidade de cuidar daquela pessoa concreta que se apresenta com seu sofrer ao serviço, não apenas no momento da crise, como também fora dela, construindo projetos de vida, de subjetivação, de autonomização. Nicácio (1994: 91) afirma:

Nesta perspectiva, os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais; são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. Um lugar no qual cotidianamente se realizam novas formas para reconstituir a complexidade dos sujeitos e de seu poder social, acolher o sofrimento, reapropriação de história e vínculos com o mundo, ruptura de códigos, conquista de autonomia, laboratório de linguagens, afetos, emoções, mensagens, poderes, produção de sentido.

Esse conceito de responsabilização pela demanda do território, apresentado pela organização dos serviços de saúde mental de Santos, estava inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização. Dell’Aqua e Mezzina (2005) nomeiam como “tomada de responsabilidade” a assunção de toda a demanda de uma região, ou a área territorial de referência, sem seleção de clientela, o que pressupõe um papel ativo na sua promoção e a ativação de diferentes recursos, e que significa assumir todo o alcance social da demanda do paciente. A partir das necessidades do paciente, o serviço assume todo o alcance social dessa demanda, ativando as organizações sociais, acompanhando ou apoiando em seu percurso. Não há um lugar definido ou exclusivo no qual ocorre a tomada de responsabilidade. Ela acontece no serviço de saúde mental, em outras instituições de saúde ou não e, sobretudo, no ambiente da vida do paciente, no qual ele exprime, exerce ou tenta exercer a sua sociabilidade. Se considerarmos, nas palavras de Rotelli, Leonardi e Mauri (2001), o manicômio como o lugar zero das trocas sociais, um lugar social de desvalor, os serviços substitutivos tomam a responsabilidade de produzir dispositivos, ações que buscam intervir no poder contratual do paciente nos distintos espaços e nas relações de sua vida, aumentando positivamente seu poder de participação nos processos de trocas sociais. Para Benedetto Saraceno (1996: 16), trata-se aqui de “um processo de reconstrução, um exercício

pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social”.

Retornando aos Naps, além da responsabilização, gostaria de destacar uma outra característica daquela proposta: a porta aberta. Mais do que um sentido simbólico de oposição às formas de contenção e controle das instituições asilares, como muros, grades etc., havia um significado propositivo: a garantia da universalidade do acesso ao serviço.

Alves e Guljor, com base em uma formulação de Saraceno, discutem a acessibilidade como critério de qualidade dos serviços de saúde mental, tal como descrito a seguir:

O critério de qualidade é a acessibilidade, que é determinada por três quesitos. O primeiro é a localização geográfica, se o serviço está perto ou não das pessoas – o que chamamos de território. O segundo é o tempo que ele permanece aberto. Se o funcionamento se dá 24, 12 ou 8 horas por dia; se funciona todos os dias ou apenas três vezes por semana – isso pode espelhar a qualidade do serviço. O outro quesito de qualidade integrante da formulação de acessibilidade diz respeito a quais programas estão acessíveis às pessoas que procuram o serviço. No caso de nossa clientela, programas propriamente assistenciais, de inserção social, lazer, hospitalidade assistida, trabalho assistido, dentre outros. (Alves & Guljor, 2004: 230)

Acrescentaria mais um quesito à descrição: a organização do processo de trabalho e sua articulação com a rede assistencial de saúde podem favorecer, dificultar ou até mesmo impedir o acesso do usuário ao serviço. Trata-se aqui de se pensar na porta de entrada, observando se o serviço de saúde mental somente aceita usuários por meio de encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde; se há longas listas de espera para o atendimento; se aceita ou não a demanda espontânea; a forma como é realizada a recepção do usuário e de sua família. São, todos, exemplos que podem dificultar, e muito, o acesso do usuário ao serviço, na medida em que se interpõem obstáculos burocráticos entre a sua necessidade e a potencialidade cuidadora da equipe.

Assim, território, responsabilização e qualidade técnica de um serviço de saúde mental se articulam, necessariamente, ao conceito de acesso. Nos termos em que tenho trabalhado, neste capítulo, o encontro que produz o cuidado, regido pela alegria e pela beleza, na apropriação e produção de

sentidos do território, apenas é possível se o usuário acessar o serviço, os recursos de que ele dispõe para essa produção da vida.

Neste ponto, gostaria de enfatizar uma outra dimensão tanto do conceito de responsabilização quanto do de acesso. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde “é um direito de todos e dever do Estado”. A garantia desse direito se dá, de um lado, por meio da implementação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos” e, de outro, por meio do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A utilização do termo “acesso universal e igualitário” reconhece, constitucionalmente, a importância e a relevância das ações e serviços de saúde como bem público. Em 1990, esse dispositivo constitucional foi regulamentado pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, que criou o SUS, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e ao regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde.

O SUS está organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral e a participação da comunidade, a qual está assegurada pela lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. São dispositivos legais que colocam a saúde como uma política pública de responsabilidade do Estado, em suas esferas federal, estadual e municipal.

Hortale, Pedroza e Rosa (2000), em artigo no qual discutem uma proposta de operacionalização das categorias acesso e descentralização, em um modelo de análise de sistemas de saúde, apresentam como pressuposto que a saúde do indivíduo é uma responsabilidade social e consideram duas dimensões para a operacionalização desse modelo: a social e a política. Na dimensão social, o acesso é, segundo os autores, uma

categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto, não podemos perder de vista que ele também deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços. (Hortale, Pedroza & Rosa, 2000: 232)

Território, responsabilização e acesso são conceitos que se articulam no contexto de uma política pública de saúde, que, no caso brasileiro, foi construída a partir de um processo histórico de lutas políticas travadas na arena nacional, desde os anos 70, no cenário da luta pela redemocratização do país e da construção de uma sociedade mais justa. Nesse processo, forjaram-se os princípios e diretrizes (acesso universal e igualitário, descentralização, integralidade, dentre outros) que foram acolhidos no texto da Constituição, conforme apresentei no primeiro capítulo.

A experiência de Santos surge aqui com todo o seu valor, porque teve início em uma fase anterior à regulamentação e à efetiva implantação do SUS, trazendo em seu projeto todo o ideário da Reforma Sanitária. Se o financiamento é um dos temas mais polêmicos e fonte de problemas do SUS, as ações inovadoras implantadas naquele período foram financiadas quase que exclusivamente pelo Tesouro municipal, numa clara demonstração da real possibilidade de se colocar as políticas públicas como metas prioritárias do orçamento público. Organizou-se um sistema de saúde mental, iniciando com um ousado ato de fechamento do manicômio, com a concomitante implantação de serviços substitutivos e ações inovadoras, segundo a lógica do território e o princípio de responsabilidade e acessibilidade. A experiência de Santos foi reconhecida, à época, como exemplar pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e ainda hoje nos guia como o paradigma do sonho possível de se concretizar.

Contudo, a experiência de Santos e de outros municípios, que, ao longo da década 1990 e nos anos iniciais deste novo século, efetivaram os princípios do SUS na organização de seus sistemas locais de saúde, ainda são honrosas exceções, se olharmos para a realidade dos serviços públicos de saúde, na esmagadora maioria dos municípios brasileiros. Vemos que, entre o preceito constitucional, a Lei Orgânica, as normas e portarias ministeriais e a realidade assistencial, ainda existe uma longa distância, muito maior do que aquela que há entre intenção e gesto. Temos enormes e complexos desafios e problemas a enfrentar e superar, para que a garantia da concretização da saúde como direito de fato possa estar efetivamente presente no cotidiano da vida das pessoas, por meio do acesso universal aos serviços e bens resolutivos, equânimes e de atenção integral.

Um desses grandes desafios refere-se à proposta da mudança do modelo assistencial hegemônico, com as seguintes características mais importantes:

ênfase na doença por meio de práticas médicas individuais e curativas; visão essencialmente biologistica e hospitalocêntrica; investimentos e priorização da especialidade e do desenvolvimento de tecnologias, em detrimento das relações nos processos de trabalho. O SUS caminha para a construção de um novo modelo, que pode ser assim caracterizado: ênfase nas ações básicas de caráter preventivo e de interesse coletivo; fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, orientado por uma concepção da relação saúde-doença como processo social; visão norteada pela interdisciplinaridade (ou transdisciplinaridade, como veremos à frente) e pela intersetorialidade; destaque para as relações nos processos cotidianos de trabalho e na busca da autonomia das pessoas e populações em relação à saúde.

Concordo com os trabalhos de Merhy (2002), Merhy e Franco (2003) e Campos (1994, 1997, 2000), quando ressaltam que o processo de mudança do modelo dimensão técnico-assistencial depende menos das normas gerais e dos processos de regulação do que da mudança nos espaços na micropolítica⁴⁶ das organizações e dos processos de trabalho, no cotidiano da produção da saúde.

É no cenário dos serviços de saúde, com seus diferentes atores (usuários, trabalhadores, gestores), cada qual com seus interesses, projetos e desejos, ora conflitantes, ora coincidentes, que acontecem os encontros, tensões são geradas, reproduz-se ou transforma-se a realidade, produzem-se as relações sociais.

Frisei que o trabalho em saúde é sempre relacional, pois depende do trabalho em ato. O processo de transformação do modelo assistencial, na perspectiva da promoção e da defesa da vida, acontece nesse cotidiano, nos encontros e nos atos da produção do cuidado.

Franco, Bueno e Merhy (1999: 347) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, somente são possíveis quando se acolhe e se vincula,

Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

⁴⁶ Os autores citados adotam esse conceito na acepção utilizada por Guattari (2005).

Repetindo o que já disse anteriormente: o encontro que produz o cuidado, regido pela alegria e pela beleza, na apropriação e produção de sentidos do território, somente é possível se o usuário acessar o serviço e os recursos de que dispõe para essa produção da vida. E o primeiro verbo que ele deve encontrar sendo conjugado no serviço é acolher. Território, acesso, responsabilização se articulam agora ao acolhimento.

ACOLHIMENTO

Encontram-se, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, inúmeras referências ao conceito de acolhimento, dentre as quais destaco, no item “Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos”:

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania. (SUS, 2002: 38)

E no item “Atenção básica”: “Faz-se necessário ainda que a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade” (SUS, 2002: 48).

No dicionário Houaiss (2001), encontram-se os seguintes significados para o verbo ‘acolher’: 1. oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; 1.1 dar ou receber hospitalidade. 2. ter ou receber (alguém) junto a si. 3. p. ext. prestar cerimônia a; recepcionar. Sua etimologia é de origem latina e proveniente de *accolligere*, que significa acolher, colher, reunir, apinhar, juntar.

Já para o substantivo ‘acolhimento’, encontramos no mesmo dicionário: 1. ato ou efeito de acolher; acolhida. 1.1 maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração. 1.2 abrigo gratuito; hospitalidade. 1.3 local seguro; refúgio, abrigo.

Nos diferentes significados atribuídos, tanto ao verbo ‘acolher’, quanto ao substantivo ‘acolhimento’, há elementos que expressam importantes características do lugar a ser ocupado pelo serviço e pela equipe de saúde, na relação com aquele que busca cuidado.

Todos os que já sofreram alguma dor física ou psíquica intensa sabem o quanto ficamos frágeis, impotentes e dependentes. Nessa hora, o que mais desejamos é um lugar ou alguém que nos “ofereça refúgio, proteção ou conforto físico”. Um lugar para “abrigar (-se)”, “amparar (-se)”. Se for um lugar estranho, novo, que haja pessoas que possam “dar hospitalidade”. Que possamos ser recebidos com consideração.

Com certo atrevimento, gostaria de refletir sobre uma situação pessoal de busca de cuidado na saúde. Argumento utilizando um exemplo de Edgar Morin,⁴⁷ sobre a complexidade, no qual ele descreve as características de uma taça de vinho do Porto, vendo em suas substâncias químicas a história do Universo e, ao mesmo tempo, tal combinação só pode ser encontrada em uma determinada região. Acrescentaria a singularidade da experiência de saborear a taça, única e intransferível. Do mesmo modo, uma situação singular, cuja combinação de elementos ocorreu em um determinado lugar, talvez possa contar uma história maior do que a sua singularidade.

Certa ocasião, acometido de uma crise de labirintite, fui atendido, em um pronto-socorro, por uma médica que me conhecia. Ela me cumprimentou, perguntou o que eu estava sentindo, fez exame de fundo de olho, auscultou meu coração e, dez minutos depois de um diálogo entre médico e paciente, ela finalmente me olhou com olhos de quem vê o sujeito e surpreendeu-se, ao me reconhecer: “Nossa! É você! Tudo bem?”. A partir daquele instante, deixei de ser um corpo sem identidade. Era uma pessoa conhecida que estava à sua frente. Nos momentos iniciais, senti-me apenas um corpo doente, visto apenas como ‘a’ dor ou como ‘o’ sofrimento. Objeto sem fala, sem alma, sobre o qual procedimentos técnicos e tecnológicos iriam incidir. A ela interessava apenas o que o corpo dizia. Era apenas um corpo doente.

Outra ocasião, um amigo que faz sessões semanais de hemodiálise me contava sobre a sua sensação na relação com os profissionais que o atendiam: tratavam-no como alguém que estava vivendo uma espécie de bônus da vida, um corpo com algum tempo de sobrevida, nada mais. Como enfatizei no início deste capítulo, estes são exemplos de relações, nas quais o cuidado

⁴⁷ Exemplo extraído de Almeida (2002).

é produzido como um ato burocrático, prescritivo. O modelo médico hegemônico se reproduz, centrado na doença e na técnica sobre o corpo. Não há possibilidade de um encontro entre sujeitos, entre subjetividades. Apenas entre o saber médico e seu objeto de estudo e de intervenção.

Na dor, na fragilidade, no sofrimento psíquico, o que se deseja é ser olhado e escutado por inteiro, como uma pessoa com vida e com história. Ser acolhido integralmente. Assim, a conjugação do verbo ‘acolher’ e a utilização de seu substantivo ‘acolhimento’ me parecem indissociáveis, no campo da saúde, do conceito de integralidade, que apenas tangenciarei neste capítulo.

Para ser acolhido, é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar o serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção, que considere aquele que busca nossa ‘hospitalidade’⁴⁸ em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato – é uma atitude.

Tanto na experiência do Caps Luiz Cerqueira (Goldberg, 1996, 1998; Yasui, 1999), quanto na dos Naps de Santos (Nicácio, 1994), bem como na de muitos outros serviços substitutivos de saúde mental, encontra-se uma atenção, um especial cuidado com esse momento crítico, que é a chegada do usuário ao serviço. Atenção que se revela na organização de fluxos de encaminhamentos ágeis e não burocráticos, na disponibilidade e na abertura em atender à demanda espontânea, no estabelecimento de rotinas diárias de recepção (por exemplo, quem recebe e como recebe) e, fundamentalmente, na construção de um novo lugar. Lugar de ruptura com modelo médico hegemônico ocupado apenas em tentar ouvir os sons do corpo pelo silêncio dos órgãos. Construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência.

Corbisier faz reflexões sobre o trabalho desenvolvido no acolhimento à crise em um serviço de emergência psiquiátrica, que, junto com outros autores, nomeia como a clínica da recepção. Tomo aqui as suas palavras, uma vez que elas traduzem essa perspectiva, esse caminho que estamos a trilhar:

⁴⁸ Sentidos na palavra obtidos no dicionário Houaiss: 1. ato de hospedar; acolhida de hóspedes; hospedagem 2. qualidade do que é hospitaleiro; boa acolhida. 3. derivação: por extensão de sentido: recepção ou tratamento afável, cortês; amabilidade, gentileza. Como diria o louco profeta Gentileza: “O mundo precisa é de gentileza”.

trata-se de ouvir os múltiplos sentidos que os sintomas do sofrimento mental podem revelar:

os sintomas eram frutos de uma desorganização na vida da pessoa como um todo; que tinham conexões com as dores da existência; que mostravam as linhas mais frágeis do esqueleto psíquico; que traduziam, em línguas novas, contornos emocionais pouco ou nada aceitáveis pelas famílias e pelas próprias pessoas; que arregalavam de formas esbugalhadas as entranhas para qualquer um, sem pudor; que rompiam escandalosamente com o bom senso, qualquer senso; que traziam à tona uma ruptura como conhecimento racional das doenças mentais; que, por tudo isso, nos confrontavam com uma necessidade imperiosa de conversar muito com estas pessoas para tentar começar a descobrir por que caminhos mentais andavam. Por onde se tecia a complexa rede de filamentos emocionais que num determinado momento se desfazia precisando ser retecida? (Corbisier, 2000: 60)

O desafio de traduzir esses múltiplos sentidos que os sintomas do sofrer psíquico evidenciam, de urdir essa teia ou, antes, de fiar esses invisíveis fios, remete-me aos encontros que tinha com cada novo usuário que recepcionava no Caps Luiz Cerqueira. Construir esse lugar, rompendo com os modelos hegemônicos, é abrir mão de cegas verdades e certezas absolutas, o que nos deixa, quase sempre, ansiosos, inseguros, na ‘corda bamba’ das ferramentas provisórias. A cada entrevista, um sutil cerimonial para possibilitar o encontro: troca de olhares, cuidado nas primeiras palavras, atenção nos detalhes dos gestos, nos silêncios. Um encontro com o sujeito e com seu mundo nem sempre é traduzível em palavras. Os mesmos olhares, gestos, silêncios podem pedir a nossa cumplicidade, a nossa ajuda, para se expressarem, para produzirem sentidos: “O que me faz sofrer? Por que a minha alma dói tanto?”.

Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário apresenta. Talvez possa adaptar uma velha máxima da medicina, a qual afirma que “todo bom tratamento começa com um bom diagnóstico”, para “todo bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção”, porque é a partir desse momento inaugural que principia a relação/vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário.

Recepcionar e escutar o usuário são atributos essenciais para uma transformação não apenas da saúde mental. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é uma diretriz operacional para mudança do modelo “tecnoassistencial”, que propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (Franco, Bueno & Merhy, 1999: 347)

A produção do ato de cuidar se dá no encontro entre o usuário com suas necessidades e o trabalhador da saúde com seu repertório e suas ferramentas. O acolhimento, para os autores, permite focalizar analiticamente esse processo e possibilita pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho dos modelos de atenção.

Em caminho semelhante, Gastão W. Campos (1997) defende o “vínculo de acolhida” e o ato de “responsabilizar-se a equipe” como diretrizes que deveriam sobredeterminar todo o desenho do modelo assistencial. Ressalta que o termo ‘acolhida’ deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática clínica tradicional, referindo-se tanto a uma abertura dos serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região. Campos (1997: 63) afirma que

o “coeficiente” de acolhida deveria ser avaliado (...) em uma perspectiva dupla: segundo as possibilidades do ACESSO de novos e velhos pacientes ao atendimento, e ainda de acordo com a PLASTICIDADE do Modelo de atenção. Em outras palavras, conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais. (grifos do autor)

Já o termo ‘vínculo’ é um elemento essencial para uma prática clínica de qualidade, favorecendo o aumento da eficácia das ações de saúde e introduzindo um controle social realizado pelos usuários no momento mesmo em que os cuidados estão sendo produzidos. Propõe o autor que o vínculo doente/família não se dê com um único profissional, mas com uma dada equipe localizada em um dado serviço. Ao que acrescenta a ideia do contrato de cuidado, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde, que explicita o projeto terapêutico, em que são considerados os elementos técnicos, as possibilidades de acesso, de intercâmbio usuário/serviço etc.

Essa noção é muito semelhante ao que desenvolvíamos no Caps Luiz Cerqueira. Todo usuário, uma vez admitido no serviço, estabelecia um contrato com a equipe que se responsabilizaria por seu cuidado, no qual se explicitava o projeto terapêutico a ser executado, com a plasticidade de modificar, tanto o contrato quanto o projeto, sempre que surgisse um evento relevante para tal.

Acolher e responsabilizar-se não são importantes conceitos apenas para a produção de cuidado e para a organização dos serviços substitutivos de saúde mental: são instrumentos conceituais centrais para uma proposta de mudança de modelo assistencial na saúde.

Campos ainda salienta que a organização do sistema público, considerando as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde,

será sempre um modelo tendente a instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial. Ou seja, o sucesso deste modelo depende de um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Conflitos e tensão permanentes, canalizados para soluções criativas, para a superação dos velhos e persistentes impasses dos serviços públicos: ineficácia, burocratização, apropriação privada do espaço público. (Campos, 1997: 64)

Nessa perspectiva, Campos (2000) sugere um método de organização dos serviços públicos de saúde, que nomeia como Método da Roda, para a análise e cogestão de coletivos. Partindo da hipótese de que, nos processos de produção de bens ou serviços, ocorre, de modo simultâneo, a coprodução

de sujeitos e instituições, esse autor propõe montar sistemas de gestão que tenham como objetivo não apenas a produção de bens e serviços, mas, também, dos sujeitos e dos coletivos que se organizam para tal produção. Esse método vivificou-se na gestão 2001-2004 da Prefeitura de Campinas, da qual Campos foi secretário, com expressivos e importantes resultados, tais como a consolidação das seguintes diretrizes de saúde coletiva:

a descentralização com autonomia, tendo o nível local como o foco principal do sistema; estímulo ao desenvolvimento de sujeitos, na resolução de seus problemas de saúde; a integralidade das ações com mudanças das práticas e integração dos diversos serviços; o trabalho no território vivo; o enfoque de risco na tomada de decisão. (Campinas, 2004)

O Método da Roda radicaliza a ideia no investimento na micropolítica dos serviços de saúde, no cotidiano dos processos de trabalho, como produtores de subjetivação. Neste microuniverso, a equipe de trabalhadores é a responsável pela produção dos encontros e dos atos de cuidado. É ela que acolhe, recebe, responsabiliza.

NOTAS SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

A equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Trata-se de uma produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas”.⁴⁹ O usuário em crise que se recusa a ir ao serviço; a família que exige internação de seu membro em um hospital psiquiátrico; o morador de rua que incomoda os vizinhos; o usuário que estabelece uma relação de dependência com o serviço. Exemplos de situações que são desafios cotidianos encontrados pela equipe e nas quais se instaura a tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se conhece e um outro que se pretende construir. Retomando a citação mencionada linhas antes, o cuidado é a arte do encontro, embora haja tantos desencontros pela vida.

⁴⁹ Entendido aqui no sentido utilizado por Merhy (2002) como o conjunto de saberes de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde.

Desencontro que se manifesta no modelo psiquiátrico hegemônico que ainda prevalece nas ações de cuidado de muitos serviços, os quais apenas se nomeiam como Caps. Como resposta da equipe a essas situações, tenho ouvido com muita frequência as seguintes frases: – O usuário não quer vir? Não é mais de nossa responsabilidade então. – A família pede internação. Pois que se interne. Atenda-se a solicitação. – Morador de rua? Isto é problema da assistência social do município. – O usuário está em crise no serviço? Chama o psiquiatra para medicar! E quando está em crise no meio da rua? Chama-se a polícia. Além das características que já alinhavi sobre esse modelo hegemônico, apontaria uma outra que surge com desanimadora frequência nas ações, especialmente dos profissionais não médicos, que tenho presenciado nos muitos Caps com os quais mantenho contato: são atos norteados por valores e julgamentos morais. Frases como: – Não faça mais isso, fulano. É muito feio! – Quem não se comportar direito não ganha o ovinho de Páscoa! – Quem vai acompanhar os usuários? Eles não podem sair sozinhos! – Que gracinha, nem parece que são doentes mentais! revelam que o usuário é colocado em um lugar de infantilização e a atuação da equipe é no sentido de ‘corrigir’ e ‘educar’ os comportamentos. Ouvi, certa vez, um usuário afirmar irritado, a respeito de um Caps que ele frequentava: “– Isto aqui parece uma creche para doido!”. Sobre esse tema, Foucault (1975: 84) afirma que “a loucura encontra-se inserida no sistema de valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro”.

O desencontro que ocorre nessa reprodução de condutas submete o usuário e o trabalhador a um lugar de sujeição, de produção de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas. Produção de afetos tristes. Renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia. Não há Caps aqui, apenas mais um serviço de saúde mental organizado segundo a mesma lógica hegemônica.

Em um determinado momento da história da Reforma Psiquiátrica, a constituição das equipes multiprofissionais era apontada como um promissor instrumento de mudança. No estado de São Paulo, no início dos anos 80, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou um texto denominado “Proposta de Trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental,” conhecido como a cartilha da Coordenadoria de Saúde Mental, explicitando uma série de sugestões para a organização do

trabalho das equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde e no ambulatorios, com uma abordagem bio-psicossocial. O trabalho em equipe constituía-se em uma espécie de terra prometida, onde afinal se poderia mudar o modelo e exercer uma boa assistência da saúde mental. Proposta, aliás, como assinalei no capítulo 1, já contida em documentos oficiais desde a década de 1960.

Entretanto, tivemos – e ainda temos –, para a concretização de uma proposta de trabalho em equipe multiprofissional, diversos problemas que a transformam em um dispositivo burocrático. Uma primeira questão refere-se ao fato de que a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações, nas quais o saber médico prepondera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário. Essa mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouca ou nenhuma relação entre si. Por exemplo, no cotidiano dos ambulatorios de saúde mental, que se propõem como espaços de trabalho em equipe multiprofissional, o reflexo dessa divisão se dá com a consulta do psiquiatra como a atividade prioritária e essencial, com agenda repleta, atendimentos de curtíssima duração, visando a uma alta produtividade; depois, há a consulta do psicólogo, geralmente individual e com longa lista de espera; depois os grupos de orientação coordenados pela enfermeira ou pela assistente social; e o grupo de atividades da terapeuta ocupacional. Os encaminhamentos de um profissional para outro, que trabalha na sala ao lado, se efetivam com o preenchimento de uma guia entregue na recepção, que agenda a consulta. Os diversos profissionais que trabalham em um mesmo lugar se reúnem (com dificuldade), uma vez por mês, e discutem questões administrativas. Nos cinco minutos finais, um ou outro caso mais grave merecerá a atenção da parte da equipe que ficou até o final da reunião.

A racionalidade implícita no modelo médico hegemônico determina um modo de organização das práticas de saúde que se caracterizam por atividades curativas, individuais, assistencialistas e especializadas. Pensar em ações preventivas, atenção integral, trabalho em equipe e práticas coletivas de saúde não faz parte dessa racionalidade, que está adequada para uma prática privada regida por uma lógica mercadológica. Nessa lógica, existe apenas sociedade ou parceria regida por interesses comerciais. Uma proposta de trabalho em equipe, apenas imposta como regra normativa, não reconhece os processos cotidianos de trabalho como campos de tensão e de interesses conflitantes entre distintos atores, nem considera que os profissionais que

atuam foram formados para um mercado privado da saúde e não para a saúde coletiva.

E, por fim, temos problemas com o próprio conceito multidisciplinar, que inspira o termo ‘multiprofissional’, que entendo, assim como outros autores,⁵⁰ como mero somatório de diferentes campos, que não estabelecem diálogo, não apresentam nenhuma cooperação entre si, mantendo seus limites e fronteiras e olhando desde suas perspectivas e lugares para um mesmo objeto: no nosso campo, a doença mental. Assim, a equipe multiprofissional, por essa caracterização, já está fadada a ser um apenas grupamento de profissionais de distintas áreas que ocupam o mesmo espaço físico.

Conforme apresentei no capítulo anterior, a Reforma Psiquiátrica, ao romper com a visão biológica reducionista e propor a desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, alinha-se na perspectiva de uma crítica aos fundamentos da racionalidade científica moderna (relação sujeito-objeto, reducionismo, determinismo). Propõe inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um intenso diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. Produz um borramento entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer.

Essa é uma perspectiva semelhante a que Passos e Barros (2000: 76) nomeiam como transdisciplinaridade que “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos”.

É uma proposta ousada e de alto risco. Pode-se produzir algo disforme, sem contornos, que mais confunde e desorganiza, do que orienta e institui. Um pensamento que corre o risco de nada produzir, visto que pode se perder na indiferença e no relativismo, como se tudo ou nada valesse. É, portanto, um grande desafio, constituir esse saber/fazer nos interstícios dos campos disciplinares ou, como propõem Passos e Barros, empregando um conceito de Deleuze, a que já aludimos, nos intercessores, o que se dá no ‘entre’, no momento em que ocorre.

⁵⁰ Japiassu (1976b) afirma que a *démarche* multidisciplinar consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido um acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados. Tem-se apenas uma justaposição de disciplinas sem fazer aparecer as relações que possam existir entre elas. Nessa mesma linha, Almeida Filho (2000) a descreve como uma justaposição de disciplinas em um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

Não são apenas diferentes disciplinas que olham para um mesmo objeto. Há que se abrir as fronteiras e fazer circular, *transitar* conceitos e categorias, *transmudar* os olhares dos sujeitos, *transformar* nossos modos de pensar, nos *transformarmos* nesse processo de construção. Inspirado em Edgar Morin, trata-se do desafio do pensar complexo.

E, no meio de tantos desencontros, como produzir encontros do usuário com a equipe? Como concretizar, nos processos cotidianos de trabalho e de produção de cuidado, essa transdisciplinaridade? O que posso dizer é da experiência no Caps Luiz Cerqueira em realizar um trabalho que se aproximou, e muito, dessa proposta transdisciplinar, e que poderia sintetizar da seguinte forma: o trabalho em equipe é aquele no qual os profissionais adotam uma posição de humildade frente a esse nosso objeto complexo, que é o sofrimento psíquico e o existir. Apenas uma solidária e despojada atitude de diálogo, de muito diálogo, pode começar a contemplar essa complexidade. Isso se reflete na organização dos processos do trabalho que será construído, considerando tudo o que já assinalai sobre território, responsabilização e acolhimento, como uma criação coletiva, de relações horizontais, aspirando à transversalidade⁵¹ proposta por Guattari, e com uma efetiva participação dos usuários e familiares. A concretização desse projeto implica uma maior responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão do serviço. Acarreta, de outra parte, uma flexibilidade na execução de tarefas distintas e intercambiáveis. É necessário não esquecer e reconhecer que somos atores de uma prática social que tem a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossos serviços, de produzir processos de subjetivação, produzir um modo mais autônomo de viver, de fazer a diferença.

E, por isso mesmo, estamos sempre correndo riscos. Há que estar “sempre atento e forte”,⁵² para que nas finas teias do cotidiano não sejamos capturados pela lógica do conformismo, da repetição do mesmo, porque este é um processo que se constrói em um movimento contínuo de desfazimento e fazimento, desconstrução e construção. Desconstruir conceitos e categorias, inventar novas possibilidades semânticas e teóricas, desfazer

⁵¹ “A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses: o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito” (Guattari, 1981: 96).

⁵² Referência à música “Divino maravilhoso”, de Caetano Veloso e Gilberto Gil.

os limites disciplinares e fazer novas produções. Repetindo o que já assinalai, trata-se aqui de um agenciamento de afetos para produzir vínculos, negociação de interesses divergentes, pactuação para um projeto de cuidado que se faz nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com a equipe, suas subjetividades e suas “caixas de ferramentas”.

PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL E A DIVERSIDADE DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS

Em um texto escrito no ano de 1989, afirmava que o trabalho do Caps só era possível porque nos colocávamos no lugar daquele que busca entender que não é uma doença o que está em questão na demanda de quem nos procura, mas sim um sujeito com seu sofrimento, com sua singularidade. É a ele que é destinado o trabalho. O usuário é o centro da atenção. Rompendo com o paradigma psiquiátrico, com o modelo hospitalocêntrico, ou médico-centrado, propus, como Merhy (2002), um modelo usuário-centrado.

Ao construir os novos serviços, as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, porém locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas. E isso significa desenvolver, a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir, que se concretizam no que tem sido nomeado, no dia a dia de muitos serviços, como Projeto Terapêutico Individual (PTI).

O PTI é, ao mesmo tempo, particular, referido a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula, na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores. Apenas o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental.

A construção de um projeto terapêutico individual se reveste de um grande desafio. Inicia-se com a semeadura de um vínculo, no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá *a priori*. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, e eles se rompem, se quebram.

Durante esse processo, desenha-se e explicita-se o PTI, uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seus familiares, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços, ativados a partir da necessidade do usuário. Pacto que pressupõe uma negociação a envolver a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores. Negociação que pressupõe, também, interesses nem sempre convergentes ou conciliáveis: por vezes, a família quer internar; ou o local de trabalho quer demitir o usuário; ou a escola não o aceita mais; quase sempre, divergências entre os integrantes da equipe sobre a melhor conduta e o melhor projeto; em outras ocasiões, temos a resistência do usuário em comparecer ao serviço ou às atividades propostas. Uma vez estabelecido o PTI, um profissional incumbe-se da tarefa de ser a referência, de responsabilizar-se por sua efetivação, ou seja, responsabiliza-se pela articulação das diferentes ações dos profissionais, por acompanhar, verificar e avaliar os efeitos das ações no usuário. Ratifica ou propõe mudanças no projeto. Exerce um duplo papel: de cuidador e de administrador das múltiplas ações do PTI.

Como apresentei anteriormente, o *menu* de atividades de um serviço é um indicador da qualidade das ações. Isso significa não abrir mão de nenhuma ferramenta. Não querendo parecer óbvio demais, os medicamentos tradicionais ou de última geração, exames simples ou complexos e sofisticados devem ser usados, mas com parcimônia, sem transformá-los em fetiches, na justa medida do que realmente são: instrumentos, meios. O mesmo raciocínio vale para qualquer outro recurso terapêutico ou ação de cuidado. Talvez possamos recuperar aqui o sentido da palavra *phármakon*, que, para os gregos, designava uma substância capaz de operar transformações, podendo causar o bem e o mal, a vida e a morte. Para Platão, no diálogo *Fedro*, o sentido de remédio ou de veneno não está na substância em si, mas no fato de ser aplicada na hora certa, na dosagem certa e por quem conhece a arte e

a ciência da cura. Platão aumenta a complexidade desse conceito, ao estabelecer uma analogia entre a medicina e a retórica, afirmando que a linguagem é também um *phármakon*. Manipulado pelo sofista, é veneno; pelo filósofo, é cura. Para Jacques Derrida (1997), em *A Farmácia de Platão*, a palavra *phármakon* é, ao mesmo tempo, veneno e antídoto, cura e morticínio, paradoxo ou ambiguidade, que depende de nossas escolhas. O *phármakon* não possui uma virtude própria, não se constitui apenas como a substância ativa, contudo, compreende também a pessoa que a administra. O *phármakon* é uma operação que se situa na relação, no entre, que é parte integrante dos efeitos que ele produz. *Phármakon* é encontro e, também, é um intercessor.

Voltando ao *menu* de atividades, quanto maior a diversidade e a quantidade de ferramentas, teremos mais possibilidades de construir projetos de cuidado adequados à complexidade de nosso ofício: medicamentos, atendimentos individuais, em grupo, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, projetos de residência terapêutica, articulação com outros serviços no território e o que mais puder ser inventado e criado. Rotelli, Leonardi e Mauri (2001: 91) afirmam que, se mudamos o objeto, se demolimos as antigas instituições, as novas devem “estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

Cada profissional conta com uma caixa de ferramentas, ou seja, o conjunto de saberes e de técnicas de que dispõe para a produção dos atos de cuidado, tal como propõe Merhy (2002). Ao articularmos essa caixa com a proposta da transdisciplinaridade, podemos pensar não apenas nas múltiplas disciplinas ou profissões que dialogam, mas nos encontros que se realizam no cotidiano dos serviços que podem inventar diferentes e diversas ferramentas, como uma ferramentaria que, a partir das ferramentas já conhecidas – martelo, serrote, chave de fenda etc. – cria outras para as situações que vão se apresentando.

No cotidiano do Caps Luiz Cerqueira, organizávamos nossas atividades sempre em cúmplices alianças: um psicólogo e uma terapeuta ocupacional coordenando um grupo de atividades expressivas; um psiquiatra e uma assistente social organizando uma festa; uma enfermeira e um psiquiatra coordenando um grupo de familiares, e muitos outros encontros, por vezes inusitados, que produziam um rico momento de aprender saber e fazer

junto. Eram alianças que se urdiam, pois cada profissional se despojava de suas certezas e de seu lugar instituído, rompendo com as fronteiras pessoais. Essa disponibilidade potencializava a capacidade de produzir encontros e a criatividade, porque cada qual recorria às outras habilidades e conhecimentos que possuía, aplicando como recurso para a construção de uma nova ferramenta, um intercessor. Um talento para tocar um instrumento musical pode criar um grupo de música e se transformar em uma banda para apresentações e *shows*; um gosto por cinema, uma ideia na cabeça e uma câmera na mão podem inventar, com usuários, filmes e documentários; uma habilidade para jardinagem e decoração pode se transformar em um trabalho coletivo de organização e embelezamento do espaço da casa.

Pensar a transdisciplinaridade na prática significa pensar nesses intercessores que se apresentam em cada caso, em cada projeto terapêutico, e que nos provocam, nos levam a refletir em torno da utilização das potencialidades dos encontros, para aumentar a caixa de ferramentas e nos transformar nesse processo. Por exemplo, quando dois profissionais de distintas áreas elaboram uma determinada atividade e exploram não apenas as habilidades e competências técnicas de cada um, mas potencializam e investem em outras capacidades para criar, nos interstícios desses dois campos profissionais, criam uma nova ferramenta.

Ao produzir esses encontros, produzimos novas possibilidades de compreensão da loucura, da subjetividade humana, do sofrer psíquico; novas perspectivas de olhar para “aquilo que não faz sentido”. Arriscar-se a essa aventura misteriosa que é trabalhar com a loucura, com a dimensão humana, nos provoca a permanecer em constante disponibilidade para perceber detalhes, acolher angústias, estar atentos ao inusitado, ao inesperado. Matérias delicadas que formam a possibilidade da criação de encontros, que constroem as práticas cotidianas de cuidado, que inventam o amor, como diz uma canção de Cazusa.

E, falando em amor e loucura, Guimarães Rosa (1985: 291) escreve:

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver, são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

Toda construção das ações terapêuticas de um PTI é um desafio, pois, no mais das vezes, não sabemos bem direito que tipo de efeito esta ou aquela atividade pode produzir nos nossos usuários. No entanto, só é possível produzir quaisquer efeitos se arriscamos, se ousamos, se damos um passo à frente. Cada usuário demanda da equipe horas de reflexão sobre quais as estratégias mais adequadas. Não existem respostas simples. Objetos complexos demandam respostas complexas, mas não complicadas, rebuscadas, barrocas. Por vezes, ações simples podem ser respostas complexas. Por exemplo, articular uma vaga em uma pensão para moradia de um usuário, que mantém com sua família conflitos permanentes e irreconciliáveis e o levam a ser internado com frequência, pode ser uma ação simples, mas é uma resposta complexa que impacta em múltiplas dimensões na vida do usuário, de sua família, do serviço, da pensão, da equipe de referência, de outras equipes de saúde da atenção básica. Ou seja, essa ação produz um efeito de criação de uma rede de cuidado e de responsabilização.

A reflexão sobre essa complexidade e a produção de uma diversidade de estratégias leva vários autores a denominar essa produção de cuidados, essa clínica, de maneiras distintas: clínica ampliada (Campos, 2001; Bezerra Jr., 1996), clínica antimanicomial (Lobosque, 1997), clínica do sujeito (Campos, 2003), clínica do sujeito⁵³ (Tenório, 2001), clínica transdisciplinar (Passos & Barros, 2000).

Com suas respectivas diferenças e singularidades, podem-se encontrar alguns elementos comuns em algumas dessas nomeações: buscam desconstruir ou questionar o conceito tradicional de clínica relacionado ao conceito de doença, superando um entendimento biologista e contextualizando o processo saúde-doença como resultante de uma multiplicidade de aspectos sociais, políticos, econômicos, históricos, culturais etc. Multiplicidade que incide e se configura na subjetividade de uma pessoa concreta, singular, que demanda cuidados, cujas estratégias e atos se fazem no encontro norteado por uma ética da autonomia, da singularização e da inclusão social. A elaboração de uma estratégia e de uma produção de atos, considerando a complexidade deste objeto, implica pensar na articulação e no diálogo de distintos saberes e fazeres que transbordem para além dos enquadres terapêuticos tradicionais em alianças e encontros com outros recursos do território.

⁵³ Aqui o conceito de sujeito refere-se ao sujeito do inconsciente.

CRIAÇÃO DE UMA REDE INTERSETORIAL DE CUIDADOS

Como afirmei anteriormente, o processo da Reforma Psiquiátrica não pode se restringir à implantação de um determinado tipo de serviço, sob o risco de reduzir a complexidade desse processo a uma reforma administrativa e tecnocrática. Nesse sentido, retomo a ideia de que o Caps deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais.

Mais uma vez, relembro a portaria n. 336/2002, que aponta a rede de cuidados como característica do Caps: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”.

Devemos entender a organização dessa rede de cuidados em duas dimensões: a primeira se refere à rede de serviços de saúde existente no território. A própria portaria aponta para essa dimensão, encarregando o Caps de

desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território.

A equipe do Caps inscreve-se na organização da rede assistencial do sistema local de saúde, ocupando o lugar de referência e, portanto, lugar de permanente diálogo, apoio e intercâmbio para o planejamento, organização, execução e avaliação das ações de saúde mental.

Por sua vez, a segunda dimensão concerne a uma rede a ser tecida, ativando os diferentes recursos existentes no território que possam ser utilizados, estabelecendo alianças com outros setores e segmentos sociais. Para Saraceno (1999: 101), a inserção do serviço no território possibilita a liberação dos “recursos escondidos” e

o serviço pode contar com vários recursos, dentre eles as próprias pessoas que nele trabalham, os recursos materiais e os chamados recursos escondidos que

podem ou não pertencer ao sistema sanitário, mas são potencialmente agregáveis e ao mesmo tempo geradores de transformação do estilo de trabalho.

Saraceno usa uma interessante analogia com a história de Robinson Crusoe, que nos faz pensar sobre a relação entre o serviço e o seu entorno. O personagem, ao chegar à ilha, vê apenas as sobras do naufrágio como recursos para a sobrevivência. A ilha lhe é desconhecida, ameaçadora e deserta. Com o passar do tempo, o personagem inicia um processo de aprendizado e de adaptação que lhe desfaz a cegueira de seus saberes precedentes, que não permitem ver nem usar os recursos que, desde sempre, lá estavam: a água, os frutos, os peixes e até a companhia do “selvagem Sexta-Feira”. Combinando instrumentos que sobraram de seu barco, vai descobrindo materiais para inventar e criar outros instrumentos, construir seu abrigo, proteger-se. Assim como o personagem da história, o Caps pode estabelecer uma relação de cegueira com os recursos de seu território, ao ignorá-lo e olhar apenas para o ‘barco’ em que se está. O Caps, como uma estratégia, como uma proposta de construção de uma rede de cuidados, aprende a olhar para o território, buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, quer dizer, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno.

Descobrir e ativar os ‘recursos escondidos’ e implementar alianças representa mais um grande desafio. De um lado, temos a divisão social do trabalho, à qual me referi antes, que compartimentaliza as políticas públicas, cada qual com suas especificidades, seus campos de domínio de saberes e fazeres. Saber/fazer que pressupõe relações de poder (Foucault, 1979, 1983), interesses e vontades inerentes a cada campo. De outro lado, atores e segmentos sociais que não estão vinculados às ações das políticas públicas e que também têm seus domínios, seus poderes, seus interesses e vontades. O desafio está em negociar, articular e estabelecer alianças capazes de produzir uma força sinérgica para criar soluções e respostas aos problemas complexos que se apresentam, buscando superar a fragmentação dos conhecimentos e a separação das ações. Numa palavra, busca-se a intersetorialidade na urdidura da trama dessa rede de cuidados.

O relatório da III Conferência de Saúde Mental destina um item à intersetorialidade:

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Tra-

balho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território. (SUS, 2002: 54)

Articular ações integradas com os campos da “Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho, Lazer, com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs)” significa construir um processo que envolve um intenso diálogo, o qual pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo; explicitar os conflitos e os interesses envolvidos, para que se possam negociar e pactuar ações; unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassem por todos esses campos, a saber: a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população.

É uma dimensão essencialmente política. Trata-se aqui de um convite e de uma provocação que, partindo de um setor (a saúde coletiva de forma mais genérica), inscreve na agenda dos atores dos diferentes campos essa necessidade de construir coletivamente caminhos para a ação, evidenciando a possibilidade real e concreta do reconhecimento e da convivência com a diferença, da articulação dos saberes/fazer fragmentados e isolados, produzindo uma maior capacidade para enfrentar as situações que nascem da necessidade das pessoas e de seus problemas concretos. Ações que produzam efeitos em todos os atores envolvidos, construindo, assim, sujeitos e coletivos (Campos, 2000).

A intersetorialidade reveste-se de especial importância e de argumento fundamental para pensar o Caps como estratégia e não como um serviço isolado. Atribuir a responsabilidade da organização da rede de cuidados não significa dizer que a totalidade das tarefas deva ser executada pelo serviço. A organização de um Caps que assume isoladamente a responsabilidade de “dar conta” de toda a demanda e complexidade da vida do sujeito é muito semelhante à proposta pretensiosa e autoritária do hospital psiquiátrico. Um Caps, em decorrência, transforma-se em mais uma “instituição total”.⁵⁴ O processo de organização do trabalho deve seguir a lógica do território, entendido aqui, igualmente, como o desafio da intersetorialidade,

⁵⁴ Conforme conceito formulado por Erwin Goffman (1974).

que pode ser considerado como uma espécie de vacina contra a tendência onipotente dos serviços que querem cercar a vida do usuário de todos os lados, tornando-o um usuário-dependente de Caps. Afinal, “há tanta vida lá fora”.⁵⁵

Vida que acontece no processo de reapropriação desse mesmo território tantas vezes hostil e interditado ao usuário. Quase sempre o seu espaço de circulação restringe-se ao trajeto da casa ao serviço de saúde mental ou, com frequência, ao hospital. A produção de cuidados significa diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro por meio da ampliação da rede de circulação e uso dos recursos existentes: a piscina do centro social municipal; cursos e atividades do centro cultural; os artesãos que se dispõem a compartilhar seus conhecimentos; organização de associação de usuários e familiares; alianças com projetos e ações de outros setores visando, por exemplo, à constituição de uma cooperativa de trabalho; ações junto à Câmara Municipal, para a aprovação de projetos de lei; organização de moradias e/ou residências terapêuticas; realização de eventos culturais. Todo um conjunto de ações que provoque, instigue, convide o território, a cultura, a construir coletivamente novas formas de convivência com a diferença, construir um lugar mais solidário, mais justo, mais equânime. E de lugar em lugar, construir um novo mundo.

Enfim, uma rede possui um valor para múltiplos usos: pode servir para acomodar um corpo cansado que necessita de instantes de repouso; uma rede pode delimitar dois lados de um território e dar contornos para um bom jogo; uma rede pode nos ligar com muitas outras pessoas, para que nos comuniquemos e compartilhemos as nossas emoções; pode servir para produzir um cordão de gestos de solidariedade em um difícil momento para alguém; uma rede pode aparar a queda do corpo de um trapezista que ousou um salto mais arriscado; uma rede pode ajudar a criar ações coletivas de transformação. Entretanto, devemos tomar cuidado, pois uma rede pode ser também uma armadilha, feita para capturar, para aprisionar. Contudo, ainda bem que redes, assim, dificilmente capturam o vento das ideias.

O Caps, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com o acolhimento,

⁵⁵ Trecho da música “Como uma Onda”, de autoria de Lulu Santos e Nelson Mota, que foi utilizada em cartazes de divulgação do Movimento da Luta Antimanicomial.

agenciado pela equipe, e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida.

COTIDIANO E O TEMPO

O pátio de hospital psiquiátrico é um lugar profundamente triste, de solidão, de abandono. Pode estar repleto de pacientes, mas o que se ouve são apenas o ruído do arrastar dos passos e os gemidos de angústia. E o que se vê são seres que ocupam um mesmo espaço, mas não se comunicam, não se veem. Corpos estirados no chão, sem movimento. O tempo se arrasta, quase se paralisa. Não fosse o ciclo do dia e da alimentação, nada alteraria o quadro. Certa vez, quando trabalhava no Juqueri, depois de muitas discussões e enfrentamentos, colocamos um espelho em uma enfermaria feminina. Quase todas as mulheres se espantavam, ao verem em seu rosto as marcas do tempo: – Nossa, quem é essa velha aí no espelho? Não pode ser! Eu era tão jovem! A imagem do espelho produziu naquelas mulheres um duro reencontro com a dimensão do tempo que a mortificante rotina do hospital destruiu. Goffman (1974) relata que, entre os internados de muitas instituições totais, existe um intenso sentimento de que o tempo passado no estabelecimento é tempo perdido, destruído ou tirado da vida da pessoa. É um sentimento de tempo morto.

Sentimento que pode estar também nas nossas práticas cotidianas de trabalho. José de Souza Martins apresenta as ideias de Henri Lefebvre, destacando que uma das características que demarcam o cotidiano é o tempo linear, capturado pela lógica da acumulação. Tempo determinado pela mediação do valor de troca das mercadorias e do trabalho mercantilizado. A vida cotidiana tornada modo de viver sem estilo, “tempo do homem desencontrado consigo mesmo, que se torna produto de seu produto, transfigurado de sujeito em objeto” (Martins, 2000: 103). Um tempo usurpado, controlado, destituído de sentido. *Tempos Modernos*,⁵⁶ de gestos repetitivos, determinados pelo fluxo contínuo do modo de produção capitalista que se reproduz na passagem das horas de nossos processos de trabalho. Nesse cotidiano administrado e controlado, qual a governabilidade que o sujeito tem sobre seu tempo?

⁵⁶ Referência ao filme clássico de 1936, dirigido, produzido e interpretado pelo genial Charles Chaplin.

O mesmo autor, ao citar Agnes Heller, nos aponta um caminho possível para essa questão:

só quem tem necessidades radicais pode querer e fazer a transformação da vida. Essas necessidades ganham sentido na falta de sentido da vida cotidiana. Só pode desejar o impossível aquele para quem a vida cotidiana se tornou insuportável, justamente porque essa vida já não pode ser manipulada. (Martins, 2000: 63-4)

É nesse paradoxo e contradição do nosso cotidiano reificado que talvez se possa encontrar a potência para construir caminhos de mudanças. É da contradição das relações sociais, que pode nascer a força para questionar, desconstruir e destruir os valores e micropoderes que produzem nossa subjetividade mesquinha, conformada, triste e servil. Força para correr riscos, investir e afirmar uma produção da vida e de outros valores. Nosso trabalho de produção de cuidado abrange múltiplas áreas: saúde, educação, trabalho, moradia, lazer e cultura. São importantes áreas do humano, dentro de uma perspectiva de transformação no cotidiano, das relações sociais, operando com conceitos, valores e noções como cidadania, autonomia, solidariedade, inclusão, acolhimento, participação e outros mais. Como declara Martins (2000: 57): “O novo herói da vida é o homem comum imerso no cotidiano. É que no pequeno mundo de todos os dias está também o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, daquilo que faz a força da sociedade civil, dos movimentos sociais”.

Produzir atos de cuidado, montar projetos terapêuticos, negociar alianças são ações nas quais o tempo ganha uma dimensão importante. Não o tempo controlado, tempo fugidio e efêmero, tempo este da máxima aceleração, ‘tempo sem tempo’ do modo capitalista de produção. Não o breve tempo da consulta médica, da produção de procedimentos, seguindo a lógica “*Time is money!*”. Mas outra relação com o tempo. Tempo para receber e acolher; um tempo para ouvir e ver, e outro para refletir. Um tempo para agir, para se modificar pela ação e voltar a refletir. Um tempo de criação, para afirmar a vida. Uma usuária, certa vez, perguntou angustiada: “– Como faço para ver as horas? Não consigo ver as horas!”. Por mais que lhe mostrássemos o relógio, os números e os ponteiros, ela continuava com a mesma pergunta. Até percebermos que sua dúvida talvez fosse outra. Conseguimos ‘ver’ as horas? Ver o tempo? Qual sua aparência? De quais matérias são formadas as horas? Como constituir um espaço vital, para que o tempo

possa seguir um fluxo que não aliene? Como podemos nos apropriar do tempo, para que possamos afinal ver as horas?

Cada música possui notas que se arranjam em combinações harmoniosas no passar do tempo que marcam seu ritmo, com momentos de pausas, de acelerações, com suavidade ou vibração. Pensar na produção de cuidados significa ouvir a melodia e o ritmo da canção entoada (ou latente) de cada um, de quem tomamos a delicada e complexa tarefa de cuidar. Ouvir essa singular combinação de silêncios e sons, na qual o tempo acelera num ritmo alucinante, a loucura é uma “recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade e a reivindicação de um outro tempo” (Pelbart, 1993: 39). Pedido de uma temporalidade diferenciada, que transforma o cotidiano, que inventa uma canção, que possibilita habitar o tempo e a vida de um outro modo.

Goldberg salienta a importância do cotidiano, ressaltando-o e reconhecendo-o como instância terapêutica, a partir da qual o trabalho do Caps Luiz Cerqueira foi-se estruturando. O autor observa, ainda:

É preciso, portanto – se queremos reconhecer e trabalhar com o cotidiano desses pacientes – abordá-lo como instância construtiva, cuja estrutura de repetição não cessa de organizar mundos de vida, ou de permitir a eles a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico. Mas cumpre observar desde já que, ao reconhecermos o cotidiano como instância simbólica de reconstrução contínua para o paciente, não poderíamos reduzi-lo a uma espécie de pano de fundo da doença, servindo-nos dele para aferir resultados de estratégias de tratamento. Ainda que uma das contribuições secundárias na consideração do cotidiano possa ser esta, não se pode obliterar que o interesse principal da estratégia terapêutica não é propriamente investigá-lo como “meio” conduzindo a certos “resultados” prefixados, mas conhecê-lo e talvez ampliá-lo como único espaço simbólico que de fato resta a esses pacientes, afluindo, além disso, como uma interface expressiva que lhes permite resgatar-se culturalmente. (Goldberg, 1998: 133)

A microfísica do poder ou a micropolítica do desejo se configuram, se constituem, se afirmam, se reproduzem no território, nos pequenos detalhes e na intimidade dos dramas do cotidiano. É nesse terreno que surge mais um desafio para tal proposta de mudança de modelo: romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia a dia; produzir e inventar ações de ruptura, explodir o tempo com significados e sentidos;

rearranjar a rotina do Caps, criando novos e outros caminhos. Assim, conhecer lugares na cidade por onde nunca se andou; experimentar sensações inéditas de fruição estética (ouvir música clássica, ir a um museu, assistir a uma ópera ou a uma peça de teatro); aprender a cozinhar e a degustar novos sabores; descobrir, no ato de fazer algo novo, habilidades para atividades e para expressão inimagináveis são todos exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida é produzir outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro, potencializar a vontade de fazer história.

A vida cotidiana não está “fora” da história, mas no “centro” do acontecer histórico: é a verdadeira “essência” da substância social. (...) As grandes ações não cotidianas que são contadas nos livros de história partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade. (Heller, 1989: 20)

Como salienta Heller, os grandes acontecimentos históricos partiram da vida cotidiana e a ela retornam. Nesse sentido, os serviços substitutivos devem produzir, em sua prática cotidiana, os fios que tecem novas redes de ações, constituindo alianças com os movimentos sociais, sendo parte do processo de tornar possível a construção de um novo mundo.