

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

ALEXANDRE CARDOSO DA CUNHA

Clinicar Gerenciando e Gerenciar Clinicando

VITÓRIA

2009

ALEXANDRE CARDOSO DA CUNHA

Clinicar Gerenciando e Gerenciar Clinicando

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Institucional, da Universidade
Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina
Campello Lavrador.

VITÓRIA
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C972c Cunha, Alexandre Cardoso da, 1976-
Clinicar gerenciando e gerenciar clinicando / Alexandre
Cardoso da Cunha. – 2009.
146 f.

Orientadora: Maria Cristina Campello Lavrador.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Saúde -
Administração. 4. Política de saúde mental. I. Lavrador, Maria
Cristina Campello. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

ALEXANDRE CARDOSO DA CUNHA

Clinicar Gerenciando e Gerenciar Clinicando

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na área de concentração Subjetividade e Clínica.

Aprovada em 11 de Maio de 2009.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dra. Maria Cristina Campello Lavrador
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Para todos os que sempre valorizaram
a potência de criação da vida.

Agradecimentos

A meus pais, que mesmo muitas vezes sem entender meu percurso, me apoiaram nas decisões importantes na vida;

À Tarsila, eterna em minha vida, que nas minhas presenças ausentes, se fez forte e minimizou as turbulências do meu caminhar pela/na vida. Também soube fazer de nosso cotidiano uma obra de arte, colorida, com sabores, odores e texturas que me fazem apaixonar a cada dia;

À Mariana, que nas horas difíceis me resgatava das profundezas do meu pensamento para os mais intensos e deliciosos momentos de transbordamentos de autenticidade em brincadeiras fantásticas;

Ao Miguel, que me fez renovar a saudade do futuro, a expectativa do que estar por vir, comprovando a cada momento o efeito de projetar o futuro, de manter as expectativas positivas num devir afirmativo, tudo isto aproveitando cada momento presente da melhor forma possível.

À Cristina, sábia mestre, que com muita delicadeza e sutileza me conduziu pelo caminho de escritas mais afirmativas, intensas e firmes. Sempre disposta a ouvir, entender e apreender algo da Terapia Ocupacional para ajudar a contribuir com o trabalho. Conversas longas e prazerosas foram o recheio de uma relação que foi muito bem “orientada”.

Ao Eduardo Passos e Beth Barros, que são fortalezas em pessoas. Trouxeram contribuições em seus textos e em seus questionamentos de maneira que mudaram significativamente o rumo do trabalho para uma maior consistência e intensidade.

À Gilma, excelente parceira nos mais diversos momentos profissionais. A amizade e carinho que se construiu não se expressa em tão poucas palavras. Agradeço sempre a parceria.

Ao Wallace, excelente parceiro de reflexões e disparador de idéias afirmativas;

À Catharina, Danielle, Elizabeth, Janayna, Juan, Leonardo, Lidiania, Priscila, Ricardo e Thiago, companheiros da primeira turma do PPGSI-UFES, com sua energia e força de fazer acontecer;

Aos alunos da graduação, que me desafiaram a buscar sempre mais: “Efeito aula”;

À Bené, pela maestria que conduziu algumas conexões, ensinamentos e amizade (no trabalho e fora dele);

À Helô Medeiros, Thelma Matsukura, Jô, Sônia Ferrari, Solange Tedesco, mestres e afetivas professoras na arte do uso de atividades em saúde mental.

À Erika, Gisele, Léo, Olavo, Taís e José Otávio, colegas de profissão e formação que mesmo à distância constituem-se em potentes parcerias na construção de práticas e discussões da e na Terapia Ocupacional;

Aos colegas de serviço que rizomaticamente conectaram-me com inúmeras teorias e que me ajudaram a fazer a gestão do serviço de saúde mental: Paula Cauchick, Rubens Berlitz e Sônia.

Ao saudoso Arthur Hyppolito de Moura que foi a primeira pessoa a desestabilizar minhas certezas sobre saúde mental. Sábio supervisor institucional. Também ensinou a mim e a várias pessoas que “ninguém sabe tudo, mas todo mundo sabe alguma coisa”.

À Margarete, que sem saber me conduziu pelas veias da gestão baseada nos afectos e no cuidado com as pessoas;

A todas as pessoas que de diferentes maneiras contribuíram para o funcionamento do PPGSI, proporcionando o trabalho que nestas páginas se concretiza, mas não se finaliza;

“De todas as coisas que eu tive, as que mais me valeram, das que mais sinto falta, são as coisas que não se pode tocar, são as coisas que não estão ao alcance de nossas mãos, são as coisas que não fazem parte do mundo da matéria”.
(O CHEIRO, 2006)

Resumo

Este trabalho objetiva pesquisar a respeito do quanto os espaços que usam a atividade como recurso terapêutico interferem na gestão do equipamento de saúde e o quanto a maneira como a gestão é realizada interfere nos espaços de uso de atividades como recurso terapêutico. A divisão do trabalho em três platôs permite leituras independentes que, apesar de produzirem encontros ao longo do texto, serão concluídas na última parte. O primeiro platô trata das várias conexões que compõem o Sistema Único de Saúde; ele será descrito como um rizoma, com as suas derivações e ramificações infinitas. Trataremos da reforma psiquiátrica e dos caminhos que se têm tomado nesta construção das políticas públicas de saúde mental. O segundo platô descreverá a genealogia dos usos de atividades e da profissão Terapia Ocupacional; nele a máquina que faz a vida andar entrará em funcionamento e comporá aspectos importantes da saúde mental e reforma psiquiátrica. No último platô abordaremos a questão da gerência de serviços de saúde mental, da clínica e das interferências que o capital tem nesse campo. Conclui-se que as interferências ocorrem em vários momentos e que clínica e gestão são entendidas como dois planos distintos apenas didaticamente, ou no modo taylorista e capitalista de produzir o mundo.

Palavras-Chave: saúde mental; gestão de serviços de saúde; política.

Abstract

This study aims to research about how much the places that use the activity as a therapeutic resource interpose in the management of equipment health and about the way the management is held, interpose with the places used to activities as a therapeutic resource. The division of labor into three plateaus allows independent readings, while producing meetings throughout the text, will be completed in the last part. The first Plateau concerns about the several connections that make up the Brazilian Health System. It will be described as a rhizome with all its ramifications and endless derivations. We will treat the psychiatric reform and the way that have taken in the construction of public policies on mental health. The second plateau describes the genealogy of the uses of activities and the Occupational Therapy profession. In it a machine that makes life goes on will turn on and it is going to compose important aspects of mental health and psychiatric reform. In the last plateau will be discussed the issue of management of mental health services, the clinic and the interference that the capital has in this issue. In Conclusion, the interpose occurs in many different moments and the clinic and management are regarded as two separate plans only didactically, or in the way of Taylor and capitalist produce the world.

Key-Words: Mental health, management of equipment health; policies;

Lista de Siglas

ANL – Aliança Nacional Libertadora

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CETO – Centro de Estudos em Terapia Ocupacional

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CsO – Corpo sem Órgãos

CT – Comunidade Terapêutica

FUVEST – Fundação Universitária para o Vestibular

MS – Ministério da Saúde

RJ – Rio de Janeiro

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TGA – Teorias Gerais da Administração

Sumário

1 - Aproximando o Leitor dos Afectos que Compõem esta Escrita	1
2 - Elementos paisagísticos de um horizonte (in)finito	10
3 - Platô 1: Rizoma	14
3.1 - O SUS e a Reforma Psiquiátrica	15
3.2 – Caminhos e (Des)Caminhos da Saúde Coletiva	23
3.2.1 – A Saúde e suas Práticas	26
3.2.2 – Os Conceitos e o Rizoma: Privado, Estatal, Público e Coletivo	30
3.2.3 – A Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus Campos de Forças	34
4 - Platô 2: Corpo Sem Órgãos	41
4.1 - História, Loucura e Terapia Ocupacional	42
4.2 – Atividades, seus Usos e Modos de Funcionamento	48
4.2.1 – Atividades, Religião, Natureza e Hospital	50
4.2.2 – E a Atividade entra no Hospital...	51
4.2.3 – O uso de Atividades ganha Status de Profissão	52
4.2.4 – A Atividade e sua Relação com o Capital	56
4.2.5 – Atividades e “a Emoção de Lidar”	58
4.2.6 – Resistir com atividades: movimentos contemporâneos à Reforma Psiquiátrica	61
4.3 – Atividades na contemporaneidade: Potencializando os Coletivos	66
4.4 – Atividades, produção e processos de subjetivação	72
5 - Platô 3: Criação de vida	77
5.1 – A Gestão da Clínica	78
5.2.1 - Clínica em Saúde mental	79
5.2.2 – Por uma clínica ampliada na saúde mental / amparar o outro na queda	84
5.2 – A Clínica da Gestão	92
5.2.1 - A Genealogia da Gestão: dominação e linhas de fuga	93
5.2.2 – A administração como degradação do trabalho	95
5.2.3 – Biopoder e capturas do capital via poder	100
5.2.4 - A gestão como potencializadora da clínica	106
5.3 – Gestão, Clínica e Processos de Subjetivação	116
6 - Tecendo o Pensamento	120
7 - Aliados, Companheiros, Amigos e seus Constructos	126

1 - Aproximando o Leitor dos Afectos que Compõem esta Escrita

“É verdade que a afecção passional e social é somente uma parte da natureza humana. Há outra parte, o entendimento, a associação de idéias. Mas é por convenção que se fala assim, pois o verdadeiro sentido do entendimento, nos diz Hume, é justamente tornar sociável uma paixão, tornar social o interesse” (DELEUZE, 2001, p.12).

Esta pesquisa foi modificada durante o mestrado. Fato não muito diferente do que inúmeras pessoas relatam ou vivenciam ao fazer uma pesquisa. Porém, apesar de semelhanças, há também diferenças fundamentais. Quem sabe, tanto algumas das diferenças quanto algumas das semelhanças podem ser explicadas/justificadas. Mas como? Que pesquisa é esta? O que mudou? Mudou mesmo? Será que se transformou? Transformou? Transformaram-me? Modifiquei-me. Qual minha implicação com a pesquisa e com o tema? De onde surge essa história toda? Quem sou eu hoje e quais as linhas que me atravessaram? Quais encontros tive ao longo do meu percurso (que consigo identificar e que de alguma maneira contribuem para este trabalho)? Quais apoios recebi? Quais estratégias usei? Enfim...

Minha entrada na faculdade e a escolha pelo curso talvez seja um bom começo... Não muito distante, apesar de muitas coisas terem acontecido depois disso. Segundo semestre do terceiro ano do segundo grau; vésperas de fazer a inscrição para o vestibular. Que curso fazer? Será que quero fazer algum curso superior? Não seria melhor tocar baixo em uma banda? Comprei o manual do vestibular, li a descrição dos cursos e não encontrei respostas. Nada de me enxergar nos cursos que conhecia.

Exatas? Não era minha praia (aliás, continua não sendo!). Humanas? Talvez. Mas a tendência era mesmo ir para as biológicas, ou melhor, para a saúde! Não sabia o que queria fazer, mas sabia o que não queria: medicina!

Manual da Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST). Revirando o manual achei um curso desconhecido para mim: Terapia Ocupacional. Tratei de devorar a explicação. Não entendi nada, mas... gostei. Estava decidido: escolhi Terapia Ocupacional! Minha segunda opção era psicologia (em uma das mais conceituadas universidades particulares de São Paulo). Após ser aprovado nos dois vestibulares, escolhi a primeira opção. O curso de psicologia, por insistência de minha mãe, foi mantido trancado por três anos (período permitido pela universidade), mas nunca cursado.

Desde o início do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos, estive mais próximo da atuação em saúde mental. Após quase desistir do curso ao ver uma filmagem de uma estagiária atendendo uma criança com paraplegia, fui convidado pela única professora terapeuta ocupacional (até aquele momento) a permanecer até o final do semestre e ver as outras atuações que ela mostraria. Sábia mestre! Ao conhecer a problemática da saúde mental e a(s) possível(eis) atuação(ões), apaixonei-me. Acabei focando todo o meu curso e estudos (extra-sala) para a saúde mental.

Mas que história é esta de uma profissão que têm atuações tão distintas? Uma que me fez apaixonar e outra que quase me fez desistir do curso. Pareciam duas profissões! Pareciam coisas tão distantes! Pensava: “Discursos tão diferentes podem constituir a mesma profissão”? Esses eram alguns dos questionamentos que eu e um grupo de amigos fazíamos constantemente. Várias tardes e noites em bares discutindo estes e outros tantos assuntos de nossa futura profissão. Tempos de calorosas discussões, deliciosas leituras, tempos quentes para futuros profissionais. Queríamos construir a profissão. Construir algo para além do que nos davam em sala de aula: tão pouco... Exageros conceituais e desvinculados de práticas (pelo menos para nós, ansiosos estudantes!). Muitos apaixonamentos e questionamentos: autores; professoras que sabiamente não respondiam e outras que respondiam sabiamente. Grandes aprendizagens!

Formado, fui atrás de esclarecer algumas de minhas dúvidas e busquei respostas que estivessem vinculadas com a prática profissional. Matriculei-me no Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO); local de reflexões intensas, aproximações com a psicanálise e ao mesmo tempo de enormes e fundamentais distanciamentos. O que fazíamos era mergulhar na terapia ocupacional. Aproximações de tudo o que pode se compor com ela, mas também afastamentos de toda e qualquer atuação que seja subordinada a outra instituição, que não a própria clínica da terapia ocupacional.

Tomei a liberdade de escrever no feminino (referindo-me às professoras), pois tive na graduação apenas dois professores (homens), entre tantas professoras. O primeiro não chegou a ser meu professor em sala de aula, pediu afastamento da Universidade para

ser secretário de saúde em um município vizinho. O segundo foi quem ministrou uma das disciplinas que mais gostei no curso: “Dinâmica Institucional – Programa e Ação Profissional”. Estudamos textos de Foucault, Guattari, Basaglia, Lapassade e também de terapeutas ocupacionais: Denise Dias Barros e Fernanda Nicácio.

Particpei do movimento que resultou na formação de um grupo de estudos sobre os escritos de Gregório Barenblit, Franco Rotteli e Franco Basaglia. Questionadores e instigadores do intelecto daqueles futuros terapeutas ocupacionais e, talvez, iniciantes institucionalistas. Esse grupo acabou se tornando o núcleo de luta antimanicomial de São Carlos.

Junto com um colega de turma, me aventurei a estudar os tão “fora-de-moda” antipsiquiatras. Como foi prazeroso, ainda na universidade, poder nos deleitar com escritos de David Cooper, Ronald Laing e Thomaz Szasz. Cada leitura era a descoberta de infinitos argumentos e possibilidades de (re)inventar maneiras de estar no mundo!

Depois de formado, trabalhando em um hospital psiquiátrico particular de São Paulo (SP), que era conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), eu e um grupo de colegas insatisfeitos com o trabalho possível, nos organizamos para criar o primeiro serviço daquele estabelecimento com características voltadas à desinstitucionalização da loucura. Criamos o Hospital-Dia do referido local. Atendíamos de segunda à sexta-feira, das oito às dezessete horas. A jornada continuava após o fechamento do serviço: telefonemas, idas às casas das pessoas que freqüentavam o serviço, reuniões, etc. Não era mais possível aceitar trabalhar em internação! Existe alguma situação que é necessário internar? Será que estabelecendo uma boa rede de suporte dá para evitar internação? Coordenei esse serviço, até pouco tempo antes de uma mudança radical em minha vida.

Voltemos à São Carlos/Universidade: a tão sonhada iniciação científica e uma bolsa para aliviar os custos de morar fora. Fui estudar e atender crianças diagnosticadas como autistas. Um ano de pesquisa, várias apresentações em congressos e um artigo publicado. Dois anos de atendimentos, muito aprendizado, várias extrapolações de conceitos vistos em sala de aula, muito crescimento profissional, outras tantas

apresentações do estudo de caso em congressos e um sonho: continuar atendendo crianças “autistas” após a formatura.

Realidade complexa! Mercado de trabalho restrito! Crianças autistas? Apesar de estar na maior cidade do país, não foi fácil encontrar um local que tratasse de crianças autistas. Não? Encontrei vários locais, mas todos utilizavam veementemente métodos comportamentais. Não era minha praia! Não é minha praia!

Devido à dificuldade de encontrar um local para trabalhar com crianças autistas, fui trabalhar no maior dos manicômios da América latina: Complexo Hospitalar do Juqueri. Apesar disso, tinha bastante clareza em relação ao trabalho com a loucura. O que devemos combater não são somente os muros e as estruturas físicas da instituição total¹ manicômio, mas a institucionalização. Tempos difíceis, tempos de lutas diárias contra a paralisação. Sair do pátio e ir a cachoeiras fazer piquenique, fazer caminhadas (fora da colônia) ou ir tomar refrigerante e comprar cigarro num bar; eram atividades freqüentes e raramente feitas com menos de 10 ou 15 internos. Haveria possibilidade de se tornarem “externos”? Foi um ano assim. Desilusões, dificuldades, decisões de uma gestão nada compartilhada com os trabalhadores da colônia e a terrível sensação de morte no trabalho em vida e com vidas. Apesar disso, ainda guardo algumas boas lembranças de lá! Alguns amigos deixados para trás, outros no mesmo lugar e há ainda os que trago comigo.

Outra oportunidade surgiu: Hospital da Água Funda. O trabalho seria melhor, pensei. E foi! Internação curta, apenas 15 internos sob minha responsabilidade (e não mais 112, como no Juqueri). Uma equipe que se encontrava e conversava muito mais e, portanto, tomava decisões mais coesas. Aqui havia mais ar puro para respirar, possibilidades mais visíveis, horizontes mais amplos. Havia também um Diretor, que além de amigo, colega de consultório durante um período, me ajudou quando anunciei uma mudança

¹ “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1996, p.11)

radical. Deu-me o telefone de uma amiga que era dona de uma clínica psiquiátrica, para eu trabalhar. Desafios? Inúmeros! Mas onde não têm?

São Paulo: minha cidade natal. Vivi lá por 20 e poucos anos. Metrópole! Capital de imensa e intensa variedade gastronômica e cultural. Com poucos serviços de saúde mental, porém importantes locais de referência. Muitos gostos e culturas institucionais podem ser apreciados. Dias longos. Cansativos. Muito produtivos. Ficava fora de casa das cinco e meia às vinte e uma ou vinte e duas horas. Trabalhava das sete às dezoito horas e depois ia para a terapia ou a especialização.

São Carlos: cinco anos de estudos intensos. Local de muitas reflexões, aprendizado, estabelecimento de metas, sonhos.

Vitória: Uma mudança radical em minha vida! “A verdadeira cidade maravilhosa”². Praia, sol, calor e um sonho concretizado: tornar-me professor universitário. Mas não era só isso. Não gostaria de deixar de atender pessoas. Onde poderia clinicar? A clínica que o amigo/diretor havia me dado o contato da proprietária! Muitas ligações, contatos, reuniões e finalmente estava trabalhando lá. Idas e vindas. Cerca de quatro anos de trabalho nesse local.

As aulas: disciplinas diversas, concentrando-se em saúde mental e gestão de serviços. Porém, uma das disciplinas foi tomando um formato interessante e fui adquirindo um carinho super especial por ela. Uma disciplina que fala sobre gestão de serviços de saúde, o método da roda, os programas de saúde pública.

Mas ainda faltava o mestrado! Encontrar um programa de pós-graduação que pudesse compor elegantemente tudo o que pensava e já havia estudado, além disso, poder também contribuir com meu crescimento profissional. Mas fazer isso de forma vinculada à realidade cotidiana de meu trabalho, não foi fácil! Foram quatro anos de espera para que a primeira turma do programa de psicologia institucional abrisse, exatamente no

²REBLIN, Luis Carlos. **Mesa de Abertura**. Palestra ministrada no Simpósio Regional do Projeto integralidade: Saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, realizado em Vitória, em agosto de 2007.

ano em que maio de 68 terminou, segundo anunciado por um jornalista da Folha de São Paulo (ROSSI, 2007). Curiosa esta perspectiva: maio de 68 decretado morto justamente no ano em que se inicia um programa de pós-graduação com caráter institucionalista! Foucault já nos explicou há muito tempo que a margem é um mito! Será que maio de 68 morrerá?

O estudo proposto inicialmente tinha como objetivo investigar como os modos de subjetivação produzem e são produzidos pela instituição CAPS, por meio dos processos *instituintes* e *instituídos*³. O estudo visava também dar visibilidade à ordem Institucional e propiciar ao CAPS estudado e aos seus atores, colocar em análise suas implicações com as práticas produzidas. A partir da concepção de que as situações cotidianas são acontecimentos sociais complexos determinados por uma heterogeneidade de fatores e de relações, seria possível dar novos sentidos às práticas do CAPS dentro do contexto da reforma psiquiátrica, sem desconsiderar todos os aspectos micro e macropolíticos⁴. Poderia também responder questões sobre a importância de desenvolver ações extramuros, de estabelecer relações com as equipes da rede básica e das unidades hospitalares, para o cumprimento de um tratamento antimanicomial.

³ O instituído e o instituinte. O primeiro é “a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)” (LOURAU, 2004, p. 47). Já o instituinte é “a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como significante da prática social” (op.cit. 47).

⁴Micro e macropolítica nada têm a ver com o tamanho. Não se refere ao pequeno (indivíduos e suas relações) e ao grande (sociedade, Estado). “Não se trata de uma diferença de grau, mas de natureza. Não se trata de uma diferença de tamanho, escala ou dimensão, mas de duas espécies radicalmente diferentes de lógica” (Rolnik, 2006, p.59).

Segundo Guattari e Rolnik (2005) “a micropolítica é exatamente (...) tentar agenciar as coisas de modo que os processos de singularização não se neutralizem mutuamente, não se recuperem na reconstituição de pseudo-entidades molares. A micropolítica consiste em criar um agenciamento que permita, ao contrário, que esses processos se apoiem uns aos outros, de modo a intensificar-se” (p. 92, 93).

Já a macropolítica refere-se à realidade em suas formas constituídas – aqui, também, tanto no nível individual, quanto grupal ou coletivo. É na lógica das formas constituídas que se pensa tanto em termos de um todo, de pólos em conflito e/ou contradição – em suma, em relação de dominação entre Estado e Sociedade, quanto para as relações de dominação no seio de um casal” (Rolnik, 2008, p.3).

Durante o primeiro ano do mestrado muitas foram as alterações que o projeto inicial sofreu. Apesar de já ter trabalhado em um Hospital-dia particular em São Paulo, que funcionava a partir dos referenciais da reforma psiquiátrica e com os objetivos semelhantes aos dos CAPS, tendia a pensar e a aproximar minha pesquisa do que faço atualmente. Pesquisar os grupos que utilizam atividade como recurso terapêutico foi uma possibilidade. A pesquisa passou a englobar um pouco de cada uma dessas linhas, dúvidas, questões que foram fazendo a pesquisa. Esta pesquisa não é só minha! Logo, cartografar a paisagem dos dinamismos espaço-temporais terapêuticos, problematizando o uso das atividades em saúde mental, foi uma das possibilidades que a pesquisa tomou. Isso a partir do comum e não do lugar de especialismos da terapia ocupacional.

Mas e a gestão? Ainda tinha à minha frente uma constatação: a dificuldade que as equipes, pelas quais passei, tinham de pensar estes espaços de atividade como clínica (afinal, dificilmente levam situações que digam respeito ao que se faz para as reuniões de equipe e discutir casos levando em consideração esses espaços). Minha pesquisa tomou outro rumo. Pesquisar o quanto esses espaços que usam a atividade como recurso terapêutico interferem na gestão do equipamento de saúde e o quanto que a maneira como a gestão é realizada, interfere nesses espaços.

Ao longo desse caminho nada simples, tive sempre ao meu lado pessoas que compunham uma multidão que ao mesmo tempo que me apresentavam novas maravilhas, faziam horrores com meu “porto seguro”, com meus conhecimentos prévios! As estremecidas e mais aprofundadas leituras de Gilles Deleuze, além das primeiras leituras de alguns trabalhos de Tony Hardt, Antonio Negri e Maurizio Lazzarato, foram decisivas para a formatação final deste trabalho. Firmes abalos ao meu pensamento inicial. Movimentos que se fizeram presentes em mim, na dissertação. Figuras essenciais para o surgimento de novas perspectivas deste trabalho.

Assim, a dissertação formatou-se de maneira que os platôs podem ser lidos separadamente; podem ser lidos em sequência ou em qualquer ordem. Porém não deixaram de ter ligações entre eles, parágrafos que fazem as devidas conexões entre

os platôs. O importante é, na leitura, sentir a intensidade, encontrar a vibração das palavras.

No primeiro Platô iremos caminhar por algumas das várias conexões que compõem o SUS. Ele será descrito como um rizoma, com todas as suas derivações e ramificações infinitas. Falaremos da reforma psiquiátrica e dos caminhos que se têm tomado nesta construção das políticas públicas de saúde mental.

O segundo platô descreverá a genealogia dos usos de atividades e da profissão Terapia Ocupacional. Nele, a máquina que faz a vida andar entrará em funcionamento e comporá aspectos importantes da saúde mental e reforma psiquiátrica.

No último platô, abordaremos a questão da gerência de serviços de saúde mental, da clínica e das interferências que o capital tem nesse campo.

2 - Elementos paisagísticos de um horizonte (in) finito

“Os princípios característicos das multipheidades concernem a seus elementos, que são singularidades; a suas relações, que são devires; a seus acontecimentos, que são hecceidades (quer dizer, individuações sem sujeito); a seus espaços-tempos, que são espaços e tempos livres; a seu modelo de realização, que é o rizoma (por oposição ao modelo da árvore); a seu plano de composição, que constitui platôs (zonas de intensidade contínua); aos vetores que as atravessam, e que constituem territórios e graus de desterritorialização” (DELEUZE, GUIATTARI, 2004c ,p. 9).

A formatação desta dissertação se faz em platôs. Cada platô faz referência a um tema diferente. Referências que se cruzam, temas que formam uma rede, se conectam como um rizoma, ampliam-se na potência como um corpo sem órgãos, vão à direção da criação de vida, do cuidado de si. Como nos explica Pelbart (1997), na aba do livro *Mil Platôs* vol. 4, de Deleuze e Guattari, “Num rizoma entra-se por qualquer lado, cada ponto se conecta com qualquer outro, não há um centro, nem uma unidade presumida”. As referências teóricas estão escritas em forma de rizoma. São platôs que se comunicam, conectam-se, mas não necessariamente precisam ser lidos na ordem que se encontram dispostos no papel ou no arquivo digital. É necessário que o leitor possa ter clareza que os vários aspectos se entrelaçam, interferem-se, comunicam-se, não sendo de maneira alguma conceitos e/ou idéias rígidas e fixas separadas em capítulos e/ou sub-capítulos.

Alguns (ou vários) aspectos (ou assuntos) que serão abordados em um capítulo serão abordados nos outros, sob outros aspectos, fazendo conexões diferentes, desterritorializando conceitos e práticas. Essa forma de escrever sobre as coisas (e sobre a história) faz com que possamos incorrer em algumas repetições, que devem ser entendidas não como segundas apresentações do mesmo tema/assunto, mas como uma nova forma de vê-lo, para dar mais intensidade ao que está se discutindo. Vemos assim o assunto/tema de outra forma, de maneira transformada. São maneiras de dar vida aos conceitos, de desnaturalizar as regras de escrita da ciência tradicional, de apresentar várias facetas da mesma face de um tema e quem sabe até apresentar a mesma faceta de várias faces de um único assunto. Como tudo o que é novo (será que é novo? Será novo apenas para as minhas ousadias no plano das palavras e da escrita?), traz em si certo risco. O risco percebido até o momento é que a vida do texto se prolifera aos poucos.

Não se pode perder de vista que as três partes deste capítulo, que se apresentam a seguir, dialogam sempre entre si. Dialogam e confrontam-se. Confrontam-se e repousam. Repousam e transformam-se. Não tenho o pretense objetivo de colocar um

ponto final nas discussões a respeito do SUS, da Terapia Ocupacional ou da gestão de serviços de saúde mental. Ao contrário, a intenção é poder explicitar idéias, forças e fluxos instituídos em todos estes três territórios⁵. Territórios de areia movediça, perigosos e traiçoeiros. Traiçoeiros para quem não acompanha a velocidade do virtual⁶ e quer apenas acompanhar o atual⁷, ignorando assim a fluidez e o movimento da vida e das coisas.

Traremos à tona a história. Não simplesmente para relatar acontecimentos passados, mas para suscitar a verdade, para buscar uma verdade sobre os temas. Como nos explica Foucault (2006c), a

“História do pensamento quer dizer não simplesmente história das idéias ou das representações, mas também a tentativa de responder à seguinte questão: como um saber pode se constituir? Como o pensamento, enquanto ele tem relação com a verdade, pode ter também uma história?” (p. 241)

⁵ “A noção de território é entendida aqui num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é um conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estáticos, cognitivos.

O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir. A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que territórios “originais” se desfazem ininterruptamente com a divisão social do trabalho, com a noção dos deuses universais que ultrapassam os quadros da tribo e da etnia, com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais.

O capitalismo é um bom exemplo de sistema permanente de reterritorialização: as classes capitalistas estão constantemente tentando “recapturar” os processos de desterritorialização na ordem da produção e das relações sociais. Ele tenta, com isso, controlar todas as pulsões processuais (ou *phylum* maquínico) que trabalham a sociedade” (Guattari; Rolnik, 2005, p. 388).

⁶ “Eles são ditos virtuais à medida que sua emissão e absorção, sua criação e destruição acontecem num tempo menor do que o mínimo de tempo contínuo pensável, e à medida que essa brevidade os mantém, conseqüentemente, sob um princípio de incerteza ou de indeterminação” (DELEUZE, 1998, p.173).

⁷ “O atual é o complemento ou o produto, o objeto da atualização, mas esta não tem por sujeito senão o virtual. A atualização pertence ao virtual. A atualização do virtual é a singularidade, ao passo que o próprio atual é a individualidade constituída. O atual cai para fora do plano como fruto, ao passo que a atualização o reporta ao plano como aquilo que reconverte o objeto em sujeito” (op.cit, p.174, 175).

Porém cabe lembrar que fazemos uma escolha de como contar essa história. E como é sabido, toda escolha é política, pois faz referências a posicionamentos, desejos, interesses e modos de estar e ver o mundo. Dessa forma, optamos por trabalhar com o tema da gestão dos serviços de saúde mental de maneira diferente da que tradicionalmente encontramos, pois abordamos de modo afirmativo, buscando a potência que ela pode ter e produzir. Deixamos de lado os aspectos duros, burocráticos, limitadores da ação. Porém, para chegar ao tema da gestão dos serviços de saúde mental, passaremos por outros que interferem e produzem a própria gestão. Barros e Barros (1997) falam que para discutir a gestão em saúde é preciso passar “pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (...), processos de trabalho (...), poder (...) e políticas públicas” (p. 62). Nas páginas seguintes abordaremos esses vetores-dobras. As políticas públicas (saúde, com sua forma de organizar e se constituir, pela saúde mental), os saberes e processos de trabalho (uso de atividades em saúde mental, terapia ocupacional), o poder (modos de estabelecer relações, de fazer administração e gestão) e os sujeitos (desejos, necessidades).

3 - Platô 1: Rizoma

“Em Esmeraldina, cidade aquática, uma rede de canais e uma rede de ruas sobrepõe-se e entrecruza-se. Para ir de um lugar a outro, pode-se sempre escolher entre o percurso terrestre e o de barco: e, como em esmeraldina a linha mais curta entre dois pontos não é uma reta mas um ziguezague que se ramifica em tortuosas variantes, os caminhos que se abrem para o transeunte não são dois mas muitos, e aumentam ainda mais para quem alterna trajetos de barco e transbordos em terra firme.

Deste modo, os habitantes de esmeraldina são poupados do tédio de percorrer todos os dias os mesmos caminhos. E não é tudo: a rede de trajetos não é disposta numa única camada; Segue um sobe-desce de escadas, bailéus, pontes arqueadas, ruas suspensas. (...) Um mapa de Esmeraldina deveria conter, assinalados com tintas de diferentes cores, todos os trajetos, sólidos ou líquidos, patentes ou escondidos. Mas é difícil fixar no papel os caminhos das andorinhas, que cortam o ar acima dos telhados, perfazem parábolas invisíveis com as asas rígidas, desviam-se para engolir um mosquito, voltam a subir em espiral rente a um pináculo, sobranceiam todos os pontos da cidade de cada ponto de suas trilhas aéreas. (Calvino, 1990, p. 83, 84)

3.1 - O SUS e a Reforma Psiquiátrica

Pensar o mundo, a vida⁸, o homem, o Sistema de Saúde Brasileiro e a reforma psiquiátrica. Coisas rígidas, imóveis? Ao compartilharmos da idéia de que a tensão entre forças desiguais pode nos levar, às vezes, por caminhos díspares, faz com que não acreditemos em uma permanência ao infinito entre um caminho e/ou outro. Aliás, em um mesmo caminho essa tensão também está presente.

Se pudermos pensar a vida como um filme, uma gravação, poderemos perceber que ela mostra-nos que as regularidades não fazem parte do primeiro plano da filmagem. O primeiro plano será composto da variação, do movimento, da potência de construção permanente, de um processo imanente⁹ de variação contínua. A vida, as instituições são assim.

“Instituição” não é um termo que tenha concordância a respeito de sua definição entre os diversos autores que tratam sobre o tema. É, no mínimo, um termo que gera muita discussão. Entre tantas definições, optamos para falar de instituições, nos utilizando do pensamento de Deleuze (1991). Ele nos explica que a instituição é um sistema organizado de meios para uma satisfação possível de necessidades. É um modelo positivo da ação, diferenciando-se da lei, que é uma limitação da ação¹⁰. A instituição, então, “nos remete a uma atividade social constitutiva de modelos, dos quais não

⁸ PELBART (2003b) nos explica que a “noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população. Vida agora incluía sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea, o intelecto geral. Vida significa inteligência, afeto, cooperação, desejo” (p.83).

⁹ Imanente no sentido de algo que permanece nele, de algo que permanece no agente. Falamos, pois de um movimento que tem fim em si mesmo. Spinoza utilizou o termo para afirmar que Deus é a causa imanente de todas as coisas. Queria dizer que Deus é a causa de todas as coisas que estão nele. “É evidente que neste sentido, imanência significa permanência do fim, do resultado ou do efeito de uma ação no seu agente” (ABGANANO, 2003, p. 539).

¹⁰ Deleuze (1991), explica que “contrariamente às teorias da lei que põem o positivo fora do social (direitos naturais), e o social no negativo (limitação contratual), a teoria da instituição põe o negativo fora do social (necessidades), para apresentar a sociedade como essencialmente positiva, inventiva (meios originais de satisfação)” (p. 135).

somos conscientes, e que não se explica pela tendência ou pela utilidade, uma vez que esta última, como utilidade, pelo contrário, a supõe” (p. 135). Resta-nos então explicitar o comentário do próprio Deleuze: “não basta dizer ‘a instituição é útil’, ainda é preciso indagar: a *quem* é útil?” (op. cit., p.135).

Então, a construção de instituições pelos homens está ligada à questão das exigências e dos interesses destes mesmos homens. Não se faz instituição que não se exija, ou seja, ela será útil para esses homens. Resta-nos perguntar a quais homens (éticos e não moralmente) ela estará servindo.

Instituições não são necessariamente terminadas, prontas, definitivas. Há um movimento permanente, há relações de forças, há imposições ao corpo do homem de uma série de modelos a seguir. As instituições são constituídas pelos jogos entre forças desiguais, por meio das práticas – discursivas e não discursivas¹¹ – do homem. Como em um jogo de força, sempre presentes entre o molar e o molecular¹², podemos

¹¹ As práticas discursivas são aquelas que se utilizam de elementos teóricos para constituir o poder normalizador – discursos das ciências, da religião, da filosofia, entre outros. As práticas não-discursivas são constituídas por elementos como as técnicas de controle corporal, regulamentos administrativos de controle do tempo dos indivíduos ou instituições, técnicas de organização espacial, técnicas de higienização (Foucault, 1991; 1995).

¹² “Toda sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra, segundo diferentes figuras como nos primitivos ou em nós – mas sempre uma pressupondo a outra. Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. Consideremos conjuntos do tipo percepção ou sentimento: sua organização molar, sua segmentaridade dura, não impede todo um mundo de microperceptos inconscientes, de afectos inconscientes, de segmentações finas, que não captam ou não sentem as mesmas coisas, que se distribuem de outro modo, que operam de outro modo. Uma micropolítica da percepção, da afecção, da conversa, etc. Se consideramos os grandes conjuntos binários, como os sexos ou as classes, vemos efetivamente que eles ocorrem também nos agenciamentos moleculares de outra natureza e que há uma dupla dependência recíproca, pois os dois sexos remetem a múltiplas combinações moleculares, que põem em jogo não só o homem na mulher e a mulher no homem, mas a relação de cada um no outro com o animal, a planta, etc.: mil pequenos-sexos. E as próprias classes sociais remetem a “massas” que não têm o mesmo movimento, nem a mesma repartição, nem os mesmos objetivos, nem as mesmas maneiras de lutar. As tentativas de distinguir massa e classe tendem efetivamente para este limite: a noção de massa é uma noção molecular, procedendo por um tipo de segmentação irreduzível à segmentaridade molar de classe. No entanto as classes são efetivamente talhadas nas massas, elas as cristalizam. E as massas não param de vazar, de escoar das classes. Mas sua pressuposição recíproca não impede a diferença de ponto de vista, de natureza, de escala e de função (a noção de massa, assim compreendida, tem uma acepção totalmente diferente da que propõe Canetti)” (DELEUZE; GUATTARI, 2004b, p.90;91).

perceber, com uma leitura mais atenta e mesmo que nem sempre explicitada (mente colocada), a pista para a indagação de Deleuze “a quem a instituição é útil?”.

Quando nos referimos a instituições, estamos nos reportando, por exemplo, à religião, família, escola, saúde pública, reforma psiquiátrica. Cada uma dessas instituições serve ao homem para certas necessidades.

Assim, o sistema público de saúde brasileiro busca considerar nas formulações das políticas de saúde, as demandas e necessidades da população. Entendê-lo com todas as suas contradições e suas potências é uma questão importante e que pode ser feita e analisada como Instituição. As forças que constituem a Instituição SUS coexistem em relações desiguais e não necessariamente se excluem ou anulam; em suas relações produzem novas forças, encontros que lançam no mundo outros encontros, outras produções. Caminhos inesperados podem ser tomados. Aberturas para encontros potencializadores. Fluxos por vezes territorializantes, por vezes desterritorializantes. Fluxos que fazem conexões sem regras pré-determinadas. Conexões que seguem e fazem o curso da vida. Viva. Múltipla.

Portanto, explicitar algumas forças que atravessam a Reforma Sanitária Brasileira e a Reforma Psiquiátrica (RPB) se faz necessário para podermos pensar a questão do modo de funcionamento dos serviços de saúde mental. O que estes serviços colocam em funcionamento?

Jogos de forças fazem parte de qualquer instituição. Lutas, interesses, discussões políticas, visões e entendimentos diversos. As tensões entre todos esses elementos em suas virtualidades e atualidades nos remetem à construção do plano do possível¹³. “Não há objeto puramente atual. Todo atual se envolve de uma névoa de imagens

¹³ Lavrador (2006a) nos explica que “Atualizar o virtual é efetivar a potência de possível, é afirmar uma nova sensibilidade. Virtualizar o atual é deslocá-lo apagando um pouco a individualidade” (p. 56). A mesma autora se utiliza das idéias de Zourabichvili para explicar que “Os possíveis que se cria remete a criação de possíveis reais que vêm dos acontecimentos, dos afectos e dos perceptos –afetos e percepções em devir – não nomeáveis a *priori*, mas que se atualizam na singularização, efetivando a criação de outros possíveis” (op. cit, p.54). Teremos assim um paradoxo que é o esgotar o possível para criar o possível.

virtuais” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 173). Remetem a uma saúde que seja coletiva, não apenas pública, rompendo com inúmeras dicotomias, como por exemplo, sujeito-objeto, paciente-profissional da saúde, saúde-doença, indivíduo-sociedade, saúde física-saúde mental.

Deleuze e Guattari (2004a) nos ajudam a ultrapassar esta lógica binária entre o público e o privado.

“O CsO é tudo isto: necessariamente um Lugar, necessariamente um Plano, necessariamente um Coletivo (agenciando elementos, coisas, vegetais, animais, utensílios, homens, potências, fragmentos de tudo isto, porque não existe ‘meu’ corpo sem órgãos, mas ‘eu’ sobre ele, o que resta de mim, inalterável e cambiante de forma, transpondo limiares)” (p.24).

Podemos perceber que para esses autores, o coletivo faz referência aos agenciamentos, já o privado trata de algo mais intimista, diferenciando-se dos pequenos grupos ou dos grandes conjuntos que participamos e nos reterritorializamos.

A partir da análise destes jogos de forças se evidenciam as conexões realizadas, que ganharam forma (ou perderam forma). Organizam-se. Desorganizam-se logo em seguida. E novamente organizam-se de outra maneira, com outra roupagem, com outra substância¹⁴. Nesses acoplamentos, novos elementos, novas forças, novas alianças

¹⁴ Chauí (2005) nos explica que para Espinosa “Uma substância (...) não é como supunha a tradição, o sujeito de inerência de predicados (essenciais e acidentais), por meio dos quais possa ser concebida, mas é a existência em si e a inteligibilidade por si. Toda substância é substância por ser causa de si (isto é, sua essência é suposição de sua existência ou, como explica Espinosa, sua existência segue necessariamente de sua essência) e, ao causar-se a si mesma, causa a existência e a essência de todos os seres do universo. A substância é, pois, o absoluto” (p. 95), ou como nos diz Deleuze (1997) “Pode-se dizer da pura imanência que ela é uma vida, e nada diferente disso. Ela não é imanente à vida, mas o imanente que não existe em nada também é uma vida. Uma vida é a imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência completa, beatitude completa” (p. 16-17). Ressalto que a noção de essência, substância e absoluto, não são utilizadas aqui no sentido da metafísica, mas utilizamo-nos da idéia espinosiana, na qual “a imanência não é imanência à substância, mas a substância e os modos existem na imanência. Quando o sujeito e o objeto, que caem fora do campo de imanência, são tomados

são agregadas. São outros jogos, outros elementos, outras situações que se formam. Não é o mesmo com outra forma. Jogos, movimentos, dinâmicas que colocam todo o aparato em constante análise. Podemos pensar o SUS da mesma forma que Calvino (1990) descreveu Zora, uma das cidades, em seu livro “As cidades invisíveis”. Ele escreveu que a cidade foi esquecida por não se modificar, por se tornar imóvel para facilitar sua memorização. Assim, se um dia o SUS se tornar imóvel e imutável para facilitar a memorização e seu entendimento, definhará, irá se desfazer e sumirá. Será esquecido pelo mundo.

São nessas relações, que se modificam a todo instante, que está em jogo a tensão entre instituinte e instituído. Quando usamos esses termos referimo-nos às tensões entre forças que compõem um mesmo campo e que não são contraditórias ou contrárias umas às outras. É na relação entre elas que a vida acontece. Trata-se de um puro plano de forças não valorativas, entretanto faz-se necessário avaliar eticamente, a favor da vida, o que vem sendo produzido. É preciso ter certo cuidado para classificar as forças de instituintes ou instituídas. Corre-se o risco de criar um binarismo que não ocorre na vida, pois por vezes apenas podemos nomear as forças após certo tempo, após se ter mais clareza de como a força age, tendo assim maior clareza dos movimentos.

Tensões atualizadas na reforma sanitária. Tensões atualizadas na reforma psiquiátrica. Tensões no entre das reformas. Jogos de forças que produzem caminhos, produzem práticas, produzem produções. Virtualidades que se atualizam em formas de leis, de práticas, de produções de saúde. Relações que bifurcam, modificam o caminho, as decisões, as trilhas e as pistas que elas mesmas produzem. Fazem germinar um espaço de produção social centrado no cotidiano desses embates. Cotidianidade do

como sujeito universal ou objeto qualquer aos quais a imanência é também atribuída, trata-se de toda uma desnaturação do transcendental que não faz mais do que reduplicar o empírico (como em Kant), e de uma deformação da imanência que se encontra, então, contida no transcendente. A imanência não se reporta a um Algo como unidade superior a todas as coisas, nem a um Sujeito como ato que opera a síntese das coisas: é quando a imanência não é mais imanência a nenhuma outra coisa que não seja ela mesma que se pode falar de um plano de imanência. Assim como o campo transcendental não se define pela consciência, o plano de imanência não se define por um Sujeito ou um Objeto capazes de o conter” (p.13).

trabalho em saúde coletiva. Cotidianidade do trabalho em saúde mental que se alia com a reforma psiquiátrica, com a desinstitucionalização da loucura.

Caminhos diversos, cruzamento de caminhos. Linhas que se unem e se separam. Linhas de fuga¹⁵, linhas duras, linhas de fronteira. É o funcionamento como rizoma¹⁶ que acontece no SUS. Um rizoma pode ser descrito a partir de alguns princípios, são eles:

“qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. (...) Os *“Agenciamentos coletivos de enunciação* funcionam, com efeito, diretamente nos *agenciamentos maquínicos*, e não se pode estabelecer um corte radical entre os regimes de signos e seus objetos. (...) As multiplicidades são rizomáticas e denunciam as pseudomultiplicidades arborescentes. (...) Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza (as leis de combinação crescem então com a multiplicidade) (...) Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas (...) Ele é estranho a qualquer idéia de eixo genético ou de estrutura profunda” (DELEUZE, GUATTARI, 2004, p.15, p.16, p.18, p.21).

¹⁵ “Num livro, como em qualquer coisa, há linhas de articulação ou segmentaridade, estratos, territorialidades, mas também linhas de fuga, movimentos de desterritorialização e desestratificação. (...) Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc.; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter umas às outras. (...) nos apoiaremos sobre uma linha de fuga que permita explodir os estratos, romper raízes e operar novas conexões. (...) Oposto a uma estrutura, que se define por um conjunto de pontos e posições, por correlações binárias entre estes pontos e relações biunívocas entre estas posições, o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linha de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza” (DELEUZE; GUATTARI, 2004, p. 11, 18, 24 e 32).

¹⁶ Deleuze e Guattari utilizam este termo para explicar que um rizoma se faz por multiplicidades e não pela lógica binária da dicotomia, do princípio da oposição entre contrários e de sua superação, pela contradição e pela sua resolução, pela negação da negação, pela recusa de tudo em nome de um mundo e de uma vida idealizada, imaginária e supostamente verdadeira.

O SUS é constituído por esse jogo de forças desiguais e por isso pode funcionar como um rizoma, dependendo da correlação de forças em cada momento. Configurações que alteram cada instante. Configurações que fazem as relações de forças evidenciarem momentos quentes e momentos frios¹⁷.

Assim, no SUS e na RPB não há sujeitos, nem objetos fixos, rígidos. Os sujeitos e objetos têm movimentos. Constituem-se de matérias diferentemente formadas, de datas e velocidades diferentes. Crescem, rompem-se, tomam novos rumos em relação aos anteriormente trilhados. Há uma circularidade e alterações das situações que pairam na imanência dessas Instituições. Os sujeitos não são os mesmos nas diferentes situações que a vida os coloca. Interferem e sofrem interferências. A cada ação, cada gesto, cada processo de desterritorialização, o sujeito pode se transformar, porém, para que esta transformação ocorra é necessário que haja algum grau de abertura para se afetar pelo que nos separa dos clichês, das idéias prontas e uniformizadas. A desterritorialização ocorrerá quando de fato houver certa abertura desses sujeitos para buscar-se viver, produzir novas situações, novos sujeitos.

‘Em um serviço aberto de saúde mental, as pessoas que freqüentam um grupo que ocorre às sextas-feiras à tarde saem pela cidade na intenção de conhecê-la, de transitar, de passear, de circular, de fazer conexões. O destino do grupo a cada tarde é escolhido por todos os participantes, em uma breve votação logo após o almoço. Certo dia o grupo escolhe visitar o corpo de bombeiros do centro da cidade. Ao ligar para verificar a possibilidade da visita é informado que é preciso agendar a visita, com certa antecedência. Usualmente a ligação é realizada pelos profissionais do serviço, porém neste dia, após a resposta obtida, uma das participantes do grupo pega o telefone e tem a iniciativa de viabilizar a visita. Sua freqüente postura infantilizada, que procura recusar qualquer possibilidade de assumir novos papéis na vida, e freqüentemente diz

¹⁷ “Deve-se ter em conta que os socioanalistas apelidam “efeito quente e frio” a alternância de *temperaturas* nos sistemas sociais: nos períodos quentes, as sociedades atravessam fases de efervescência revolucionária e a Análise Institucional como atividade especializada é praticamente nula; nos frios, a mudança social passa por atividades de negociação, dentre as quais se incluem as consultas a analistas reconhecidos. Os socioanalistas supõem, contudo, que se possa *intervir*, por meio destas mesmas consultas, objetivando *esquentar* períodos *frios*, a despeito da situação contraditória assim configurada” (Rodrigues, 2004, p. 134).

ser criança (apesar de seus 20 e poucos anos), é movida por uma postura e vocabulário nunca visto no serviço. Seus argumentos fez encerrar o telefonema com a visita marcada para o mesmo dia em poucos minutos. Em menos de meia hora o grupo está no centro da cidade para conhecer o corpo de bombeiros, com direito a entrar em um dos caminhões da frota e conhecer várias salas da corporação que objetivam o controle e monitoração de pontos da cidade’.

O mote principal da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização da loucura. Uma nova percepção em relação à diferença, ao diferente. Uma maior permeabilidade aos sujeitos que passam pela experiência da loucura. Deixar no passado¹⁸ concepções e percepções que vinculam a loucura à incapacidade, à periculosidade e à necessidade de exclusão para tratamento.

Porém, algumas destas lutas, em determinadas situações transvertem-se em outras reivindicações. Por exemplo, a luta pela desinstitucionalização, por vezes, em alguns locais, a partir de alguns atores, se transforma em um movimento de desospitalização, mas com a continuidade das relações de exclusão. Para que haja efeito, para que se produza transformações significativas na sociedade, transformações micropolíticas¹⁹

¹⁸ “Deixar no passado” não significa deixar no esquecimento, em um tempo superado. Ao contrário, é trazer a situação à tona em vários momentos, para que as práticas sejam renovadas e não apenas uma continuação, a mesma prática com novas roupagens. Colocar em análise as produções de cada ação clama estar na pauta das discussões para a criação de novas vidas, de novas subjetividades.

¹⁹ “A distinção que propomos estabelecer entre micropolítica e macropolítica do desejo deveria funcionar como algo que tende a liquidar a pretensa universalidade de modelos aventados pelos psicanalistas, e que lhes servem para precaver-se contra contingências políticas e sociais. Considera-se como óbvio que a psicanálise concerne ao que se passa em pequena escala, apenas a da família e da pessoa, enquanto que a política só concerne a grandes conjuntos sociais. Queria mostrar que, ao contrário, há uma política que se dirige tanto ao desejo do indivíduo quanto ao desejo que se manifesta no campo social mais amplo. E isso sob duas formas: seja uma micropolítica, que vise tanto os problemas individuais quanto os problemas sociais, seja uma macropolítica, que vise os mesmos campos (indivíduo, familiar, problemas de partido, de Estado). O despotismo, que, frequentemente, reina nas relações conjugais e familiares, provém do mesmo tipo de agenciamento libidinal que aquele existente no campo social. Inversamente, não é absurdo abordar um certo número de problemas sociais em grande escala, por exemplo, os do burocratismo e do fascismo, à luz de uma micropolítica do desejo. O problema, portanto, não é de construir pontes entre campos já constituídos e separados uns dos outros, mas de criar novas máquinas teóricas e práticas, capazes de varrer as estratificações anteriores e estabelecer as condições de um novo exercício do desejo. Não se trata mais, neste caso, simplesmente de descrever objetos sociais preexistentes, mas de também intervir ativamente contra todas as máquinas de poder dominante, quer se trate do Estado burguês, do poder das burocracias de toda e qualquer espécie, do poder escolar, do

são necessárias. Microrevoluções que colocam novos agenciamentos em funcionamento. Devires que hão de vir! É imprescindível que haja a postura e a ética necessária para que não ocorra a despotencialização dos agenciamentos. Os modos de estar na vida devem procurar potencializar os agenciamentos que produzem desvios das rotas pré-estabelecidas que não tenham (ou tem) gerado coisas boas (bons encontros²⁰). ‘Forçar’ a vida a se conectar com outros agenciamentos.

3.2 – Caminhos e (Des)Caminhos da Saúde Coletiva

Os movimentos que acontecem na saúde pública ganharam força e notoriedade, em 1986, com um acontecimento importante no Brasil. Um movimento amplo do qual vários segmentos da sociedade participaram, numa demonstração evidente da intenção de alterar a forma que as políticas públicas de saúde eram tratadas. Nesse sentido

poder familiar, do poder falocrático no casal e até mesmo do poder repressivo do superego sobre o indivíduo” (GUATTARI, 1977d, p. 174).

²⁰ Deleuze (2002), em um livro sobre Espinosa, nos explica que “há sempre relações que se compõem na sua ordem, em conformidade com as leis eternas de toda a natureza. Não existe o Bem ou o Mal, mas há o *bom* e o *mau*. ‘Para além do Bem e do Mal ao menos *não significa* para além do bom e do mau.’ O bom existe quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso, e, com toda ou com parte de sua potência, aumenta a nossa. Por exemplo, um alimento. O mau para nós existe quando um corpo decompõe a relação do nosso, ainda que se componha com as nossas partes, mas sob outras relações que aquelas que correspondem à nossa essência: por exemplo, como um veneno que decompõe o sangue. Bom e mau têm pois um primeiro sentido, objetivo, mas relativo e parcial: o que convém à nossa natureza e o que não convém. E, em consequência, bom e mau têm um segundo sentido, subjetivo e modal, qualificando dois tipos, dois modos de existência do homem: será dito *bom* (ou livre, ou razoável, ou forte) aquele que se esforça, tanto quanto pode, por organizar os encontros, por se unir ao que convém à sua natureza, por compor a sua relação com relações combináveis e, por esse meio, aumentar sua potência. Pois a bondade tem a ver com o dinamismo, a potência e a composição de potências. Dir-se-á *mau*, ou escravo, ou fraco, ou insensato, aquele que vive ao acaso dos encontros, que se contenta em sofrer as consequências, pronto a gemer e a acusar toda vez que o efeito sofrido se mostra contrário e lhe revela a sua Própria impotência. É que, à força de encontrar indiscriminadamente qualquer coisa, seja sob que relação for, julgando que sempre nos sairemos bem à custa de muita violência ou um pouco de astúcia, como não fazer mais encontros maus do que bons? Como evitar que nos destruamos a nós mesmos, à força de culpabilidade, e destruamos os outros à força de ressentimento, propagando por toda a parte a nossa própria impotência e a nossa própria escravidão, a nossa própria doença, as nossas próprias indigestões, as nossas toxinas e venenos? Acabaremos por não mais encontrar sequer a nós mesmos” (p. 28, 29).

sabemos que esse movimento “é o resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 563). A construção do SUS foi baseada na intensa luta entre forças na resistência ao governo militar e na luta pelo direito da população e no dever do Estado de garantir a saúde. Assim, descreveremos algumas das conexões que acontecem, sejam com outros agenciamentos, sejam com outras linhas e movimentos. Na multiplicidade que compõe a organização de saúde, poderemos perguntar “com o que ele funciona, em conexão com o que ele faz ou não passar intensidades, em que órgãos ele faz convergir o seu” (DELEUZE, GUATTARI, 2004a, p.12).

Estas afluições no sistema público de saúde no Brasil sugerem novas formas de pensar as questões relativas ao cuidado e a gestão, superando linhas rígidas e determinadas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi o acontecimento que se estabeleceu como o marco para que se pensasse e expressasse as noções de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. Essa maneira de pensar a saúde foi construída coletivamente a partir de lutas por direitos dos cidadãos, conflitos políticos e inúmeros outros combates travados em uma arena de discussões. O relatório final da Conferência pode ser considerado como a expressão do pensamento coletivo no movimento sanitário. Essas discussões ganham estatuto constitucional dois anos depois, em 1988. Firmam-se então que as políticas públicas de saúde estão associadas às propostas de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Nessa construção coletiva fez-se urgente interferências na organização de saúde para que as relações de vizinhança, a potência do cuidado, fossem valorizadas. A saúde da população sendo pensada de forma mais fluida, compartilhada, levando-se em consideração todas as práticas e situações vizinhas nas quais os procedimentos se ancoram.

Os acontecimentos acima descritos apontam também para que as práticas de cuidado desenvolvidas tenham predominantemente um caráter de produção de saúde. Ainda

vale lembrar que o SUS tem como referência certa concepção de saúde, que apesar de todas e quaisquer críticas que pode sofrer, dá uma idéia de que a saúde é como um rizoma com múltiplas entradas e não apenas uma concepção de “ausência de doença”²¹.

Mendes (1996) já apontava para a potência inventiva do SUS ao escrever que o SUS é cotidianamente constituído, apesar de encontrar alguns obstáculos e entraves constantemente, tanto em seus conceitos quanto em suas práticas. Para que esse sistema se afirme como um espaço de saúde, será necessário

“um processo de construção social de um novo sistema de saúde, o que vai exigir mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção de processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. E como consequência, na ordem governativa da saúde na cidade” (p. 234).

Dessa forma o autor fala do quanto é necessário que a mudança no modo de pensar, gerir e fazer saúde se realize em todos os níveis e que esta construção social altere as práticas de saúde e também a gestão da saúde nos municípios. Apesar dos obstáculos que podemos encontrar, não é possível alterar a forma de fazer, a forma de cuidar da saúde das pessoas sem levar em consideração como é feita a gestão dos serviços de saúde. Os entraves presentificam-se, mostram a cada momento que o sistema tem várias entradas e nem sempre elas confluem para o mesmo lugar. Não confluem, pois em determinadas condições históricas as linhas duras se sobrepõem.

Como já foi dito antes, não é apenas de linhas duras que o sistema é constituído. Há também o lado inventivo, de agenciamentos que potencializa a vida. Nesse sentido já haviam, antes da Lei 8080/90 entrar em vigor, ainda de modo minoritário, vários movimentos em busca de novas formas de fazer e produzir saúde. Iniciativas pontuais,

²¹ A Lei 8.080, de 1990, coloca em seu terceiro artigo que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (...) Dizem respeito

mas não isoladas. Pequenas experiências que se ampliaram e foram se conectando com vários outros pontos do sistema.

Nas próximas partes deste platô abordaremos a construção da concepção de saúde e as diferentes práticas que constituem esta instituição. Também abordaremos os conceitos de público, privado, estatal e coletivo para intensificar a noção deste sistema de saúde e forçar alguns entendimentos a respeito da sua constituição. Por fim, entraremos mais nos campos da saúde mental, das leis oficializadas nesse segmento da saúde e os campos de força que nele coexistem.

3.2.1 – A Saúde e suas Práticas

Tais pensamentos e mudanças no sistema iniciam-se com uma concepção de saúde muito influenciada pelas idéias de Georges Canguilhem, que se contrapõe à de “ausência de doença”. Ele

“centrou o essencial de seu trabalho na história da biologia e na história da medicina, sabendo claramente que a importância teórica dos problemas levantados pelo desenvolvimento de uma ciência não é necessariamente diretamente proporcional ao grau de formalização por ela atingido” (FOUCAULT, 2005a, p. 358).

Canguilhem (1995) aponta que “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (p. 159). A vida, dessa forma, ignora a “rigidez geométrica, ela é o debate ou explicação com um meio em que há fugas, esquivamentos e resistências inesperadas” (op. cit. p. 160). Assim vista, a saúde é um guia regulador das possibilidades de reação, portanto “estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar” (op. cit. p. 160). O autor nos explica que “o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma

também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, p.1)

habitual e de instituir normas novas em situações novas” (p. 158). Assim vincula a saúde à questão do cotidiano: “Cuidar-se... Como é difícil, quando se vivia sem saber a que horas se comia, sem saber se a escada era íngreme ou não, sem saber o horário do último bonde porque se a hora tivesse passado, voltava-se a pé para casa, mesmo que fosse longe” (op. cit. p. 159).

Canguilhem nos coloca questões fundamentais. Distancia-se da costumeira descrição da saúde como algo estável, como um estado de morte em vida. Distancia-se do pensamento que acredita que a vida deve ser a estabilização do corpo, sem sofrer alterações, sem estar diante da possibilidade de se modificar e adaptar-se ao meio em que vive para criar novas formas de estar neste mesmo mundo. O autor descreve a saúde como expressão de um corpo produzido, “é uma garantia vivida em duplo sentido: garantia contra o risco e audácia para corrê-lo. É o sentimento de ultrapassar capacidades iniciais, capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele parecia não prometer inicialmente” (CANGUILHEM, 2005, p. 43). Diferencia suas proposições das que aproximam a saúde de objeto de um especialista. A saúde, entendida dessa forma, não é o silêncio dos órgãos. Como a música nos descreve muito bem:

“(...) peste bubônica, câncer, pneumonia, raiva, rubéola, tuberculose, anemia, rancor, cistircicose, caxumba, difteria, encefalite, faringite, gripe, leucemia (...) Hepatite, escarlatina, estupidez, paralisia, Toxoplasmose, sarampo, esquizofrenia, Úlcera, trombose, coqueluche, hipocondria, Sífilis, ciúmes, asma, cleptomania, O pulso ainda pulsa. O pulso ainda pulsa” (ANTUNES, FROMMER; BELOTTO, 1989).

Portanto, ao falarmos de saúde nos aproximamos de situações que exigem movimentos, inscrevem atravessamentos, diferentes devires. Cada situação diferente, em vida, pede a instituição de novas normas. A saúde passa a ser pensada como algo que ultrapassa a “ausência de doença”. O cuidado em saúde não é a normalização do processo fisiopatológico.

A saúde passa a ser vista como um campo de possíveis “(...) não ficarmos presos e reféns das regras instituídas que tentam homogeneizar toda e qualquer

heterogeneidade” (LAVRADOR, 2001, p. 132). Assim, é preciso deixar de lado, não só um modelo de tratamento que privilegie as normativas fisiológicas ou comportamentais e que produza saúde pautada em questões éticas e estéticas²². Portanto, é preciso pensar na organização desses serviços e da própria rede de saúde mental de uma forma sem fôrmas.

‘Uma garota de 19 anos tinha certa dificuldade de fazer concluir o ensino médio. Com diagnóstico de epilepsia com crises de pequeno mal, sua família não abria possibilidades para ela mostrar suas potencialidades, marcando seu lugar de não-saber, de doente, de incapaz. Com a participação em grupos de atividades e atendimentos individuais de terapia ocupacional, inicia a realizar pinturas de quadros com tinta óleo. Os primeiros quadros são encarados pela família como ‘arte de louco’. Porém com o aperfeiçoamento de técnicas de pintura começa a ser reconhecido pela família e um de seus quadros ganhou espaço na sala do apartamento da família. A participação em atividades sociais também começam a se conectar com o que é produzido nos grupos de atividades e a participação em festas de aniversários das outras pessoas que compunham o grupo, além de passeios pela cidade que antes não ocorriam. ’

Assim, podemos pensar o SUS também pelos diferentes atravessamentos de suas práticas, considerando os vários tipos de estabelecimentos que constituem o sistema. Se tomarmos como exemplo as práticas de cuidado²³ realizadas em estabelecimentos de saúde governamentais, observaremos que elas produzem interferências em práticas

²² “A potência estética de sentir, embora igual em direito às outras – potências de pensar filosoficamente, de conhecer cientificamente, de agir politicamente – talvez esteja em vias de ocupar uma posição privilegiada no seio dos agenciamentos coletivos de enunciação de nossa época” (GUATTARI, 1993, p.130).

²³ “Falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços sem sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde” (BENEVIDES, PASSOS, 2003, p.566).

realizadas no âmbito dos estabelecimentos de saúde privados e vice-versa. A concepção do SUS nos apresenta de alguma maneira relações, conexões, trocas entre inúmeros equipamentos e serviços, sejam eles de qual natureza²⁴ forem. Assim verificamos que algumas características determinadas para serviços públicos surgirão como forças instituintes em serviços privados e vice-versa. Estes agenciamentos denunciarão um crescimento das dimensões da vida numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões entre o público e o privado. Em outros momentos, surgirão nessas conexões linhas de fuga que permitam romper com o estabelecido, estilhaçar as raízes de cada uma das linhas constituintes deste platô.

Tendências que inicialmente se instituem em um serviço estatal, podem ser levadas e instituídas também no serviço privado, mesmo que de maneira diferente, apresentando-se com algumas alterações. Podemos pensar, por exemplo, na política de humanização que tem uma força inventiva muito forte e ganhou forma com uma política própria (não trata a noção de humano a partir do ponto de vista moral, da depreciação do humano). Outro exemplo é a situação dos serviços abertos de saúde mental. Serviços desse tipo surgem no Brasil, no Rio de Janeiro, em serviços sem fins lucrativos²⁵, porém são as práticas que ocorreram na Europa, na década de 70, em serviços governamentais, que ganharam destaque²⁶. No Brasil, reaparecem com mais destaque em serviços privados

²⁴ Alguns autores como, por exemplo, Mattos (2008), posicionam-se diferentemente, de maneira mais dura. Entendem que há sistemas de saúde diferentes funcionando no Brasil, e não que, como linhas de um rizoma, as práticas e alguns modos de funcionamento se conectam. O autor afirma que “no texto da carta magna, o SUS é definido como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, mas também abre o espaço para que alguns serviços privados possam dele participar em caráter complementar, a saber aqueles (e apenas aqueles) que estabelecerem com o SUS contratos de direitos públicos. Longe das aspirações do movimento sanitário, constitui-se um arranjo no qual o SUS não é o único sistema de saúde, e sim um dos sistemas de saúde, financiado publicamente, e que convive com outros sistemas, hoje reunidos sob a rubrica da saúde suplementar” (pág. 30).

²⁵ Apesar de pouco reconhecida a Casa das Palmeiras, fundada em 1956, por Nise da Silveira, já tinha todas as características do que mais tarde se nomeou como Centros de Atenção Psicossocial.

²⁶ As experiências européias que merecem destaque são as lideradas por Ronald Laing, na década de 60 – século XX, na Inglaterra, sob a forma de uma Associação beneficente. Com residências montadas para pessoas que passam pela experiência da loucura, Laing, Cooper e Esterson, seguiram a experiência de maneira precária.

no final da mesma década e na metade da década seguinte são implementados no serviço estatal. A oficialização desse tipo de serviço pelo SUS foi regulamentada por leis apenas anos depois, quando possibilitou a disseminação em grande escala do serviço por todo o território nacional e sendo adotada como política oficial em saúde mental pelo Ministério da Saúde (MS). O que é um serviço público? O que é do privado? O que é um serviço estatal?

3.2.2 – Os Conceitos e o Rizoma: Privado, Estatal, Público, Governabilidade e Coletivo

Diferentemente de como é usado na prática corrente, os conceitos nem sempre são tão claros e evidentes. Muitas vezes são confusos e têm mais de uma utilização e/ou significação. Podemos aqui citar alguns: privado, público, estatal, governabilidade e coletivo por exemplo. Conceitos que nos interessam neste trabalho. Normalmente o público refere-se a algo pertencente ao Estado (estatal) e o privado a algo que tem a conotação de mercado. Essa divisão maniqueísta nos leva a uma imobilização, a uma impossibilidade de apreensão da complexidade que a realidade nos apresenta. Discussões e diferenciações entre estatal, privado e público, foram muito debatidas na década de 70 do século XX. É preciso levar em consideração que a sociedade é também agente no planejamento e na operacionalização dos serviços públicos. Nesse sentido MENDES (1996) propõe “trabalhar com três categorias para análise: o estatal, o que pertence ao Estado; o privado, o que é propriedade de agentes não-estatais, lucrativos ou não; e o público. Público é, então, distinto do estatal” (p.100). Podemos aqui perceber que não são todos os serviços estatais que são necessariamente públicos e nem todos os serviços privados não são públicos. Assim, “não podemos determinar pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas” (DELEUZE e GUATTARI, 2004, p. 17).

Na Itália, a experiência mais conhecida no Brasil e que influenciou muitas das práticas que hoje co-existem, foi marcada pela desconstrução do manicômio de Trieste. Franco Basaglia esteve à frente do processo que se iniciou na década de 70.

O espaço público, nesse sentido, pode ser entendido e caracterizado juridicamente pela pactuação que o Estado faz consigo mesmo ou com agentes privados, sob o domínio do interesse público. Um serviço público não se fecha em espaços estatais. Do ponto de vista econômico, pode ser ofertado tanto pelo estatal como pelo privado. Além desses pontos colocados até então (econômico e jurídico), há outro aspecto que também deve ser explicitado: o serviço público deve se publicizar ou submeter-se a mecanismos de controle social pela sociedade civil.

O quarto conceito é o de governabilidade. Para Foucault, este conceito é entendido pelo conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer uma determinada forma de poder que tem por alvo a população. Temos que analisar, portanto, que a governabilidade moderna nos faz refletir a respeito do problema da população (enquanto um objeto construído pela biopolítica²⁷) (REVEL, 2005).

Pensar no problema da população nos leva a refletir em uma quinta caracterização das Instituições que vão para além das descrições feitas acima. Trata-se do caráter coletivo. Entendemos que todas as Instituições, sejam estatais ou privadas, públicas ou não, são em sua essência coletivas. Coletivas, pois independente de qualquer uma das outras caracterizações tratadas anteriormente, todas produzem e são produzidas pelo coletivo de agentes, de atores que por ela interferem. É como uma raiz rizomática que se dissemina, penetra em um espaço do terreno que é muito mais amplo e maior que a própria planta que esta raiz sustenta. A vida humana e as ações (políticas) do homem repercutem de maneira que atinge todo o corpo social.

A questão do coletivo passa a ser alvo importante da discussão. Diferenciamos assim a saúde coletiva da saúde pública. Ao tomarmos o conceito a partir de pensadores como Deleuze, Guattari, Foucault, Canguilhem e Lourau, temos superada a dicotomia entre

²⁷ Pelbart (2003b) nos explica que Tony Negri e Michael Hardt na obra escrita conjuntamente (*Império*), diferenciam *biopoder* (agente geral de dominação da vida), *biopolítica* (forma de dominação da vida que pode também significar uma resistência ativa) e *biopotência* (potência de vida da multidão). Neste trabalho trabalharemos com as definições colocadas por estes autores, pois Foucault ao longo de sua obra não diferencia claramente estes termos, muitas vezes utilizando-os de maneira indistinta.

saúde-doença, normal-patológico, sanidade-loucura, usuários-profissionais, gestão-clínica, entre tantas outras. O coletivo é construído no plano da Imanência, no plano das forças. É um plano transindividual. Não é o oposto do individual. Trata-se de um conceito que se refere ao “entre”, ao interstício.

O coletivo faz referência, portanto, à implicação/às implicações²⁸. Ou seja, o que se passa entre pessoas, entre organizações, entre desejos, entre disputas. É o que se passa “entre” que interessa! Radicalmente rompe-se com a idéia de neutralidade. Não há separação dos sujeitos, dos objetos. Fica claro o motivo da ruptura com as dicotomias já citadas e que por vezes apresentam-se como forças que buscam presentificar-se no cotidiano das Instituições de saúde mental. Assim, evita-se um possível caráter de ahistoricidade e aparente neutralidade que as ciências naturais costumam assumir, cristalizando seu objeto²⁹ e prática.

Ao percorrermos a respeito do coletivo (e conseqüentemente da saúde coletiva), torna-se necessário pensarmos que não é possível cuidar apenas da questão da saúde biológica, só da saúde mental. Muito menos das duas ao mesmo tempo. É imprescindível analisar os determinantes sociais de produção de doenças, as organizações dos serviços de saúde, as relações possíveis com a comunidade, com os meios de comunicação, enfim, a instituição.

Ao falarmos de saúde coletiva, procuramos evidenciar que a noção de coletivo passe mais intensamente pela noção de público. Faz-se necessário resgatar o público na potencialidade do coletivo. Assim, passa-se a levar em consideração a aproximação com as “diversas maneiras pelas quais as pessoas experimentam o estar com saúde ou

²⁸ O conceito de implicação é um conceito híbrido. Inicialmente pensado com base nas pesquisas, nos anos pós-segunda guerra, das Instituições totais, da psicanálise, das pesquisas de grupos, da política. As pesquisas levam pesquisadores a pensar que havia conceitos mais potentes e mais amplos que transferência e contra-transferência.

²⁹ Se a pesquisa se dá no plano da experiência, onde todos estão, as questões de quem é o sujeito e quem é o objeto da pesquisa se torna circunstancial. Os lugares podem ser trocados, dependendo da relação que se estabelece. É momentâneo. Estão em relação, interferem-se. O que deve ser analisado são as relações sociais, institucionais, políticas de produção do objeto como tal. Assim o que importa é a posição do objeto. Portanto, o pesquisador está sempre implicado no campo de observação e a intervenção sempre altera o objeto. Não há como fazer esta distinção sem um interferir no outro.

o sentir-se doente. Sem deixar de levar em conta as condições sociais mais amplas, estas perdem seu caráter determinante” (L’ABBATE, 2003, p. 269).

Também podemos utilizar o pensamento de Hardt e Negri (2005), que buscaram ultrapassar as noções de público e privado. Esses autores vão buscar na noção do comum uma possibilidade de ultrapassar as relações neoliberais estabelecidas neste mundo que vive meios de produção e de administração pós-fordistas³⁰.

“O comum não se refere a noções tradicionais da comunidade ou do público; baseia-se na *comunicação* entre singularidades e se manifesta através dos processos sociais colaborativos da produção” (ibid., p. 266). A partir desse conceito, os autores superam os nós que os conceitos de público e privado geram, já que “O conceito de ‘privado’ pode assim congrega todas as nossas ‘posses’, tanto subjetivas quanto materiais. Também o ‘público’ torna indistinta uma importante diferença entre controle de Estado e aquilo que está submetido a posse e gestão comuns” (ibid., p. 265).

Portanto, é preciso ter a clareza que coletivamente este sistema se constrói. Arquiteta-se em cada roda, grupo terapêutico, acolhimento, colegiado de gestores, oficina ou em cada forma que se constitui³¹ nos serviços. O coletivo tem, portanto, um sentido instituinte.

Nesse sentido, para entendermos o movimento das instituições públicas, é fundamental que elas estejam orientadas ao resgate do caráter coletivo, de espaços coletivos (tanto das instituições públicas quanto das privadas), construção de espaços comuns.

Então corroboramos com Escóssia (2008), que nos explica:

“(…) toda política de saúde que se quer *pública* deve ter como desafio fomentar o movimento permanente de criação de espaços coletivos, mas, ao mesmo tempo,

³⁰ Trataremos da evolução das teorias gerais da administração no Platô 3, p. 96.

³¹ Referimo-nos aqui ao plano das forças ou plano de imanência (Deleuze e Parnet, 1998). O plano das forças é o plano de constituição/criação das formas – individuais e sociais. É um espaço de interstício, transindividual. Origem de toda mudança, plano do movimento (Escóssia, 2008).

transformá-los em espaços de cruzamento e agenciamentos. Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela” (p. 4).

É a partir desse movimento que se pode pensar na construção de um sistema de saúde capaz de resgatar a expressão da democracia e ser mais um dispositivo para exercício da cidadania.

3.2.3 – A Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus Campos de Forças

A reforma psiquiátrica brasileira, como um movimento participante do processo da reforma sanitária brasileira, não é diferente no que se refere ao modo de seu funcionamento. Se tivermos sensibilidade e abertura para a vibração de nosso corpo, o rizoma em seu modo operante será percebido e potencializado no seu funcionamento. Mais uma vez evocamos Deleuze e Guattari para dialogar. “O RIZOMA. Uma das características essenciais do sonho de multiplicidade é a de que cada elemento não pára de variar e modificar sua distância em relação aos outros” (2004, p. 44).

O campo da saúde mental também tem várias entradas no rizoma. Dimenstein (2007) nos explica que

“muitos avanços aconteceram no setor, fruto de articulações e mobilizações políticas de usuários, familiares, técnicos e gestores de diferentes regiões do país, no sentido da implantação de uma rede de serviços substitutivos orientada por novos modos de cuidado” (p. 25).

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001³², é um evidente exemplo dessa situação. Entradas manicomiais e entradas antimanicomiais estão agenciando-se nela. Campo tenso, corpo vibrátil, uma máquina de legislar que se liga a inúmeras outras máquinas que se relacionam com o campo da saúde mental. Forças representadas³³ pelos donos de serviços privados, com características asilares e de exclusão, e outras forças representadas por coletivos que defendem serviços com características abertas, de agenciamentos com a comunidade e em defesa da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental.

Essa tensão e embate atualizam-se na redação final da Lei, com um pouco de cada um dos diversos coletivos que contribuíram e se interessaram pela questão da loucura. A multiplicidade recebendo contornos na forma de Lei, construída pela própria multiplicidade. Variações dos elementos que compõem a Lei. Potência na reforma psiquiátrica. Desterritorialização e territorialização das concepções de loucura em forma de Lei. Modificações de distâncias em relação a cada um dos grupos que disputavam suas concepções.

A partir dessa multiplicidade, a Lei foi redigida. Nela podemos encontrar que as práticas de cuidado com essas pessoas visam alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, não as excluindo destes espaços. Também não aborda a questão de retirar das pessoas a sintomatologia e/ou sinais psicopatológicos. Abre espaços para a convivência das diferenças. Encontramos também a manutenção dos espaços de internação/exclusão e a diminuição gradual desses equipamentos de saúde. Dessa forma, as práticas de cuidado atualizam-se com a retirada das alterações

³² A Lei tem em sua redação final o emblema de doze anos de lutas, de debates, de negociações e de alterações da proposta original, assinada pelo deputado Paulo Delgado (RJ). Alguns autores nem a consideram como sendo a mesma lei, devido às inúmeras alterações e distorções sofridas. Alterações de parágrafos e artigos para favorecerem os donos dos hospitais psiquiátricos e outros interessados na privatização da saúde no Brasil. Distorções, pois com estas alterações, toda a filosofia e intenção inicial da lei foram deixadas de lado e deram abertura para a continuidade de uma prática que anteriormente havia sido “disseminada”, por concepções a respeito das pessoas que passam pela experiência da loucura, onde se valorizam e evidenciam a periculosidade, a necessidade de exclusão social e retirada de direitos (e por consequência a cidadania das pessoas).

³³ Fazemos questão de utilizar o verbo “representar”, pois o conjunto de pessoas descrito apenas representa um pensar, agir, nomear, intervir sobre as pessoas que passam pela experiência da loucura.

psicopatológicas apenas à medida que essas alterações dificultam a inserção na comunidade³⁴. Por outro lado não podemos nos esquecer que virtualmente há outras questões que pertencem a esse plano. A imanência da vida nos coloca frente a diversas outras concepções, crenças e práticas que se atualizam e confrontam a Lei.

Essas várias entradas se materializando na Lei, evidenciando o rizoma, elucidando a Instituição “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, podem ser entendidas a partir de várias questões, como por exemplo, a questão da internação³⁵. A inserção nos espaços (família, trabalho e comunidade) é realizada de diferentes maneiras, mas novamente podemos pensar nessa questão de maneira rizomática. Os trabalhos realizados em serviços particulares e governamentais muitas vezes são muito semelhantes e experiências de um setor são aproveitados e levados para outro. Reuniões com familiares, grupos verbais, atendimentos individuais, acompanhamento terapêutico, grupos de atividades, oficinas, são apenas algumas das possibilidades que encontramos no sistema.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se como o equipamento modelo e representativo da RPB. Muitos estudos existem a respeito das práticas de cuidados realizadas neste equipamento. Encontramos estudos mais intensivos e outros mais extensivos³⁶.

³⁴ Como podemos pensar a inserção na comunidade definida na Lei? Podemos estar inseridos pela margem? Podemos estar inseridos ativa ou passivamente. A inserção dar-se-á pela “neurotização” das pessoas que passam pela experiência da loucura? A inserção dar-se-á pela permissividade de todo e qualquer comportamento em qualquer lugar? Questões pouco discutidas por muitos técnicos, pela população e não respondidas na redação da Lei. É a Instituição se materializando.

³⁵ A Lei 10.216/2001, em seu quarto artigo, reforça essa proposição, colocando ainda a proibição de internação em equipamentos de saúde com características asilares e novamente deixa claro que o objetivo do tratamento em saúde mental é a reinserção ao meio social do paciente (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

³⁶ “O nômade se distribui num espaço liso, ele ocupa, habita, mantém esse espaço, e aí reside seu princípio territorial. Por isso é falso definir o nômade pelo movimento. Tonybee tem profundamente razão quando sugere que o nômade é antes aquele que não se move. Enquanto o migrante abandona um meio tornado amorfo ou ingrato, o nômade é aquele que não parte, não quer partir, que se agarra a esse espaço liso, onde a floresta recua, onde a estepe ou o deserto crescem, e inventa o nomadismo como resposta a esse desafio. Certamente, o nômade se move, mas sentado, ele sempre só está sentado quando se move (o beduíno a galope, de joelhos sobre a sela, sentado sobre a planta de seus pés virados, “proeza de equilíbrio”). O nômade sabe esperar, e tem uma paciência infinita. Imobilidade e

É uma separação que na prática não se aplica tão distintamente. Inevitavelmente encontramos nesse mundo interferências extensivas e intensivas. “Produzem ressonâncias tanto inibitórias quanto favorecedoras de proliferações de sentidos e modos de vida como imantações do desejo numa linha de fuga” (Neves, 2002, p. 127).

De uma maneira mais extensiva encontramos referências que expõem os números de CAPS para evidenciar a desospitalização, na tentativa de demonstrar que a RPB está ocorrendo com sucesso e que as práticas de exclusão não são mais tão freqüentes nos serviços de saúde mental. Assim, os CAPS são colocados no papel de cumprir com o objetivo de realizar o tratamento na comunidade e inserir o sujeito na família e no trabalho. Também são chamados para distanciarem-se das antigas estruturas manicomiais dos hospitais psiquiátricos e aproximarem a saúde mental da saúde coletiva, no que se refere ao funcionamento dos serviços como rede, com referência e contra-referência (BRASIL, 2004a).

Porém, ao buscarmos referências mais intensivas, encontramos questionamentos a respeito de quem são os profissionais que trabalham nos CAPS? Onde trabalharam antes? Nesse sentido Alvarenga e Dimenstein (2006) discutem que o principal desafio da reforma psiquiátrica não reside na falta de velocidade na sua implementação, mas na direção que vêm tomando. Explicam que “o movimento requer rupturas, radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e aquilo que representa a manutenção de séculos de dominação” (p. 299). Então perguntamos “A serviço de quem os CAPS são úteis?” Deleuze já nos alertava que as Instituições são úteis para um homem ético. De qual ética tratamos aqui? Mais uma vez lembramos que diferentes linhas e forças atravessam os profissionais de saúde que compõem as equipes dos equipamentos de saúde mental

velocidade, catatonia e precipitação, "processo estacionado", a pausa como processo, esses traços de Kleist são eminentemente os do nômade. Por isso é preciso distinguir a velocidade e o movimento: o movimento pode ser muito rápido, nem por isso é velocidade; a velocidade pode ser muito lenta, ou mesmo imóvel, ela é, contudo, velocidade. O movimento é extensivo, a velocidade, intensiva. O movimento designa o caráter relativo de um corpo considerado como "uno", e que vai de um ponto a outro; a velocidade, ao contrário, constitui o caráter absoluto de um corpo cujas partes irreduzíveis (átomos) ocupam ou preenchem um espaço liso, à maneira de um turbilhão, podendo surgir num ponto qualquer” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, PÁG. 52)

no Brasil. Portanto não é difícil imaginarmos que os “desejos de manicômios”³⁷ convivam em diário conflito com as idéias antimanicomiais³⁸. Conflito permanente entre diferentes concepções. Conflitos, por exemplo, entre práticas e diretrizes instituídas e diretrizes superadas e práticas instituintes.

Corroborando com os conflitos descritos acima, temos, por exemplo, o relato de Brêda e Augusto (2001), que ao analisar o trabalho de uma equipe de saúde da família de Maceió, descreve ações e posturas que mantêm a lógica manicomial, realizando encaminhamentos para hospitais psiquiátricos ao invés de encaminhar para o CAPS³⁹ que referencia a região. Também descrevem outros pequenos ruídos na comunicação (ou na ausência de comunicação) entre os serviços que compõem a rede de saúde.

Assim vemos que não se pode esquecer que o papel do hospital psiquiátrico não se combate apenas com leis. Papel que durante muito tempo foi o de segregação, exclusão e punição. É preciso criar dispositivos para a efetivação no cotidiano de outros agenciamentos, outras formas de ativar, fazer acontecer bons encontros.

Percebemos que as interferências que gozam de dimensão intensiva são capazes de acolher um acontecimento imanente, no qual se constituiu. Sua mobilidade intensiva,

³⁷ Machado e Lavrador (2001) nos explicam que os “desejos de manicômios, que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para lidar com ele” (p.46).

³⁸ A Luta Antimanicomial é “um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários, loucos ou não – buscam fazer circular no tecido social indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura” (LOBOSQUE, 1997, p.21). Também tem como finalidade desconstruir o modelo médico-centrado, questionando, com isso, a noção-constructo delimitada pela indissociabilidade entre os termos doença mental/periculosidade/incapacidade/isenção de direitos. Assim entendemos por idéias antimanicomiais posturas, ações, posicionamentos afirmativos que desinstitucionalizem a loucura.

³⁹ Não podemos esquecer que dentre as tarefas encomendadas aos CAPS estão as de supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica e das Unidades Hospitalares, “cadastrar pacientes que utilizam medicamentos essenciais à área de saúde mental” (BRASIL, 2004a, p.126) e fazer o papel de regulador da porta de entrada em saúde mental. Assim podemos perceber que há um movimento processual entre o que é inicialmente colocado pela lei (instituído) e o que se atualiza com a experiência. Na situação descrita temos a exemplificação dos desejos de manicômios presentes nas pessoas que participam da organização de serviços de saúde que se pretendem antimanicomiais.

que se encontra fora das coordenadas espaço-temporais, não confundindo nem com o vivido, nem com o estado de coisas e enunciados no qual ele se atualizou e foi enunciado. Há acontecimentos que são capazes de ressoarem suas potências disruptivas,

“cintilando um conjunto indeterminado de perspectivas que não se esgotam, mas se dispersam e nos lançam numa miríade de problemas, de sentidos, de transrelações desestabilizadoras que agitam partes do estado de coisas, arrastando-o para novos acontecimentos e composições” (Neves, 2002, p. 129).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os equipamentos do Sistema Único de Saúde se organizaram a partir desse rizoma. Rizoma que congrega a imanência deste mundo, da vida. Neste mundo, nesta vida, há homens que participam do processo de construção desses sistemas. Participações que trazem em seu bojo diferentes ideais, concepções, escolas de pensamentos. Logo, temos no SUS concepções diferentes de saúde que se conectam e atravessam as diferentes práticas que são atualizadas. Isso nos faz pensar que as leis que buscam garantir que os equipamentos (CAPS) sustentem a reforma psiquiátrica com uma prática mais arejada, menos preconceituosa em saúde mental, devem ter em sua programação diária, entre outras coisas, oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio (BRASIL, 2004a, 2004b). Porém as leis não garantem a potência criativa das equipes. Não garantem que as pessoas que ali trabalham, ou ali interfiram não sejam capturadas por práticas marcadas pela dominação, exclusão.

Considerando essa concepção de sistema (rizomático), percebemos que a possibilidade inventiva das equipes nem sempre acontecem com a potência que os equipamentos da reforma têm. Assim, algumas fôrmas são instituídas⁴⁰, parecendo-se mais com tarefas para as equipes desenvolverem e não com espaços que acendem infinitas aberturas na imanência. Com essas características de espaços tarefeiros,

⁴⁰ Ao tratar da organização da assistência nos CAPS, a legislação determina que deve-se incluir atendimentos individuais, atendimentos em grupos, atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias (BRASIL, 2004a, p.126; 127).

temos as oficinas terapêuticas como uma das mais freqüentes, obrigatórias e constitutivas desses equipamentos.

SUS e reforma psiquiátrica. Desejos de manicômios e desejos antimanicomiais. Leis e Instituições. Agenciamentos que “oficinam” virtualidades em prol de vidas e posturas que apontam para mais ou menos criações. Com as oficinas terapêuticas não é diferente. Logo, cabe-nos perguntar: mas como essas oficinas se organizam? Como podemos pensar a organização proposta para os CAPS que divide atendimentos em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) de atendimento em oficinas terapêuticas (executadas por profissional de nível superior ou nível médio)? Como diferenciar se uma oficina agencia-se com mais desejos de manicômios ou desejos antimanicomiais?⁴¹.

⁴¹ Questões estas que se imperam no nível da organização, porém apresentam ressonâncias, interferências na clínica.

4 - Platô 2: Corpo Sem Órgãos

Entro em transe se canto, desgraça vira encanto
Meu coração bate tanto, sinto tremores no corpo
Direto e reto, suando, gemendo, resfolegando
Eu me transformo em outras, determinados momentos
Cubro com as mãos meu rosto, sozinha no apartamento
Tem dias fico com medo, invoco tudo que é santo
E clamo em italiano *ó Dio come ti amo*

Eu me transmuto em outras, determinados momentos
Cubro com as mãos meu rosto, sozinha no apartamento
Vivo voando, voando, não passo de louca mansa
Cheia de tesão por dentro, se rola na face o pranto
Deixo que role e pronto, meus males eu mesma espanto

Eu me transbordo em outras, determinados momentos
Cubro com as mãos meu rosto, sozinha no apartamento
É pelos palcos que vivo, seguindo o meu destino
É tudo desde menina, é muito mais do que isso
É bem maior que aquilo, seria eis a minha sina

Eu me descubro em outras, determinados momentos
Cubro com as mãos meu rosto, sozinha no apartamento
(ASSUNÇÃO, 2004)

4.1 - História, Loucura e Terapia Ocupacional

Pensar o mundo, a vida, o homem, o Sistema Único de Saúde, a Terapia Ocupacional, o uso de atividades⁴² e a Reforma Psiquiátrica. Coisas mortas, paralisadas? Entendemos que não, pois compartilhamos da idéia de que a tensão entre forças desiguais pode nos levar, às vezes, por caminhos díspares. Isto não nos faz crer em uma permanência ao infinito entre um caminho e/ou outro. Aliás, em um mesmo caminho essa tensão também está presente.

Podemos pensar a vida como uma máquina⁴³, máquina de vida, que produz vida. Máquinas contra a morte em vida. Máquinas de fazer viver, de fazer experimentações inevitáveis. Assim poderemos perceber que acontecem as mais diversas coisas: sentimos dor, aterrorizamo-nos, falhamos, acertamos, desejamos, lutamos, vencemos,

⁴² Faz-se importante aqui esclarecer que diferenciamos “tratamento com atividades” de “uso de atividades”. O primeiro termo se constitui na prática de usar atividades para tratar. Ao utilizar o termo tratar, supõe-se um adoecimento, algo a ser curado, medicado. Funda-se então em uma lógica em que as atividades funcionariam como remédio, como algo para ser utilizado para curar. A segunda expressão insere-se em contextos gerais, da vida, de utilização pelo homem de maneira fluída, viva, sem necessariamente objetivos pré-definidos e sem alianças com exclusões das diferenças.

⁴³ Ewald (2004), na orelha do livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia vol. 1” de Deleuze e Guattari, nos explica que os autores “concebem a ontologia como geologia: ao invés do ser, a terra, com seus estratos físico-químicos, orgânicos, antropomórficos. Pois de que a terra é feita? Quem fez da terra o que ela é? Quem deu esse corpo à terra? Máquinas, sempre as máquinas. A terra é a grande máquina, a máquina de todas as máquinas. Mecanosfera. A filosofia de *Mil platôs* não concebe oposição entre o homem e a natureza, entre a natureza e a indústria, mas simbiose e aliança. A lógica da mecosfera não conhece a negação nem a privação. Há apenas devires, sempre positivos, e, dentre estes, devires perdidos, bloqueados, mortos. Positividade do esquizo”.

Também Guattari e Rolnik (2005) nos explicam que máquina é diferente de mecânica. “A mecânica é relativamente fechada sobre si mesma: ela só mantém com o exterior relações perfeitamente codificadas. As máquinas consideradas em suas evoluções históricas, constituem, ao contrário, um *phylum* comparável ao das espécies vivas. Elas engendram-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se, fazendo aparecer novas linhas de potencialidades. As máquinas, no sentido lato (isto é, não só as máquinas técnicas, mas também as máquinas teóricas, sociais, estéticas, etc), nunca funcionam isoladamente, mas por agregação ou por agenciamento. Uma máquina técnica, por exemplo, numa fábrica, está em interação com uma máquina social, uma máquina de formação, uma máquina de pesquisa, uma máquina comercial, etc” (p. 385).

somos vencidos, morremos e também vivemos. No início do platô anterior falamos que a vida poderia ser entendida como um filme. Nele o primeiro plano seria composto de variações, de movimentos, de potência de construção permanente. O rizoma tratou de evidenciar os mais diversos caminhos e conexões não lineares. Começou então a ser preenchido por recheios dos mais diversos sabores. Amargos, doces, salgados. Demonstram-nos que a potência de criação está presente, as intensidades ganham força. Mas os sabores são acompanhados de texturas. Macias, ásperas, duras, cortantes, lisas. Assim as densidades também deixam sua marca.

De tal modo, a utilização de atividades em saúde mental pode ser entendida, visualizada a partir da leitura, enquanto uma forma de resistir/dominar as pessoas que passam pela experiência da loucura. Portanto a saúde mental, as instituições, os equipamentos de saúde mental, os modos constitutivos das práticas, as concepções de saúde, as concepções de doença produzem modos de lidar com as passagens pela loucura das pessoas. Alguns mais impositivos outros mais afirmativos. Algumas vezes com mais liberdade, outras com mais aprisionamentos. Essas ações, modos de lidar com a loucura de maneira mais afirmativa, interferem, urge funcionar no rizoma tal qual um corpo sem órgãos.

Um Corpo sem órgãos (CsO)

“é o que resta quando tudo foi retirado. E o que se retira é justamente o fantasma, o conjunto de significâncias e subjetivações. (...) É feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um suporte onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar. O CsO faz passar intensidades, ele as produz e as distribui num *spatium* ele mesmo intensivo, não extensivo. Ele não é espaço e nem está no espaço, é matéria que ocupará o espaço em tal ou qual grau – grau que corresponde às intensidades produzidas. Ele é a matéria intensa e não formada, não estratificada, a matriz intensiva, a intensidade = 0, mas nada há de negativo neste zero, não existem intensidades negativas nem contrárias. Matéria igual energia. Produção do real como grandeza intensiva a partir do zero” (Deleuze; Guattari, 2004a, p.12-13).

Propomo-nos então falar dos espaços de usos de atividades como espaços que possibilitam explorar o que se passa entre, no encontro dos corpos, no encontro das atividades. As atividades não são determinadas, não se chega ou retorna à atividade, mas elas se criam nos mais inusitados encontros. São as atividades produzem subjetividades e como um CsO, que nos produz arrepios, estranhamentos, disjunções que “nos tiram de nós” e nos levam às desterritorializações e errâncias nos modos de nossa existência.

Para entendermos as intensidades que podem compor os serviços de saúde mental, buscamos na história alguns vetores.

São vários os estudos que se referem às maneiras de como a loucura foi tratada ao longo da história. Houve inúmeras reviravoltas e marcos importantes que apontaram diferentes formas de lidar com as pessoas que passam pela experiência da loucura na sociedade. Todas elas marcadas pelos contextos históricos-políticos do período em que ocorreram. Dentre os estudiosos, um dos que mais se destaca é Michel Foucault, com o clássico “A História da Loucura na Idade Clássica”.

Como é sabido, o autor separa a história da loucura em alguns momentos distintos. Relata momentos em que a exclusão destas pessoas ocorria de uma maneira mais genérica, não havendo uma segregação institucionalizada. Descreve também que não havia a separação dela do restante da sociedade. No que concerne às atividades, compreendia-se que os lugares terapêuticos eram a natureza, o teatro e as viagens. Eles eram prescritos para melhorar a saúde.

Foucault também nos explica que foi a partir dos séculos XVII e XVIII que houve a “Grande Internação”. Na Europa, a loucura e todas as outras formas de desvios e de diversidades começam a se transformar em questão social. Criaram-se Hospitais e a legitimação jurídica da segregação de uma parte da população que mendigava, permanecia ociosa ou gerava desordens. As internações eram justificadas também por um novo código moral que colocava o ócio como culpa e o trabalho como aceitação da ordem. Assim, com o trabalho, a pessoa poderia novamente ser inserida na sociedade

de maneira positiva. Os Hospitais encheram-se, sem grandes critérios de pessoas com as mais diversas condições.

Com o passar do tempo criou-se um local específico para as pessoas que passaram pela experiência da loucura, o hospital psiquiátrico. Ali o médico ganhou um estatuto de conhecedor da doença. Ganhou um poder antes não existente: o poder científico. Surge então o paradigma psiquiátrico⁴⁴.

Por volta da década de 60 do século XX, acontece o que chamamos de a “queda do paradigma psiquiátrico”. Nela foram explicitados os maus tratos e malefícios do sistema psiquiátrico tradicional, iniciaram-se experiências onde as propostas de tratamento a essas pessoas realizavam-se na tentativa de que a atenção não mais estivesse voltada aos sintomas e à doença, mas às pessoas, à vida. As discussões foram construídas de maneira que se articulavam com as da reforma sanitária brasileira. Inúmeros debates a respeito da atenção à pessoa que passa pela experiência da loucura ocorrem constantemente. Algumas dessas experiências pretendiam devolver-lhes a cidadania e direitos cívicos, como na desconstrução do manicômio de Trieste, na Itália (BARROS, 1994). Há na literatura o relato de outras experiências, em Portugal (GOLDBERG, 1996), na França (GOLDBERG, 1996; ANDRADE, 2001), no Brasil (GOLDBERG, 1996; JATENE et. al, 2002), na Inglaterra (BARNES; BERKE, 1983) entre outros países.

Essas experiências também forneceram bases mais sólidas para a construção de políticas públicas em saúde mental e o fortalecimento de movimentos sociais que lutam pelo emplantamento de novos paradigmas em todo o mundo. O mais forte e estabelecido deles, no Brasil, é o da Luta antimanicomial. “Trata-se de um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários, loucos ou

⁴⁴ Entende-se por paradigma psiquiátrico a preocupação dos médicos com os loucos, criando assim uma categoria de doença; a subordinação da população a uma ética do trabalho, para combater a pobreza e a ociosidade; o pensamento que os pobres eram essenciais para a produção de riqueza da nação, desde que livres no mercado de compra e venda de força de trabalho; A partir dessas questões, a suposta periculosidade e a incapacidade para o trabalho das pessoas que passam pela experiência da loucura permitiram a operação de intervenções de ações jurídico-policiais diretas, porém com gestão baseada em critérios técnico-científicos, estabelecendo uma relação de tutela.

não – buscam fazer circular no tecido social indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura” (LOBOSQUE, 1997, p.21).

Como explicitamos no capítulo anterior, todas as experiências têm algumas características comuns. Há um entrecruzamento de características que aproximam as experiências, porém também as fazem diferentes. Evidenciam-se assim as conexões existentes nas tentativas de romper com o paradigma psiquiátrico: a busca de uma atenção em saúde mental que priorize as tecnologias leves⁴⁵ e não priorize mais a atenção de menor complexidade em saúde mental⁴⁶ e que essencialmente não vise estabelecer normativas comportamentais. São experiências que de alguma forma

“nos convoca a traçar múltiplos caminhos e compartilhar as incertezas com todos os que estão implicados, de um modo ou de outro, com a invenção de novas possibilidades de/na vida em todos os dinamismos espaços-temporais. (...) uma luta contundente pela ruptura de todos os tipos de aprisionamentos que impedem as passagens de intensidades, de vozes e de liberdade” (LAVRADOR, 2006, p.44).

Como vimos anteriormente, no Brasil, os espaços, dispositivos e equipamentos de saúde que procuram vincular-se a essa tendência, tem em sua base o tratamento com atividade como uma forma de ruptura com os manicômios presentes nas práticas de saúde mental. Portanto, o uso da atividade deve seguir a lógica da expansão dos

⁴⁵ As tecnologias em saúde são classificadas em três tipos, a saber: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as que se inscrevem nas relações, nas escutas, nos acolhimentos. As leve-duras estão presentes nos conhecimentos técnicos estruturados. As duras são as inscritas nas máquinas e instrumentos. (MERHY, 1998)

⁴⁶ Lancetti (2006) nos explica que há, na saúde mental, uma inversão da pirâmide de complexidade da atenção. Na maior parte dos serviços de saúde, o serviço hospitalar tem maior complexidade, envolvendo tecnologias duras em grande quantidade e menor quantidade de tecnologias leves. Já no caso dos serviços de saúde mental, a situação é inversa em relação à complexidade. Os serviços hospitalares de internação oferecem atenção e cuidados de saúde com menor complexidade, pois retiram o sujeito do contexto em que ele vive, das relações e meio que produzem a situação de adoecimento. Simplificam o atendimento, utilizam pouco as tecnologias leves e os dispositivos que há no território de seus usuários. Serviços que trabalham no território, com a atenção básica em saúde mental, ao contrário, instrumentalizam-se com todos os recursos e dispositivos existentes e buscam alternativas para que o cuidado ocorra no contexto que produziu o adoecimento.

espaços vivenciais do sujeito, deve ir para a rua, deve criar tentáculos que se grudem ao exterior da própria instituição, à própria atividade (em sua concretude). Deve conseguir se expandir para outros espaços da vida das pessoas, ter um lugar que facilite as trocas nos espaços sociais, facilitar a possibilidade das pessoas darem outras significações à experiência de adoecer.

É com as interferências desses movimentos que a Terapia Ocupacional se constitui. A profissão é referência quando se pensa na questão do uso de atividades em saúde mental, portanto relaciona-se também diretamente com as oficinas⁴⁷ que são realizadas nesses espaços.

Como as diversas maneiras de utilizar a atividade em saúde mental variam nos diferentes momentos históricos, acreditamos ser importante explorar mais a questão da história, das confluências destes usos e as tendências atuais.

Afinal a história pode ser descrita de diferentes formas. Pode-se tomá-la a partir da busca da origem de uma determinada coisa/fato. Por esse viés, ela é entendida como uma linha contínua e como uma seqüência de fatos que são causa e conseqüência uns dos outros. Outra maneira de se olhar para a história é a partir da descrição de tempos e ocorrências históricas que ajudam a compor os combates, as linhas de força, os pontos de confronto, as tensões. Estaríamos então no que Foucault (2005) chamou de genealogia. “A genealogia, como análise de proveniência, está, portanto, na articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado pela história, e a história arruinando o corpo” (p. 267).

Nessa perspectiva, ao escrever sobre a história estamos muito distantes de apagar o lugar de onde olhamos, o momento que estamos e o partido que tomamos! “É um olhar que sabe de onde olha, assim como o que olha. O sentido histórico dá ao saber a possibilidade de fazer, no próprio movimento de seu conhecimento, sua genealogia” (FOUCAULT, op.cit, p. 275).

As relações de poder que Foucault coloca em destaque denunciam maneiras de dominação dos corpos/desejos e os movimentos de resistências. Neste sentido, é importante trazer à tona uma história genealógica do uso das atividades em saúde mental. Tomaremos por base o uso de atividades, para pessoas que passaram pela experiência da loucura, a partir de modos de funcionamento da terapia ocupacional. Cabe lembrar que as “relações de poder não têm efeito meramente repressivo, como se impedissem ou bloqueassem os campos de saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz” (NARDI et al., 2005, p.1046).

Ao longo da história encontramos inúmeras linhas que atravessam e compõem um jogo de força para constituir o uso das atividades em saúde mental. Ao descrever essas linhas não estaremos preocupados com as diferenças utilizadas por alguns autores entre os termos ocupação, atividade e trabalho⁴⁸. Então, na próxima parte do trabalho, nos concentraremos em explicitar os jogos de força presentes, na tentativa de explicitar as linhas de fuga, as linhas duras, algumas segmentaridades presentes, enfim, simplesmente linhas que marcam as práticas que se utilizam de atividades em saúde mental (seja com caráter curativo ou não), mais especificamente o uso de atividades em terapia ocupacional.

4.2 – Atividades, seus Usos e Modos de Funcionamento

O termo atividades é um termo que traz consigo uma série de definições. Na Terapia Ocupacional ele é utilizado como sendo um elemento de grande importância nas

⁴⁷ Não objetivamos neste trabalho diferenciar as oficinas em suas categorias (oficina terapêutica, de trabalho, etc), nem diferenciar em relação a outras categorias de espaços que utilizam as atividades em dispositivos de saúde mental, tais como grupos terapêuticos, grupos de atividade etc.

⁴⁸ A utilização desses três termos será realizada seguindo uma ética teórica de relação com os autores citados em cada parte da dissertação. Quando não forem utilizados nas citações, terão explicações suficientes no corpo do texto ou em notas de rodapé, para o leitor situar-se em relação ao contexto e ao uso do termo.

práticas de cuidados deste profissional. Há autores que o definem a partir de tipos – atividades de vida diária, de lazer, de vida prática, de trabalho, entre outras (NEISTADT; CREPEAU, 2002). Há outros que falam que a atividade é o terceiro termo de uma relação onde há um terapeuta ocupacional e outra pessoa que está fazendo terapia ocupacional (BENETTON, 1994). Há ainda os que simplesmente falam em atividade humana, sem especificar o que se pretende com o termo. Há também os autores que fazem referência às atividades levando em consideração sua finalidade, como por exemplo, atividade como exercício, produção, expressão, criação e transformação (FRANCISCO, 1988).

Outros autores – terapeutas ocupacionais – preocupam-se em diferenciar ocupação, atividade e trabalho. Esses autores desenvolvem a idéia de que as atividades são realizadas durante o tempo/espço de atendimento do terapeuta ocupacional, não se sabendo exatamente o que resultará, ou como ficará. Elas se dobram e desdobram para fora do tempo/espço do horário de atendimento. A ocupação, diferentemente, constitui-se como algo de caráter subserviente, tem a função de preencher um espço vazio (como nos hospitais psiquiátricos, que se preocupam em ocupar os internos para não parecer vazio o que estas instituições produzem), angustiante pela obrigação de estar sempre *ocupado*, ou ainda pela impossibilidade de fazer um “nada fazer”. O trabalho é tratado como algo sócio e economicamente definido como profissão (BENETTON, 1994). Não estaremos preocupados com as diferenças utilizadas por estes autores entre os termos ocupação, atividade e trabalho⁴⁹, trabalharemos no sentido de utilizar apenas um termo, atividade, o que possibilita a utilização de maneira mais transversal.

A seguir apresentamos várias abordagens e linhas teóricas que se constituíram de maneira sólida na Terapia Ocupacional em relação ao uso de atividades. De tendências mais fluidas a tendências mais rígidas, todas marcaram e são hoje de uma maneira ou

⁴⁹ A utilização desses três termos será realizada seguindo uma ética teórica de relação com os autores citados em cada parte da dissertação. Quando não forem utilizados nas citações, terão explicações suficientes no corpo do texto ou em notas de rodapé, para o leitor situar-se em relação ao contexto e ao uso do termo.

de outras influências importantes no uso de atividades nos equipamentos de saúde mental.

4.2.1 – Atividades, Religião, Natureza e Hospital

O entendimento que o uso de atividades serve para ajudar a melhorar os problemas cotidianos, está disseminado na sociedade e podemos observar pelos ditos populares. “Cabeça vazia, oficina do diabo!”, ou então “quem canta seus males espanta!”. O uso de atividades para tratamento remonta um passado longínquo. Na antiguidade as atividades eram utilizadas para fazer os homens se aproximarem dos deuses. Desta maneira, eram utilizados passeios e jogos para acalmar os maus espíritos e criarem um ambiente tranquilo (BENETTON, 1999).

Muitas vezes, as ações e usos das atividades têm efeitos diferentes das intenções. Assim, algumas vezes elas foram utilizadas para tratar, dominar e excluir. Em outros momentos elas foram usadas a favor da vida, da liberdade e do cuidado. Mesmo considerando os diferentes contextos históricos, regimes políticos e entendimentos do que seria tratar, esses usos das atividades algumas vezes trouxeram o sujeito para um lugar previamente determinado por quem visava ter o controle e o saber. Durante muito tempo esta prática esteve localizada (e totalizada) na igreja e nos deuses. Então as atividades eram prescritas, determinadas, indicadas. Apesar disso, podemos verificar também que a integração com a natureza e um entendimento do homem a partir de uma visão mais integral, poderiam também já estar presentes.

Além da sabedoria popular e da religião, houve vários estudiosos do corpo e da medicina que tentaram fazer alguma sistematização do uso das atividades para os chamados doentes mentais. Cada um, à sua maneira tratava com atividade, buscando cura ou o retorno à consciência.

Assim, na história da medicina (e, portanto da saúde) encontramos duas “escolas”, localizadas nas ilhas de Cós e de Cnido. A primeira, hipocrática, debruçava-se sobre o homem de maneira mais integral, cuidando do corpo e da mente simultaneamente. A

segunda, mais especializada, vislumbrava pessoas diferentes para cuidar de problemas diferentes. Apesar de hoje verificarmos que o juramento hipocrático é oficial na prática médica (e presente no discurso de outras profissões e da própria saúde coletiva – ao falar, por exemplo, da integralidade), notamos com muita facilidade que grande parte dos profissionais atua a partir dos especialismos. Evidencia-se assim um embate e a presença simultânea do exercício das duas escolas entre os profissionais da saúde. As linhas de diferenciação das práticas nem sempre são tão claras, por vezes misturam-se, estabelecem-se conexões. O rizoma se mostra presente e abre espaço para a criação, para a invenção. Será possível permanecer tão rígido em apenas uma das práticas? Será que nós, humanos (no caso os profissionais de qualquer categoria), conseguimos nos esquivar de desvios da rota pré-estabelecida?

4.2.2 – E a Atividade entra no Hospital...

Outro modo que a atividade pode ser usada/apresentada é no tratamento moral. Na época da revolução francesa, Philippe Pinel (1745-1826), marcado pela Revolução Industrial⁵⁰, traçou profundas mudanças no tratamento dos loucos. “Examinava minuciosamente cada enfermo, para o que organizou um registro onde classificava os doentes, prescrevendo tratamento específico para cada sintoma” (SILVA, 1979, p. 67). O “Tratamento Moral”, em relação às ocupações, tratava de dirigir propostas que tinham por objetivo ordenar e desenvolver o pensamento do interno. Cabe lembrar que moral nessa época referia-se às ciências do espírito e não somente à oposição de imoral. Incentivava os hábitos que lhe eram passados por “uma ordem natural” e desestimulava os pensamentos mórbidos. Neste sentido, Medeiros (2003) nos explica que

⁵⁰ Os ideais de “Igualdade, Liberdade e Fraternidade” estendiam-se pelo mundo, valorizando o homem racional e sua criatividade na cultura e na sociedade. Nessa época “o processo de industrialização se instaura, afirma-se que os ‘pobres’ não constituem uma realidade concreta e última. Eles mascaram duas outras realidades mais concretas do que eles” (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p.77). A pobreza denunciava a rarefação de vários alimentos à condição sócio-econômica da Europa. A segunda realidade, a população, trazia à tona uma discussão de quem fazia a ciranda financeira funcionar.

“Concebendo o doente mental como portador de uma desordem interna e acreditando numa natureza humana racional, a prática do tratamento moral iria defender a bandeira do exercício da liberdade do espírito humano. Mediante a utilização da racionalidade influenciada pelas atividades laborativas que lhe dariam ordenação e desenvolvimento, o tratamento moral proporcionaria ao sujeito um comportamento adequado. Tratava-se, pois, de incentivar os hábitos que lhe eram passados por uma “ordem natural” do processo produtivo e, ao mesmo tempo, de desestimular os pensamentos mórbidos provocados pela perda dos mecanismos normais de adaptação à realidade” (p 73).

Essa forma de tratar partia da centralidade nas atividades humanas como ponto essencial de observação, acompanhamento e constatação empírica dos efeitos na mente e no comportamento do interno.

Pinel, ao “libertar os acorrentados”, traçou estratégias que visavam manter a exclusão social que já ocorria, fixando o lugar do louco no hospital, porém com a justificativa de tratar a doença mental. “Em linhas gerais, o doente mental era visto como alguém que não suportou a pressão ou as influências de seu meio social” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 66).

Cabe lembrar que, ainda hoje, no século XXI, as idéias de Pinel fazem ressonância em várias práticas existentes. A idéia que persiste em vários equipamentos de saúde mental, de que o sujeito que frequenta o serviço não pode ficar sem atividade em nenhum momento, pode ser derivação dessa concepção. Essa “liberdade” das correntes aprisionou a atividade humana, diminuindo a potência criadora, ao impossibilitar o homem de fazer um “nada fazer”.

4.2.3 – O uso de Atividades ganha *Status* de Profissão

Um movimento para alterar a situação até então estabelecida para usos de atividades em saúde mental, ocorreu no século XIX. Nesse momento, na medicina, é marcante a descoberta da anatomia patológica que permitia a localização no corpo, a individualização das doenças e a criação de signos que permitiam o diagnóstico

diferencial. Paralelamente “a psiquiatria, tal como está se constituindo no século XIX, se opõe à medicina, é evidentemente uma medicina na qual o corpo está ausente” (FOUCAULT, 2006, p. 346). Sendo assim, a psiquiatria utiliza a entrevista (ou um interrogatório)⁵¹ para reconstruir os elementos necessários para aproximar-se da medicina orgânica. Há quatro características principais nesse período: procurar dar ao corpo uma doença que não tinha corpo; constituir um campo de anomalias; fabricar sintomas a partir de uma demanda; e, por último, isolar, circunscrever e definir um foco patológico que deve mostrar e atualizar na confissão (da entrevista) ou na realização desse sintoma maior e nuclear. Criou-se assim uma trílice realização: uma conduta como loucura, a loucura como doença e, enfim, o médico como guardião da loucura.

Nesse período, Charcot se destaca como médico que se dedicava aos seus pacientes, procurando meios de estabelecer relações entre o corpo e a mente. Também era dedicado e estudava seus pacientes após a morte: assistia as autópsias, na tentativa de descobrir o motivo dos sintomas. Descobriu, então, que algumas paralisias não tinham relações com o físico, não apresentavam lesões de ordem nervosa (SILVA, 1979).

Para Foucault (2006), a neuropatologia mostrou certa captura da atitude, da consciência e da vontade do sujeito no interior do próprio corpo. “A vontade investida no corpo, os efeitos da vontade ou os graus da vontade legíveis na própria organização das respostas aos estímulos” (p. 393). A neurologia, com Charcot, se não era nem um exame no sentido anatomopatológico nem um interrogatório, “é um novo dispositivo que substitui o interrogatório por injunções e que procura obter, por meio dessas injunções, respostas, mas respostas que não são, como no interrogatório, as respostas verbais do sujeito, e sim as respostas do corpo do sujeito” (p. 395). Com a hipnose busca ter a certeza de que os sintomas da histérica são patológicos. A histeria deixa de ser considerada loucura e torna-se doença, passando a ser tratada por médicos (do corpo). Também permite à medicina agir sobre a sexualidade da população.

⁵¹ Foucault (2006) muitas vezes utiliza o termo interrogatório ao invés de entrevista, marcando que a prática psiquiátrica é “precisamente o seguinte: dê-me os sintomas, faça-me da sua vida sintomas e você fará de mim seu médico” (p. 358).

No meio de tantas lutas da medicina para agir e ter domínio de aspectos e campos antes sem relação com a medicina, é que a Terapia Ocupacional vai constituir-se como profissão. É na passagem do século XIX para o XX, que Adolf Meyer (1866-1950), suíço, conhecido como o psiquiatra do senso comum, descrevia sua prática como destinada ao estudo e tratamento de seres humanos em dificuldades; ele admitia todos os sistemas de tratamento que fossem capazes de ajudar o homem a solucionar seus problemas, inclusive as atividades. Acreditava que o homem é um ser único, que não pode ser dividido em corpo e alma. Dizia que o homem é um “corpo-espírito”, que deveria ser estudado e tratado em conjunto (SILVA, 1979).

Apesar de utilizar as atividades como remédio, com caráter curativo, Meyer, a partir de ocupações com características ressocializantes, buscava o equilíbrio e a consciência da realidade⁵². Essas ocupações eram prescritas às pessoas baseando-se no grau de consciência de cada um. Inicialmente era buscada a estimulação sensorial (com manipulação de materiais). Em outro momento, eram promovidas atividades que visavam o auto-cuidado⁵³, dos afazeres domésticos, de hábitos úteis e de habilidades de adaptação. A última etapa era a que comportava desenvolver decisões requeridas para o trabalho, de aspirações próprias e de estratégias para participar de jogos.

No início do século passado, Meyer, por sua vez, propunha que a organização do hospital psiquiátrico fosse à semelhança da sociedade, para que o treinamento se realizasse. Sua proposta estava inteiramente de acordo com a situação da falência moral e econômica dos hospitais-indústria. “A revolução industrial promovia a busca de tecnologia, a medicina experimentava o desenvolvimento de terapêuticas e a ocupação era aplicada para se obter a adaptação social” (BENETTON, 1999, p.24).

Meyer viveu em um tempo em que a loucura era “um fato que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade; ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade; e por isso, pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber

⁵² Definida por Meyer como uma conduta de adaptação social.

⁵³ Entende-se por auto-cuidado, as práticas de boa higiene, alimentação entre outras.

status, estrutura e significação psicológicos” (FOUCAULT, 1968. p. 83). Procurou romper com alguns métodos científicos. Propunha uma forma de entender essas pessoas de uma maneira que diferia da psicopatologia de Esquirol⁵⁴ e Kraepelin⁵⁵ e também das propostas de Freud.

Meyer muito influenciou Eleonor Clarke Slagle (1871-1942), americana, assistente social, uma das fundadoras da primeira escola regular de Terapia Ocupacional (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). Segundo Benetton & Varella (2001), ela fez um curso sobre Ocupação e Recreação Curativa, da Escola de Educação Cívica e Filantrópica de Chicago, em 1911. Entre 1913 e 1914, trabalhou na Phipps Psychiatric Clinic, em Baltimore. Lá conduziu curso semelhante ao que fez em Chicago para um grupo de enfermeiras do Hospital John Hopkins. “Desenvolveu seu programa educacional para tratamento com atividades denominado de Treinamento de Hábitos” (p. 33).

Assim, ao sistematizar a profissão de terapia ocupacional, Slagle, na organização do tratamento com atividades, “não falava em doença ou reação à doença, mas numa reação a hábitos. Estava mais preocupada com a saúde, os hábitos saudáveis e numa relação salutar e, nisto, o seu projeto difere e muito daqueles efetuados por autores médicos” (BENETTON, 1999, p.28). Buscava que os estudantes de seu curso de terapia ocupacional tivessem “o desejo de substituir interesses variados, as inibições, todo o campo emocional e a relação de todos os passos tomados em ajudá-lo a criar um programa de trabalho, descanso e brincadeira, correto e balanceado” (SLAGLE, 2003, p.11).

⁵⁴ Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) foi discípulo de Pinel. Imprimiu o termo alucinação. Foi chefe do Hospital de *Salpêtrière* em Paris, tal como Charcot e Pinel.

⁵⁵ Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra, foi quem diferenciou a Psicose maníaco-depressiva da *Dementia praecox* (hoje esquizofrenia, termo criado por Eugen Bleuler). Também foi ele quem reconheceu que cada sintoma poderia aparecer em qualquer doença. Essa concepção é a base para os sistemas classificatórios existentes hoje, tais como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997)

4.2.4 – A Atividade e sua Relação com o Capital

Algumas vezes, a Terapia Ocupacional acabou por ser capturada por movimentos que não contribuíram para a expansão da vida. Outras vezes, conseguiu mostrar sua potência para deixar passar as intensidades, ocupar o espaço que as intensidades produziu. Assim pode (ou não) dar vida, potência, criatividade e criar linhas de fuga às práticas de saúde. Os movimentos de resistência e dominação se fazem presentes constantemente. Assim, paralelamente ao movimento de institucionalização da profissão Terapia Ocupacional, no final do século XIX, estavam em plena expansão as idéias de Frederick Taylor (1856-1915). Sua sistemática tentativa de estabelecer uma administração científica girava em torno da observação, fragmentação e estabelecimento do tempo ideal para o trabalhador realizar sua atividade. Essa separação entre o “pensar e o fazer”, apesar de, a princípio, nada se aproximar das práticas psiquiátricas, contribuiu para a alienação do sujeito no trabalho. Suas idéias não só se expandiam, mas já ganhavam adeptos como, por exemplo, Henry Ford, interessado no aumento da produção e do lucro. Este além de manter a lógica alienante de Taylor, faz alterações na produção, transformando-a, massificando-a.

Não tardou para as duas Grandes Guerras acontecerem. No meio de um enorme contingente de incapacitados pela guerra, os governos incluíram as terapeutas ocupacionais no tratamento para fazer a reabilitação, “rápida e em massa” dos soldados. Foucault (1979), em ‘O nascimento do hospital’, nos elucida que a entrada da medicina no hospital, tinha o intuito de dominar os corpos, que eram resultados de um custoso e longo treinamento para as batalhas. O exército não poderia perder homens! Tinham que recuperá-los para a guerra no menor espaço de tempo. Então o lugar que anteriormente destinava-se a morrer, passa a ser um lugar de cura. A lógica da produção e do lucro (Taylor e Ford) ser transposta para o tratamento do cuidado dos hospitalizados foi só uma questão de tempo! O tratamento que anteriormente visava que o homem utilizasse sua máxima força para o trabalho é capturado pelas “garras do capitalismo” e da anulação do sujeito diante da necessidade de retornar à produção (ou a Guerra).

A terapia ocupacional, nesse contexto é convocada pela busca a uma cientificidade que respondesse e tivesse um discurso unívoco com esses padrões (de produção e massificação na recuperação dos mutilados e doentes de guerra). A aproximação das práticas profissionais com a reabilitação física acontece enquanto as práticas psiquiátricas (de internação e segregação) começam a ser questionadas. Também ocorre um grande incentivo à formação de terapeutas ocupacionais por parte de organizações internacionais, na intenção de aumentar o “exército” de profissionais preparados para recuperar os soldados que necessitavam de cuidados. O uso de atividades em saúde mental, em nome de certa cientificidade, é deixado de lado na profissão, culminando na aproximação e crescimento da utilização de exercícios para a recuperação física das pessoas.

É nesse contexto que foram publicados uma série de artigos resultantes de um levantamento das publicações em Terapia Ocupacional, desde a década de 1910. Essa série foi publicada na década de 1980 e tinha como foco principal a elucidação de como os terapeutas ocupacionais se utilizavam da atividade em seu ofício. Kielhofner (1990; 1990a) e Kielhofner, Burke & Igi (1991) pretendiam achar pontos em comum nessas publicações para descrever uma teoria para a Terapia Ocupacional, denominada como Modelo da Ocupação Humana. Descrevem o objeto da profissão como sendo a ocupação humana. A partir daí fazem uma descrição do homem tendo como referência a Teoria Geral dos Sistemas.

De acordo com esses autores, o homem é um sistema aberto, organizado em sistemas que interagem entre si e dinamicamente com o ambiente. A partir dessa interação resulta a manutenção ou alteração de todas as suas partes. A interação é feita pelas ocupações.

“O meio ambiente é considerado como o meio físico, social e cultural. Mediante o processo de *inputs* (informações externas), *throughputs* (informação exteriorizada, comportamentos, etc) e *feedback* (novas informações externas acerca do comportamento emitido pelo sistema) o sistema aberto interage com o ambiente” (MEDEIROS, 2003, p. 127).

Kielhofner, ao descrever o homem utilizando a teoria geral dos sistemas, fala que o homem é composto de três subsistemas, a saber: o da vontade, o do hábito e o do desempenho. O subsistema da vontade é o guia regulador das escolhas de ação. O do hábito compõe-se de hábitos e papéis internalizados, que mantêm a ação. Finalmente, o do desempenho funciona para produzir ações. Como cada subsistema influencia os outros, ao ter uma falha em um todo, o sistema será alterado. Então, ao adoecer ou ao ter uma disfunção, estaríamos diante de uma “falha” em um dos subsistemas. O tratamento com atividade é usado para reorganizar esse sistema (KIELHOFNER; BURKE; IGI 1991).

O que inicialmente não era para se vincular com o uso de atividade na saúde, mostrou-se estar muito mais próximo. Assim, o modelo da ocupação humana considera a ocupação algo inato ao homem, ignorando todas as condições sociais, culturais e históricas que produzem esta situação. Também considera que a ocupação das crianças é divertimento e dos adultos, produção (que gere renda, lucro).

Esse modelo faz a descrição do homem com uma linguagem própria das ciências econômicas e da natureza. Insere-se em uma gama de teorias reducionistas presentes no mundo. Sua descrição de homem mais parece um computador. Assim, cada subsistema pode ser programado, reorganizado. A natureza ativa em que o homem é colocado ignora a produção social e histórica de tal natureza (FERRARI, 1991).

4.2.5 – Atividades e “a Emoção de Lidar”

No Brasil, o século XIX se iniciou com um grande avanço na quantidade de hospitais colônias. A proposta de isolamento e trabalho (em sua grande maioria trabalhos em lavouras) estava muito presente na prática psiquiátrica. Também foi significativa a vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã. Esta procurava “explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais” (AMARANTE, 1994, p. 78). Nessa época, Juliano Moreira dirige por 27 anos a Assistência Médico-legal aos

Alienados, com grande responsabilidade pela disseminação dos hospitais psiquiátricos no país.

Nos anos 30 os choques (insulínico, cardiazólico, eletroconvulsoterapia, entre outros), além da lobotomia, revolucionam e empolgam os profissionais da categoria. O poder profissional aumenta e o número de internações cresce na década seguinte (1940).

O uso de atividades no Brasil também teve alguns personagens que se destacaram de maneira significativa e que produziram efeitos que ainda ressoam no cenário da saúde mental nacional. No Rio de Janeiro, apesar de todas as outras tentativas existentes, uma psiquiatra nascida em Maceió, começa a produzir, com sensibilidade e delicadeza, uma linha de fuga nas práticas realizadas até então. Apesar de muitos cunharem a essência de sua história como a pessoa que trouxe para o Brasil as idéias de Carl Gustav Jung, Nise da Silveira só teve contato com o analista após seu trabalho ter ganhado espaço e força no Rio de Janeiro. Sua experiência e prática inovadora ocorreram no Hospital Psiquiátrico de Engenho de Dentro: a prática da Terapêutica Ocupacional⁵⁶.

Nesse setor ela cria um ateliê de pintura e modelagem, expandindo-se com o tempo para dezessete atividades diferentes, na tentativa de transmutar as práticas psiquiátricas que isolavam, segregavam e matavam em vida. Iniciativa de uma mulher nordestina, que estudou em colégios de freiras, se aventurou a estudar medicina (era a única mulher em sua sala), militou na Aliança Nacional Libertadora⁵⁷ (ANL) e foi presa por ter livros comunistas. Ela nos explica que o ateliê de pintura a fez compreender que

⁵⁶ Com o tempo, e as brigas com os profissionais e entidades da Terapia Ocupacional, passou a denominar a sua prática de “a emoção de lidar”. Em suas palavras: “Há várias linhas de pensamento que, apesar do descaso reinante, insistem em procurar fundamentação teórica para interpretar o método ocupacional. E várias denominações para designá-lo – laborterapia, praxiterapia, método hiperativo, método reeducativo, ergoterapia e finalmente terapêutica ocupacional, termo preferido por ingleses e americanos. A expressão terapêutica ocupacional generalizou-se, embora seja pesada como um paralelepípedo” (SILVEIRA, 1992, p. 21).

⁵⁷ ANL foi uma organização criada em 1935 e liderada pelo Partido Comunista Brasileiro. O objetivo da organização era promover um levante armado que instaurasse no país um governo nacional-revolucionário. O governo federal dominou as diversas manifestações promovidas. Também iniciou intensa repressão contra os mais variados grupos de oposição atuantes no país. A ANL, alvo principal dessa onda repressiva, acabou desarticulada.

a principal função das atividades na Terapêutica Ocupacional seria criar oportunidade para que as imagens do inconsciente e seus concomitantes motores encontrassem formas de expressão. “Numa segunda etapa viriam as preocupações com a ressocialização” (SILVEIRA, 1981, p. 13). Assim, entendia que a possibilidade de expressão deve partir do nível não-verbal. Também acreditava que as produções realizadas no ateliê “quase nunca será o mero reflexo dos sintomas” (op. cit, p. 51).

Sua experiência toma forma na década de 40 do século XX, antes de todos os outros movimentos de crítica ao paradigma psiquiátrico ganharem força⁵⁸.

Através de exposições de arte organizadas com atividades realizadas no setor, Nise da Silveira buscava mostrar ao mundo que os indivíduos rotulados pelo fato de passarem por hospícios, “eram capazes de realizar alguma coisa comparável às criações de legítimos artistas” (op. cit. p. 16).

A ousadia ao realizar pequenas revoluções no trabalho em saúde mental, ao se recusar a apertar o botão do eletro-choque, ao colocar afeto nas relações com as pessoas que estavam internadas em Engenho de Dentro, foi algo determinante e marcante em sua trajetória. “Naqueles tempos, o afeto era ridicularizado, menosprezado, tido como um valor a ser banido pela academia, pelas ciências, pelas psicoterapias de todo escopo” (Vaz, 2007, p. 143)

Na década de 50 do século passado, cria a Casa das Palmeiras. Uma instituição sem fins lucrativos, destinada aos egressos dos hospitais psiquiátricos, funcionando em regime de externato, nos dias úteis. Lá foi criado um território livre, pobre e com liberdade. A ênfase estava nas relações, sem marcar as distinções discriminatórias

⁵⁸ Basaglia et. al. (1994) nos explica que os movimentos que ocorreram na Europa, que têm como fundo a liberdade de comunicação; análise de tudo o que acontece na comunidade em termos individuais e interpessoais; tendência à destruição a tradicional relação de autoridade; possibilidade de gozar de ocasiões de reaprendizagem social; presença de reuniões de toda a comunidade. Derivam assim, do conceito de Comunidade Terapêutica (CT). A CT foi inventada na Inglaterra, em 1946, com Tuke. Maxwell Jones (o mais representativo psiquiatra que trabalhou com esta noção) começou a desenvolver suas experiências em 1947. As experiências passam a ter “a perspectiva de constituir-se uma nova instituição, comunitária, tendencialmente horizontal, com suas regras e seus mitos, que se apresente como um novo modelo” (p. 16). As experiências de Laing, Basaglia e Oury são posteriores à de Maxwell Jones com as CTs.

entre as diferentes formações das pessoas. A autoridade da equipe estabelecia-se de maneira natural⁵⁹, pela atitude serena de compreensão e pela postura em ajudar, com respeito (SILVEIRA, 1992).

Nise da Silveira conseguiu, com resistência, inovação e transformação, tirar o foco do trabalho em psiquiatria da sintomatologia e da “arte de louco” para a possibilidade de entender o homem em sua cultura e diversidade.

4.2.6 – Resistir com atividades: movimentos contemporâneos à Reforma Psiquiátrica

Os movimentos e as possibilidades de as atividades serem utilizadas em saúde mental são diversas. Assim, por vezes, mesmo quando os sentidos da proposta indicam uma direção, elas podem se conectar e mostrarem-se como resistência a algo institucionalizado e duro, mostrarem-se como linhas de fuga.

No cenário paulistano, outra tendência da terapia ocupacional no Brasil, bastante marcante, é encabeçada por Jô Benetton⁶⁰. Seu legado foi construído com base em grupos de estudos e cursos de especialização voltados para os profissionais da categoria. Iniciaram nos anos 70 do século XX e persistem até hoje. Ela conseguiu, em meio a uma produção na área da saúde cada vez mais especializada, construir uma proposta que tenta retomar alguns conceitos de Slagle e organizar novos

⁵⁹ Os médicos não usavam branco, não havia enfermeiras e os demais membros da equipe não usavam crachás ou uniformes. As janelas e as portas da Casa das Palmeiras estavam sempre abertas. Tudo de maneira muito diferente da realidade dos hospitais psiquiátricos e com conceitos de funcionamento de serviços que só viriam a ganhar destaque e espaço décadas depois com os Centros de Saúde Mental (na Itália, em Trieste, na década de 70) e com os CAPS (no Brasil, em São Paulo, na década de 90).

⁶⁰ No final da década de 70 do século XX, Jô Benetton fundou, junto com um grupo de mais 7 pessoas, a Instituto “A Casa” em São Paulo. “A Casa” é um Instituto criado como “alternativa aos tratamentos manicomiais, o HD oferece sustentação grupal e institucional aos pacientes, todos os dias, das 9 às 17 horas” (A CASA, 2003). Poucos anos depois optou por deixar a sociedade e assumir o desafio de intensificar o debate e a construções dentro da atuação profissional. Apesar disto, mantém profunda relação com Sônia Ferrari (outra terapeuta ocupacional fundadora do Instituto “A Casa” e que permanece como diretora até hoje).

procedimentos para o profissional de Terapia Ocupacional. Assim, constitui-se como um movimento de resistência à industrialização e formação de linhas de produção em massa do cuidado em saúde e ao abandono ao uso de atividades em saúde mental. É uma tentativa de retomada da potência das atividades no cuidado em saúde mental. Mostra-se como uma resistência interna à profissão, voltada para os próprios profissionais.

Jô Benneton, com um trabalho norteador pela saúde mental, constrói uma prática que se baseia em movimentos, em dinamismos, como por exemplo, o de realizar a própria atividade. Assim considera que as atividades não têm uma maneira rígida, única de serem realizadas.

Ela critica a maneira como os exercícios foram empregados na profissão. Compara-os a práticas de uso de atividades como realização de tarefas pré-determinadas e com produtos finais pré-fixados⁶¹. Desta forma, as tarefas/exercícios seriam menos potentes para despertar a criatividade e a ação das pessoas, limitando e ordenando os atos. Ainda, nega a possibilidade de significação simbólica das atividades previamente estabelecida. Afirmar que elas podem ter suas etapas alteradas, modificadas, inventadas e que o produto final não será modificado pela variação da ordem de realização de suas etapas. Uma atividade não tem certo ou errado, condição final pré-estabelecida. No pior dos casos, as atividades devem trazer prazer a quem as realiza, assim, desliza a idéia de fazer atividades para tratar para uma ação de fazer para compor com o mundo.

Trata das atividades a partir da cotidianidade. As atividades, para ela, fazem parte da experiência cotidiana de todos. “Qualquer coisa pode ser uma atividade” (BENETTON, 1994, p.22). Dessa forma, amplia as possibilidades de entender o cuidado dos profissionais de saúde e os usos de atividades. Assim, considera o próprio encontro entre duas pessoas (uma terapeuta ocupacional e outra pessoa que vai fazer terapia

⁶¹ Por exemplo, levantar e abaixar o braço, fazer força com determinado grupo muscular para recuperar movimentos ou fazer marcenaria para liberar agressividade, pintar para expressar sentimentos e/ou inconsciente.

ocupacional) como uma atividade⁶². Corroborando com essa idéia, fala que a sala de terapia ocupacional deve ser um espaço para receber. “Este espaço aberto ‘internamente’ para receber só se completa se o mantivermos sempre aberto ‘externamente’ para estimular o partir” (BENETTON, 2006, p.105)

Recusa-se a lidar com as atividades como algo ligado ao artesanato ou ao espaço onde elas são realizadas. As atividades devem fazer parte da vida, multiplicar-se e ampliar-se para vários momentos e aspectos da vida das pessoas. “As atividades são um dos termos de um procedimento (...) e depois podem vir a ser objetos de uso, a gosto de quem as produziu” (BENETTON, op. cit., p. 95).

A autora prefere o termo “atividades” a “atividade”. As pessoas nunca fazem apenas uma coisa e sim várias ao mesmo tempo. Desta forma, quando uma pessoa está fazendo uma atividade, por exemplo, pintando, ela também está pensando, conversando, movimentando os braços, olhando, sentindo (emoções, cheiros, cores etc.) e tantas outras coisas.

No processo de realização de atividades, elas não têm lugar fixo, função de curar, de dar entendimento ao terapeuta a respeito do seu “paciente”, nem vice-versa. Há momentos em que os dois podem fazer as mesmas atividades, juntos ou ao mesmo tempo, cada um a sua. Uma das funções do terapeuta pode ser a de ensinar o outro a fazer atividade, mas esse ensinar não está vinculado a regras pré-determinadas (encontradas em manuais), e sim no auxílio, que seria o de se colocar ao lado do sujeito, na experiência de “estar com” (CUNHA, 2005). O terapeuta ocupacional também pode assumir o papel de quem aprende a fazer uma ou outra atividade, assim o profissional que trabalha com atividades, deve ter sempre uma postura ativa, de quem busca conexões entre as atividades e a vida, a situações reais e colocadas pelas pessoas.

⁶² Neste sentido qualquer coisa pode ser uma atividade: falar, gesticular, pintar, fazer ginástica, caminhar, estudar, pensar, jogar vídeo-game, cozinhar, etc.

‘Uma mulher procura o serviço de saúde mental alegando que a mãe tem problemas de memória. O que antes se apresentava como a falta de memória de um membro da família, como se mostrar que havia a falta de memória dos filhos e de quase todas as outras pessoas da família com a mulher que freqüentava o serviço. A preocupação com o trabalho e com as novas famílias constituídas fizeram que os filhos deixassem a mãe na responsabilidade de apenas uma das filhas. A participação no grupo de atividades foi decisiva para a mulher. A realização de pinturas, conversar permanente com o restante do grupo a respeito de atividades sociais (saídas para tomar sorvete, dançar, entre outras). Com o tempo a família começa a convidá-la a ir ao cinema, a freqüentar a casa onde ela mora, a colocar suas produções como decoração da casa e a levá-la para uma aula de dança em uma academia. A memória, que era a queixa inicial, passa a se tornar secundário, um dos filhos diz que este nunca foi problema para ela e a família ao poder cuidar mais dela desviou o foco de um problema para cuidar e aproximar-se da matriarca da família’.

As atividades visam a inserção social como objetivo final, como Benetton (1994) nos explica:

“Em princípio tudo é experimental, de forma a não colocar palavras na boca do outro para que possa conversar conosco. (...), é no acontecer da terapia ocupacional, na relação terapeuta-paciente, que as indicações ou escolhas de atividades devem encontrar seus significados” (p.100).

Outro aspecto importante é o ensino de atividades.

“É através desse ensino que as atividades são realizadas e a partir daí é que a terapia ocupacional começa a adquirir sentido. (...) O outro, paciente na sua própria vida, precisa ser provocado para encontrar uma nova ou melhor forma de viver, em princípio, o dia-a-dia” (op cit, p. 102).

Há também a compilação/agrupamento de atividades e “o que deve ser intencional para a terapeuta ocupacional é a abertura de espaços para significações, mas nunca para a

orientação de significados” (BENETTON, op. cit, p.109). Através da aplicação deste procedimento busca-se a possibilidade de construção do espaço de historicidade, oferecendo o “estabelecimento de um sentido espacial e temporal da experiência vivida” (TEDESCO; FERRARI, 2000).

No mesmo período (a partir de 1990) outro grupo de terapeutas ocupacionais iniciou a participação da categoria em discussões e movimentos de lutas contra a ordem estabelecida e a segregação da loucura na fixação de lugares, da periculosidade.

Assim, aumentaram a parcela de autores que debatiam a respeito das práticas médicas enquanto práticas de dominação e controle e também o papel do técnico de saúde enquanto função (política e social).

Apresentamos até aqui as principais linhas dos usos de atividades na saúde mental. Elas produzem ou produziram práticas de resistência, e são ou foram sobrecodificadas. Algumas mais especificamente em uma profissão (Terapia Ocupacional) outras de maneira mais transversal, sem a pretensão de fixar-se em uma categoria, mas de fazer parte da vida das Instituições de saúde mental, da vida das pessoas que por estes equipamentos transitam.

Em contraposição, o Método Terapia Ocupacional Dinâmica entende que a pessoa que sofre um processo de adoecimento físico/psíquico/social acaba por ter um corte em seu cotidiano. A profissão, a partir do referencial citado, buscará a construção de um cotidiano saudável do ponto de vista psicológico, tratando assim a saúde mental do indivíduo. Dessa forma, criam-se espaços saudáveis que terão por objetivo estabelecer algum elo entre o cotidiano que está se construindo, e o social no qual se busca haver participação.

Nesse sentido, Nascimento (1990) nos relata dois mitos da atividade terapêutica. O primeiro, nomeado como o antigo, trata da institucionalização da profissão Terapia Ocupacional enquanto resultado da divisão entre outras profissões, cuja base científica concentrar-se-ia principalmente “no estabelecimento de relações entre tipos de atividades e as reações, efeitos que provocam no indivíduo” (p. 17), gerando a

sensação de que a atividade pode ser terapêutica por si só. O novo mito, ao qual a autora se refere, que ainda pode ser entendido como o velho apesar de uma nova roupagem, entende que “as atividades só se tornam terapêuticas quando, através de sua realização, se estabelece entre o terapeuta, o paciente, o grupo e a atividade, uma relação terapêutica” (op. cit. p.20).

“A intervenção técnica centrada na atividade laboratorial (a marcenaria, a pintura, etc.) ou na relação terapêutica opera uma divisão entre o técnico e o político que só beneficia a própria técnica, porque a exime de assumir outras responsabilidades. E tranquiliza, artificialmente, a nossa consciência” (op.cit. p. 21).

Portanto, é necessário a crítica à situação da separação do ato terapêutico da situação institucional. Não há receitas para mudar o que está colocado, mas um caminho que direciona para a “transformação dos técnicos e pacientes juntos, a partir e no processo de restituição do paciente à condição de homem, sujeito de sua própria história” (op. cit. p.21). Assim, a intervenção é técnica (clínica) e política ao mesmo tempo, descobrindo caminhos possíveis ao enfrentar diretamente a complexidade dos problemas, dos limites impostos e da nossa competência.

Começamos, assim, a entrar na próxima parte do texto, quando trataremos de falar da clínica e seus atravessamentos pela e na gestão.

4.3 – Atividades na contemporaneidade: Potencializando os Coletivos

As buscas da aproximação dos usos de atividades em saúde mental com as propostas das reformas sanitárias e psiquiátrica plantaram no setor saúde sementes na busca de

práticas voltadas para o coletivo, para os agenciamentos que a vida reserva. Nesse cenário, podemos encontrar uma proposta para a terapia ocupacional, para as atividades, as oficinas, as pessoas. A vida, assim, propõe desnaturalizar o lugar de cura, de domínio, de saber que as atividades ocupam de forma instituída.

O questionamento nos anos 70 e 80 do século passado a respeito dos diversos saberes profissionais na saúde, o entendimento de maneira reducionista do processo saúde-doença, além de um questionamento sobre a responsabilidade dos técnicos na formação de valores sociais. Assim valoriza-se e constrói-se referenciais para a prática clínica a partir de dimensões sociopolíticas.

Para tanto, devemos ser capaz de “compreender a terapia ocupacional por meio das características, problemas e necessidades concretas da população com a qual se trabalha e o papel social que as atividades podem propiciar como instrumento de emancipação” (BARROS, LOPES, GALHEIGO, 2007a, pág. 354) e de constituição de histórias e contextos. Dessa forma, busca-se produzir maior importância da ação coletiva e das relações entre pessoa, grupo, comunidade e sociedade.

Nesse sentido, é importante explicitar que toda a ação profissional deve ser entendida como coletiva e social. Coletiva, pois todas as ações produzem e são produzidas por coletivos de agentes, por atores que interferem coletivamente. É o rizoma mais uma vez evidenciando-se como efeito na vida e em tudo que nela transita. Social, pois “o desejo é a própria produção do real social” (ROLNIK, 2006, p.58) Assim podemos pensar que as ações que são desenvolvidas têm campo e espaço em âmbitos inimagináveis, saindo dos muros do sistema saúde e habitando novos territórios. As atividades vão, em alguns momentos, para a parede das casas, em outros, para as prateleiras de lojas. Podem ir também para dentro de embrulhos de presentes, para a mesa de refeição, ou ainda para lugares nunca antes imaginados. Assim, as atividades podem funcionar como aquilo que é possível produzir entre o desejo, as potencialidades e os limites do sujeito.

‘No final do ano, o clima de comemoração das festas paira sobre quaisquer lugares, inclusive sobre os equipamentos de saúde mental e seus atores. Num serviço onde o

nível sócio-econômico de seus participantes é diferente, a comemoração com troca de presentes pode criar situações delicadas. Um dos freqüentadores dizia não querer participar do amigo secreto, pois não tinha dinheiro. Viviam com benefícios do governo e a pouca economia que conseguia ter utilizava em benefício próprio (seja nas atividades de saída com o grupo, seja com cuidados como compra de roupas e comidas). Um dia após conversar muito com ele foi proposto que ele fizesse uma atividade para dar de presente no amigo secreto.

A observação e o estudo dos materiais que estavam disponíveis, além dos que poderiam ser utilizados foi longamente feito em parceria com todos os presentes. Durante um mês houve uma intensa inclinação no sentido de cuidar de tudo o que se referia à realização desta atividade. A utilização de palitos de picolé para montar um porta CD foi a atividade escolhida. Estudos sobre como colar os palitos, sobre a largura e altura das caixas de CD, e sobre com qual tinta pintar e como envernizar os palitos. No dia da troca de presentes, o orgulho e satisfação em poder participar da comemoração, do amigo secreto e dar um presente realizado por ele mesmo. Pode ali afirmar sua potência e seu modo de existência.’

De tal modo, a terapia ocupacional distancia-se da mediação entre o binômio saúde-doença. As questões sociais graves e a participação nos processos que envolvem as contradições sociais e culturais passam a estar presentes na prática clínica.

Os projetos coletivos⁶³ começam a ganhar destaque nas práticas que os profissionais propõem. A possibilidade de novas criações, de novos espaços, de espaços coletivos, mesmo que inicialmente com ações individuais (mas que nunca se trata de uma só pessoa pois a ação de uma pessoa não é só dela), dão novo fôlego para as propostas que buscam ser antimanicômias.

Ativa-se a questão das diferenças. Mesmo que inicialmente tenha sido motivado pela questão da internação do louco e outras formas de lidar com a loucura, a necessidade de uma interação com conceitos como “cultura” e “alteridade” marcam o pensar a

⁶³ Interferidos por conexões diversas, múltiplas, mas em projetos unos.

respeito de as estereotípias antes tão determinantes nas práticas de saúde mental, também fazem coro no estabelecimento de um diálogo com a realidade. Diálogo construído a partir do redimensionamento do próprio saber.

Encarando a terapia ocupacional dessa forma, ela se torna um CsO, que é construído “pela via da experimentação, quando o efeito imediato de uma experiência é uma disjunção no corpo orgânico, atualizado na submissão a certa forma organismo, levando-o a novos agenciamentos” (NEVES, 2002, p. 104).

Assim, privilegiar esferas de intervenção que sejam amplas, que acessem o coletivo, o social, faz-se urgente. Abandonar as abordagens individualizantes, que não abarcam as famílias, a esfera de relações próximas e buscar práticas que comportem os múltiplos sentidos das práticas sociais é um caminho e um sentido dessas lutas (BARROS, LOPES, GALHEIGO, 2007).

‘O grupo se reunia uma vez por semana para tirar fotografia. As fotos eram feitas como realização de um projeto. O grupo decide fotografar os sonhos. Sonhos ainda não realizados; andar de avião, andar a cavalo, ser professora, ir à Paris, etc... O grupo além de fotografar, faz toda a preparação do cenário, do figurino. Todos ajudando na construção dos sonhos-cenários, dos sonhos-figurinos, dos sonhos-personagens. A construção do avião, quem seria a aeromoça, quem seriam os outros passageiros. O figurino para se andar à cavalo.

- Quem tem uma camisa xadrez? – Perguntas deste tipo foram freqüentes nesse período. A colaboração de todos para trazer peças de roupas ou de decoração foram de fundamental importância. Um colaborando na realização do sonho do outro. Todos realizando seus sonhos.

Aos poucos os sonhos se materializaram. A foto, ao ser eternizada, foi acompanhada de encenações, de representações. A vivência do momento, mais que a foto em si, passou a ser o que marcou o grupo, o que marcou cada uma das pessoas que tiveram seu sonho fotografado. Dessa forma, a fotografia revelada se constituiu como um

registro da vivência, da concretização do sonho de cada participante do grupo que utiliza atividades daquele equipamento de saúde mental.'

As atividades mostram a potência de agenciamento que contêm. Nesse sentido, podem ser entendidas como o plano de imanência do desejo, pois só há desejo agenciado. Não há atividades que pré-existam, mas elas se produzem a partir das máquinas desejantes (homens) que fazem e desfazem conexões de fluxos. Inventam Mundos.

Os profissionais de saúde tomaram contato com os processos de desinstitucionalização por diversas vias⁶⁴. Na terapia ocupacional essa aproximação possibilitou práticas inovadoras marcadas pela responsabilidade territorial.

Porém, é preciso tomar as atividades a partir do conceito de intervenção, de clínica e não do conceito de terapia. Essa diferenciação pode ser clarificada ao abandonarmos a idéia de que terapia baseia-se no “tratar a doença”, eliminá-la, no sentido de extirpar o que adoece. ‘

É preciso dar espaço e visibilidade para as práticas em que a intervenção visa “produzir diferenças, linhas de fugas”. Ela não objetiva conduzir as pessoas para um estado de normalidade.

Portanto, não tratamos as atividades como algo específico, dos especialismos. As oficinas citadas e usadas na reforma psiquiátrica envolvem os mais diversos profissionais, tais como terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, artistas plásticos. Assim, não podemos pensar em uma linha específica, uma corrente teórica para pensar esses espaços. Tais profissionais “estão geralmente compromissados em propiciar aos usuários uma gama de experimentações sociais e a partir daí criar possibilidades diversificadas de ser e estar no mundo” (GALLETTI, 2001, p. 24).

⁶⁴ As políticas de saúde e os profissionais de várias categorias foram muito influenciados desde livros publicados a respeito do tema até visitas ao Brasil de Franco Basaglia, além de inúmeras outras formas.

As atividades assim defendidas orientam o pensamento a respeito do trabalho em oficinas de saúde mental como modos de produção que singularizam existências, permitem o surgimento de processos criativos e, fundamentalmente, legitimem a pluralidade da vida. A instalação de certa processualidade no trabalho, que implica em movimentos de desterritorialização e também não permite saídas para fora dele mesmo (GALLETTI, op. cit.).

Como intercessores clínicos, as atividades passam a funcionar como conexão de domínios diferentes, permitindo ainda que cada um siga seu próprio caminho, sem capturar o outro campo (GALLETTI, op. cit.). A alteridade se faz presente e configura-se na clínica da terapia ocupacional como um elemento importante e serve de alavancagem à produção de novos sentidos e à abertura a novas experimentações dos modos de fazer e de viver o cotidiano das ações. A prudência deve estar sempre presente, afastando a possibilidade de enrijecimento e do sedentarismo que alguns afetos podem produzir nos corpos.

Siegmann (2006) nos explica que

“O foco da atuação do terapeuta ocupacional se dá nos processos que conduzem seu corpo à virtualização. Aquilo que pode, mas não é manifesto. Neste sentido, questiona-se o que pode o corpo? Que acontecimentos pode produzir? Que novos espaços-tempo pode experimentar? Evidencia-se os movimentos dos corpos se fazendo e se subjetivando, mesmo que em ruínas, pois é justamente aí que se processam as mudanças de natureza, a criação de linhas de fuga e o afastamento das representações – embora se faça necessário manter um mínimo de consistência para sustentação do território existencial. Um investimento no campo processual e na produção do desejo, através do CsO, que prevê zonas de problematização e opera a potência criadora de afectos, movimentos e fluxos” (p.87).

4.4 – Atividades, produção e processos de subjetivação

Vimos até agora várias utilizações da atividade em saúde, e mais especificamente na Terapia Ocupacional. Atividades que precisam ir para além delas. Atividades que buscam a plenitude de suas potências. Atividades que não são apenas a produção material de pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental.

As atividades que são realizadas por homens. Homem que se produz, que se coloca em permanente transformação, é um ser da práxis. "A práxis, por ser o mecanismo de transformação do homem, ao se concretizar na produção material da existência atinge sua máxima potência" (SOARES, 1991, p. 23). A práxis, a atividade enquanto produção foi, portanto o centro do processo de hominização, de produção de subjetividade.

Assim, o homem, ao realizar atividades, antecipa-se à sua prática, modifica-se no contexto, altera o contexto. As atividades são uma espécie de filtro subjetivo que proporciona um sentido para a vida do sujeito. Esse sentido muitas vezes é completamente distinto do sentido da atividade pura, da atividade em sua concepção⁶⁵. Assim podemos diferenciar a atividade realizada do real da atividade⁶⁶.

Dessa forma, não diferenciamos as atividades que são feitas pelos diferentes atores envolvidos nos equipamentos de saúde mental. Isso, se partirmos do princípio que todos os trabalhos são compostos de atividades, uma divisão maniqueísta entre atividades destes variados atores apenas nos levaria a um ponto extremista de "taylorização" da descrição do trabalho, um trabalho robotizado, sem criatividade, sem vida.

⁶⁵ Podemos tomar como exemplo a atividade de cozinhar. Em sua concepção ela tem o sentido de alimentar, nutrir o organismo. Porém, quando o homem realiza a atividade, ela pode ganhar outros sentidos, tais como: reunir amigos, celebrações, e tantos outros inimagináveis.

⁶⁶ A atividade realizada é o que faz, a atividade propriamente dita, concreta. O real da atividade é o que não se pode fazer, no que se gostaria de fazer, no que se poderia ter sido feito e mesmo no que se faz para não fazer aquilo que deve ser feito.

“(...) a atividade é concebida como algo mais que uma série de gestos observáveis. Nesse conceito inclui-se a busca da reconstituição dos encadeamentos que preparam, deslancham, conduzem e, portanto, explicam as ações do operador. Utilizando o par conceitual trabalho prescrito – trabalho real, essa concepção opõe-se a uma outra: a da atividade como realização da tarefa ou como algo definido por um objetivo a atingir. Seguindo a concepção proposta pela Clínica da Atividade, agregamos à análise um terceiro termo, situado no percurso que se dá do trabalho prescrito ao trabalho realizado: os conflitos, escolhas e preocupações que permeiam a atividade” (Osório; Machado; Minayo-Gomez, 2005, p.518).

Assim, não podemos tomar a atividade apenas do ponto de vista objetivo, do trabalho prescrito. É preciso analisar fatores subjetivos, como os conflitos vividos pelas pessoas. Não podemos nos esquecer que entre o trabalho prescrito⁶⁷ e o realizado há algo que são os hábitos. As pessoas agem de acordo com o anteriormente aprendido, automatizado.

O trabalho (ou atividade) trata, dessa forma, de um espaço essencial para a construção da identidade e da saúde, pois é onde “(...) se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que – na organização do trabalho e na tarefa – resiste à sua capacidade, às suas competências, ao seu controle” (CLOT, 1999, p. 59).

Nesse sentido, o trabalho tem uma função psicológica específica, por promover uma ruptura entre as “pré-ocupações” pessoais do sujeito e as “ocupações” sociais que ele deve realizar. Trata-se, assim, de uma atividade que exige “(...) a capacidade de realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever com outros e para outro algo que não tem diretamente vínculo consigo” (op. cit, p. 73). O trabalho seria, em resumo,

⁶⁷ É preciso explicitar que o trabalho prescrito se refere tanto ao trabalho dos profissionais de saúde quanto à solicitação de ação (concreta) realizada pelo profissional de saúde mental aos usuários do serviço. A diferença que reside na posição momentânea do lugar ocupado, não estabelece diferenças para podermos fundamentar denominações diferentes para cada uma das situações.

“(...) um dos maiores gêneros da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade dificilmente pode abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e do qual um sujeito pode dificilmente afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado (...)” (op. cit, p. 69).

Logo, trabalho tem uma função psicológica que reside, sobretudo, no patrimônio “que ele fixa e na atividade (conjunta e dividida) exigida pela conservação e renovação desse patrimônio” (op. cit, p. 80). Estamos falando, portanto, de uma função vital, pois se trata de uma atividade que é, simultaneamente, de conservação e de transmissão, envolvendo um duplo processo, de invenção e de renovação, no qual cada um se vê como sujeito e como objeto.

A atividade, portanto, enquanto espaço da clínica em saúde mental confirma as proposições de Benevides & Passos (2001) ao tratarem da clínica a partir de dois sentidos. O primeiro reside no sentido etimológico do termo. A palavra derivada do grego *klinikos*, que significa “o que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”. Porém o ato clínico pode ir além desta atitude de acolhimento de quem demanda tratamento. O segundo sentido do termo é o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), “uma interferência no movimento para a produção de outros caminhos, criação de outros processos de trabalho” (BARROS & BARROS, 2007, p.67). É na afirmação desse desvio que a clínica se faz mais potente.

As atividades que são realizadas, a partir da concepção desse trabalho, visa “oportunizar” diferentes composições. Composições de expressões. As atividades podem ter duas ou mais significações. São polissêmicas. Não têm necessariamente o sentido de “desde-sempre-aí”. As atividades têm sua importância por estar em vias de diferir. Criações parciais.

Para pensarmos em atividades que possam basear-se na perspectiva institucionalista faz-se importante que elas sejam pautadas em um pensamento (e ações) desnaturalizado e desnaturalizador. Também há outras pistas que Escóssia e

Mangueira (2005) nos elucidam em relação a posturas da pessoa que trabalha nesta perspectiva, tais como:

- Um pensamento situado no tempo, como um prolongamento da questão “O que é ter uma história?”. Nesse sentido a atividade deve se inscrever na construção da história, ter um sentido na perspectiva da história das pessoas. Não deve negar a história (com suas potências e seus limiares de despontencialização). Trazer sempre à tona o sentido histórico da realização das atividades escolhidas, situando-as na construção da história de quem as realiza, na construção da história das relações que ela pode potencializar ou deixar de fazer conexões;
- Problematizar o que é instituído, buscando as possibilidades de trazer à tona movimentos instituintes afirmativos, ampliando a realização de atividades que negam a manutenção da ordem estabelecida. Problematizar a ordem e atividades que se constituem como formas de dominação e de calar a voz das pessoas que freqüentam espaços que usam atividades;
- Negar as dicotomias instituídas historicamente. As atividades servem para potencializar as possibilidades de criação, de conexões e não para forçar as tendências maniqueístas que estão presentes no mundo. Assim é preciso abandonar os conceitos de atividades, por exemplo, para mulheres ou para homens;
- Buscar condições para a manifestação de novos territórios existenciais. Assim as atividades podem ser vistas ao serem realizadas. É na realização das atividades que as pessoas podem se organizar seguindo outros territórios delineadores e articuladores. As pessoas podem se apropriar de novos territórios existenciais ao realizarem atividades. Constituem-se como campos de novos referenciais existenciais, de novas possibilidades;
- Encarar as resistências como afirmações de singularidades a serem cartografadas. As atividades podem compor com as pessoas, com as situações, com a paisagem. Elas não devem ser usadas para explicar esses mesmos elementos;
- Ser analítica, porém objetivando tornar visível a multiplicidade do ser;

- Transdisciplinar e criacionista e, portanto, compor com outras formas de saber. As atividades não de uso exclusivo de um ou outro profissional, desta forma, com saberes e usos transdisciplinares, podem criar novas formas de compor com inúmeros saberes. É a ampliação da potência das atividades;
- Compor territórios nômades, onde pensar, conhecer e agir são disjuntivos e indissociáveis. As atividades ocorrem de maneira articulada com outras formas de expressão. Esta composição precisa ser articulada.

A terapia ocupacional e, portanto o uso de atividades em saúde mental persegue a possibilidade de ativar um processo de outras conexões, de experimentações, de criar formas diferentes, de diferir. Um campo de virtualidades possíveis de se atualizarem a qualquer momento. Busca ativar o plano dos afectos. Ampliar o potencial dos sujeitos. Ser uma aproximação potente do coletivo. Uma aliança com a vida. É um CsO!

Atividades que não se constituirão na questão “quem fez a atividade? O grupo ou o sujeito?”, mas que transbordarão o coletivo, as fusões, as multiplicidades. Assim, as atividades funcionarão como o CsO que “é o campo de imanência do desejo, o plano de consistência própria do desejo (ali onde o desejo se define como processo de produção, sem referência a qualquer instância exterior, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo)” (DELEUZE; GUATTARI, 2004a, p. 15). Atividades que serão pura produção, preenchimento de prazer, campo das intensidades.

Mas como pensar a gestão dos serviços de saúde mental? Quais os efeitos da gestão neste CsO? Como fazer a gestão funcionar a favor da clínica? Como fazer a clínica gerir os equipamentos? Como pensar a clínica e a gestão serem indissociadas?

5 - Platô 3: Criação de vida

“(…) Existe um momento na vida dos imperadores que se segue ao orgulho pela imensa amplitude dos territórios que conquistamos, à melancolia e ao alívio de saber que em breve desistiremos de conhecê-los e compreendê-los, uma sensação de vazio que surge ao calar da noite com o odor dos elefantes após a chuva e das cinzas de sândalo que se resfriam nos braseiros, uma vertigem que faz estremecer os rios e as montanhas historiadas nos fulvos dorsos dos planisférios, enrolando um depois do outro os despachos que anunciam o aniquilamento dos últimos exércitos inimigos de derrota em derrota, e abrindo o lacre dos sinetes de reis dos quais nunca se ouviu falar e que imploram a proteção das nossas armadas avançadas em troca de impostos anuais de metais preciosos, peles curtidas e cascos de tartarugas: é o desesperado momento em que se descobre que este império, que nos parecia a soma de todas as maravilhas, é um esfacelo sem fim e sem forma, que a sua corrupção é gangrenosa e demais para ser remediada pelo nosso cetro, que o triunfo sobre os soberanos adversários nos fez herdeiros de suas prolongadas ruínas”
(Calvino, 1990, p.9).

5.1 – A Gestão da Clínica

Pensar o mundo, a vida, o homem, o Sistema de Saúde Brasileiro, os usos de atividades em saúde mental e a gestão de serviços de saúde. Coisas rígidas, imóveis? O importante é buscar as práticas que respondam não apenas a esta pergunta, mas também a outras que nos dêem pistas de caminhar na vida de modo afirmativo. Precisamos ter em mente que a tensão entre forças pode nos levar, às vezes, por caminhos díspares, o que não significa dizer que haja uma permanência ao infinito entre um caminho e/ou outro. Assim, acompanhamos processos. Processos de escritas, de institucionalizações, de desinstitucionalizações, de libertações, de liberações, de aprisionamentos. Processos de subjetivação.

Se pudermos pensar a vida como um território⁶⁸, movimentos de territorialização e desterritorialização, poderemos perceber que há várias linhas de fuga. Nelas, os territórios existenciais se desfazem, se desmancham, se desterritorializam, voltam a se territorializar e se reterritorializam⁶⁹. Nos platôs anteriores tratamos da vida como um filme com o primeiro plano repleto de movimentos. Também tratamos de evidenciar como este filme tem sabores e texturas. Falamos das intensidades que compõem com essa máquina. Máquina que procura fazer viver (apesar de também poder fazer morrer). O rizoma, com sua potência maquínica territorializará, desterritorializará e reterritorializará subjetividades.

⁶⁸ “A noção de território é entendida aqui num sentido muito mais amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p388).

⁶⁹ Referimo-nos neste trabalho a reterritorialização enquanto uma territorialização em novos territórios existenciais. Não se trata de uma territorialização no mesmo território existencial (anterior). Trata-se portanto de usar o prefixo “re” referindo-se a uma territorialização, mas não à territorialização anterior.

A clínica e a gestão se fazem nesse contexto. Territórios existenciais que compõem modos de clinicar, modos de fazer gestão.

Enveredaremos pelos caminhos em que a clínica opera. Como podemos pensar a clínica? Quais seus efeitos? Quais são as pistas que uma clínica de uso de atividades pode seguir? Como podemos pensar práticas que produzam desvios nas rotas pré-estabelecidas, inclinações nos caminhos que a vida trilha. Dito de outro modo, práticas clínicas que tracem conexões diversas, que tracem novas linhas rizomáticas, compondo territórios existenciais mais abertos para a vida.

5.2.1 - Clínica em Saúde mental

A clínica em saúde mental pode ser entendida de várias maneiras. Cada uma privilegiando diferentes aspectos da vida, do ser ou do organismo. Uma das noções de clínica vir do grego *klinus*, que significa leito ou cama e não se dissocia da idéia de inclinar-se, estar junto ao leito durante a evolução da doença. Este movimento que deriva desta concepção sempre ocorreu dentro do espaço hospitalar, de internação, institucionalizando assim o lugar da doença (AMARANTE, 2001).

Parece-nos que é inócua esta noção de clínica aplicada aos espaços que utilizam atividades como uma possibilidade em saúde mental. Atividades que procuram se tornar a parte importante do que pode se constituir como mais um artifício para as pessoas conseguirem transitar na vida de outra forma, que consigam lidar com a vida e com outras pessoas de forma ética e estética. Assim, a idéia de fazer uma oficina ou utilizar vários dos possíveis espaços de realização de atividade como espaços da clínica, parte do pressuposto de uma ação ativa, positiva, afirmativa.

Nesse sentido, podemos dizer que a idéia de clínica se liga ao termo grego *klinamen* que resgata a idéia de que a realidade é constituída por elementos (átomos) que, quando se colidem, criam novas unidades inexistentes até o momento, as quais constituem invenções. Assim, podemos pensar em diferentes clínicas, conforme as circunstâncias e elementos da realidade que se pretende trabalhar (CARDOSO, 2006).

Trabalhamos, pois, aqui com a noção de clínica enquanto ato como produção de um desvio, como discutido anteriormente neste trabalho⁷⁰.

Ação em busca de algo, de um desvio na trajetória até então desenhada e não apenas acompanhar a evolução da doença. Por isso, podemos associar à idéia de produção de saúde e não de reabilitação⁷¹ ou tratamento. Penso que, com certa restrição e guardadas as devidas precauções, um profissional que se propõe estar neste lugar, tem de se dispor a uma construção conjunta de cuidado.

Tentarei explicar melhor. Estar ao lado de alguém em um espaço que utiliza atividades em saúde mental nos coloca em um papel ativo e não passivo. Apesar de sabermos o quanto é difícil a distinção entre o que é passivo e o que é ativo. Muitas vezes estes termos se confundem e ultrapassam uma concepção binária. Poder considerar o que potencializa as relações e as ações é algo que procuramos buscar na clínica. Logo, uma postura ativa é aquela que mobiliza a potencialização, mesmo que possa ser confundida como passiva do ponto de vista da ação motora. Assim, torna-se muito difícil permanecer gélido, passivo, ao ver alguém com dificuldade durante a concretização de uma produção qualquer. Vemos as pessoas perguntando se as outras querem ajuda, oferecerem algum material que eventualmente facilite o término da produção (mesmo que se limitem a colocar, em silêncio, algo na frente da pessoa), ou ao apreciarem⁷² outro participante (quando se tratar de situações de grupos), ao se prontificarem a ajudar alguém com dificuldades na realização da atividade. Estas são situações corriqueiras na clínica. Reafirmamos, agora, com exemplos de situações que podem ocorrer no cotidiano desta prática, de que se trata de uma clínica em que as produções

⁷⁰ Ver “Atividades, produção e processos de subjetivação”, pág. 72.

⁷¹ Utilizamos o termo mais referenciado na literatura, apesar de entendermos que esta “RE(h)abilitação” não ocorre. “Se meu olhar se volta à crença na reabilitação, pelo prefixo **re** fico testando o novo na relação com o velho. Mas será que alguém que teve um dedo quebrado e que depois da reabilitação ficou completamente curado é, ainda, a mesma pessoa? Parece que não. Ele teve a experiência de não poder usar o dedo e depois usá-lo novamente. Isto queiramos ou não, acarreta mudanças. Mesmo que o problema tenha sido de pequeno porte a pessoa testou e foi testada até que o dedo ficasse bom. A mudança é apenas de reaquisição?” (BENETTON, 2001, p. 148).

⁷² No sentido de degustar, sentir gosto, tomar gosto.

são coletivas. Com estas intervenções, não podemos analisar as produções como se fossem do outro. Elas são do coletivo, são sociais. Vejamos uma situação real em que isso ocorre:

‘Durante um grupo de atividades Mário⁷³ permanecia parado, sem realizar algo concreto durante o grupo. Permanecia interessado na produção dos outros participantes, mas só fazia referências depreciativas a todas as atividades que estavam sendo realizadas. Falava que a pintura que o Joaquim fazia não tinha vida, faltava cor. O cavalo que Bianca moldava iria rachar ao secar pois estava fino demais. O origami que Walter realizava estava torto e não ficaria boa e assim por diante. Ao tentar aproximar Mário de uma das atividades e produzir um desvio deste ‘devir pura reclamação’, começo a fazer origami e entregar para ele. Elefantes, pássaros, barcos. Tudo deixado em cima da mesa, sem ao menos ser tocado. Faço um avião e provocativamente jogo-o em sua direção. O avião vai certo em seu cabelo. Todos os participantes do grupo começam a rir. Mário continua a reclamar. Faço o segundo e o terceiro avião, jogando-os em seguida em sua direção. Mário irritado pega uma folha de papel, faz um avião e joga-o em minha direção. Pega os outros que eu já havia feito e também os atira. Inicia-se um jogo que envolve todos os participantes do grupo de jogar os aviões. Esconderijos são improvisados, proteções com cartolinas são armadas e Mário participa da atividade grupal até o final do horário. Ao término do horário, Mário deixa a sala rindo e conversando sobre coisas do cotidiano com os outros participantes’.

Dessa forma, é necessário pensar esta clínica a partir de produções que nunca são ensimesmadas, mas ocorrem por agenciamentos de coletivos. Pensá-la a partir de proposições de que no coletivo se construa alternativas para o “já posto”. Estas produções vão se deparar com inúmeras dificuldades, entraves, paralisações e insucessos. Ocorrerão também inúmeras escavações, encontros, circulações, povoações de diferentes ordens. Algumas das produções serão coletivas, mesmo que sua idéia primeira tenha sido verbalizada ou “colocada no papel” por uma única pessoa

⁷³ Todos os nomes dos relatos da dissertação são fictícios.

ou ainda que partes destas produções tenham apenas as mãos de uma pessoa (concreta).

Assim, podemos observar, por exemplo, que num grupo de terapia ocupacional, em que as pessoas estão realizando atividades diferentes com materiais diferentes, cada participante do grupo começa a ser afetado pelos outros e os materiais que antes eram utilizados por um participante passam a ser utilizados por vários e as produções começam a se interligarem. Portanto, passam a fazer parte de uma história única, do grupo. Há situações também que estes agenciamentos se tornam tão fortes que surge a proposta de se fazer uma única produção, que eventualmente carrega o registro dos vários materiais antes utilizados por cada participante.

Em Cunha (1998) descrevemos um grupo de uso de atividades em saúde mental: *‘Neste grupo cada participante realizava uma atividade diferente. Nivaldo pintava uma tela, Silvia, Henrique e Abel desenhavam com carvão ou com lápis de cor, Hélio fazia caixas de presentes com cartolina e Ronaldo fazia caixas com palitos de picolé.*

Quando Henrique terminou de fazer sua pintura com lápis de cor, começou a questionar aos outros participantes o que poderia fazer. A maioria sugeria fazer o que eles mesmos estavam fazendo. Quem estava pintando, sugeria pintar e assim por diante. Em pouco tempo Henrique decide usar os palitos de picolé (que Ronaldo estava usando) para fazer um cavalete de pintura (que Nivaldo estava usando para pintar sua tela) para colocar seu desenho.

Com o passar dos encontros, a dificuldade que Henrique encontra para realizar seu cavalete, começa a despertar o interesse dos outros participantes em ajudá-lo. Certo dia Silvia comenta que todos poderiam fazer uma única atividade, uma casa (desenho que ela e Abel estavam fazendo quando Henrique começou a fazer seu cavalete). Após perguntar como seria feita a casa, a resposta foi unívoca: com palitos de picolé! Os encontros seguintes foram repletos de desafios enfrentados por todos, mas a casa construída coletivamente levou por volta de 20 encontros para ser finalizada. A casa com vários detalhes (porta, janela, telhado, floreira, etc) ficou quase do tamanho da

mesa que fazíamos atividades. Nivaldo, ao término da construção diz que foi divertido e que a união fez a força'.

Então, corroboramos com a idéia de Amarante (2001) de que “a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido, enfim, um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja daquela praticada pela medicina naturalista” (p.109). Esta reconstrução do conceito não se limita apenas à clínica da saúde mental ou da reforma psiquiátrica. Ela está oficializada em várias propostas da política pública na saúde: acolhimento, humanização, saúde da família, redução de danos, clínica ampliada entre outras.

Essa reconstrução do conceito da clínica se amplifica quando pensamos no uso de atividades em saúde mental na terapia ocupacional. Amplifica-se, pois, a dicotomia entre interno/ externo, consciente/ inconsciente, e tantas outras vêm à tona com frequência. Não é possível separar os efeitos e as interferências que a realização de atividades produzem nas pessoas. Separar efeitos concretos dos subjetivos, efeitos no corpo e na mente, etc. As atividades produzem efeitos complexos, completos, na complexidade da vida, das pessoas. Não há divisão, não há separação. Podemos apenas, deliberadamente, escolher ignorar alguns de seus efeitos.

“Mesmo no âmbito da Reforma psiquiátrica em curso no Brasil, constata-se a separação entre o que é do campo da clínica e o que é do campo da política, quando os profissionais entrevistados nos apontam uma diferença teórico-técnica entre os grupos terapêuticos e as oficinas de trabalho. Aqueles são clínicas, pois tratam de questões psicológicas, e estas, políticas, pois lidam com a promoção da reinserção social dos usuários por meio do trabalho” (NEVES, JOSEPHSON, 2001, p. 100).

Podemos assim afirmar que a clínica da saúde mental, e mais especificamente a de uso de atividades, pode ser entendida como um campo que afirma a indissociabilidade entre o fazer e a vida. Ou melhor, indissociabilidade entre fazer, pensamento e vida. Coloca-se, assim, em relação crítica às teorias, disciplinas e propostas que operam esta cisão.

A clínica do uso de atividades em saúde mental coloca em funcionamento linhas e segmentaridades diversas. Assim, o desejo conecta-se à produção. Desejo enquanto agenciamentos coletivos, relações desejantes, sempre conectadas com as produções concretas, reais do mundo exterior.

Portanto, não nos interessa aqui uma prática clínica que vise à redução dessa prática, resultando apenas na eliminação da doença. Interessa-nos caçar práticas que se utilizem das construções coletivas, de agenciamentos coletivos em equipamentos de saúde que utilizam atividades em espaços de tratamento para (re)pensar o cuidado em saúde. Interessa-nos uma clínica ampliada.

5.2.2 – Por uma clínica ampliada na saúde mental / amparar o outro na queda

A construção de uma política que consiga responder às questões colocadas pela Reforma Sanitária Brasileira e a RPB tem sido feita por diversos autores e na observação e coerência com as diretrizes do SUS. Para tanto, é necessário levar em consideração todos os aspectos que esses movimentos buscam (a ampliação do exercício da cidadania, um conceito de saúde ampliado, a participação popular nos processos decisórios, entre outros). A clínica ampliada é uma proposta que se fortalece a cada dia na saúde coletiva. Proposta que faz aproximações, conexões e que dialoga diretamente com outras noções e conceitos da saúde pública, do SUS. Esta “ampliação da clínica” passa por uma humanização dos serviços. Humanização que visa a

“valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2007a, p. 7).

Essa valorização não permanece apenas nas questões diagnósticas. Envolve e articula também as questões biológicas, as questões sociais, as questões subjetivas, e resulta em um complexo muito mais amplo e significativo que a “simples” soma de ações que pretendem resultados isolados.

Essa inclinação a um entendimento mais ampliando da saúde nos remete ao plano da imanência. Como nos explica Lavrador (2006a),

“A pura imanência não é o transcendente, ou melhor, o transcendente não transcende a imanência, mesmo quando ele supõe conter a imanência ou que a imanência está contida nele. O transcendente funciona sob a lógica da contenção e da totalização enquanto o plano de imanência funciona por expansões, ou seja, é da ordem da multiplicidade diferencial. O transcendente produz uma espécie de deformação do plano de imanência ao operar a universalização do sujeito e do objeto quando o retira desse plano. Dito de outra forma, o transcendente descola os sujeitos e os objetos da processualidade de ‘uma vida’. A pura imanência não é atribuída a nada e nem a ninguém, é simplesmente ‘uma vida’ de pura singularidade.

O plano de imanência constitui o ‘Uno-Todo-Multiplicidade’ ou o ‘monismo-pluralismo’ e não se curva a nenhuma suposta unidade superior e nem a nenhum referente totalizador. A pura imanência não está nas coisas, nos conceitos, nos modos de vida, mas ao contrário, as coisas, os conceitos, os modos de vida estão na imanência” (p. 41 et. seq.).

Essa proposta faz-nos ampliar a perspectiva colocada por rótulos e invólucros padronizantes e limitadores da ação. Esses invólucros muitas vezes são usados como leis que limitam a ação e restringem as possibilidades dos sujeitos concretos. Lembramos que essa perspectiva de repetição aproxima as práticas de saúde com um conceito ultrapassado de saúde, discutido anteriormente⁷⁴.

⁷⁴ Ver “Linha: saúde e suas práticas”, página 19, onde discutimos o conceito de saúde como “ausência de doença”.

“O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas” (op. cit, p.10).

A produção de uma clínica ampliada abre-se para espaços de produção da saúde que compartilham, agenciam e produzem uma potência para a saúde. Compartilhamento de saberes, intersectorialidade⁷⁵ entrando em funcionamento, enfim, a vida em movimento, ativa, afirmativa.

A saúde, assim entendida, faz com que estejamos atentos a um compromisso radical com o outro (como alteridade), com a pessoa que frequenta os serviços de saúde mental. É preciso estar conectado para a produção de cuidados que sejam singulares, que formem redes de trabalho em saúde, que sejam co-geridos. Co-gestão de cuidados, de responsabilidades, de autonomia⁷⁶. Também nos faz repensar o conceito do trabalho em saúde.

⁷⁵ Chamamos de intersectorialidade a conexão e produção de ações entre dois ou mais setores/políticas. Por exemplo, saúde, cultura, meio ambiente, esportes, segurança, entre outros. Não podemos nos esquecer que estas conexões fazem parte da vida e do real. A separação é produzida pelo homem em uma tentativa de isolar e determinar econômica e socialmente os fatores que pertencem a cada setor/política. Artifícios políticos que, por um lado, não se confirmam na sua totalidade no plano da realidade cotidiana da cidade, da vida, mas por outro lado as exigências do *socius* conformam, padronizam e codificam essa realidade.

⁷⁶ Autonomia entendida “não apenas como o ato de se determinar a si mesmo, no sentido fraco, mas como o ato de criar-se a si mesmo, no sentido forte. A noção de criação passa ao primeiro plano, enquanto a noção de lei ou determinação adquire um sentido novo, já que aparece como consequência de um ato criador. Lei e regra não se impõem de fora e a priori, restringendo ou limitando um ser que “poderia” se subtrair a elas. Ao contrário, emergem com esse ser, fazem parte de seu *modus vivendi* e, ao invés de o determinarem por limitação ou restringimento, o determinam na medida em que constituem para ele um poder/fazer: território onde desenvolve suas capacidades. Por isso mesmo, autonomia significa antes de tudo autocriação, autopoiese: diferença entre aquilo que é construído por outro e aquilo que se constrói a si mesmo” (EIRADOS, PASSOS, 2004, p. 79).

O trabalho em saúde, enquanto uma rede, passa a ser assumido aqui como

“um esforço coletivo, envolvendo a participação de múltiplos agentes sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a melhoria das condições de vida e saúde de indivíduos e populações. E é nesse sentido ampliado que estou pensando, quando falo em *redes de trabalho em saúde*” (TEIXEIRA, 2004, p. 2).

Ao assumir e ter clareza que existem limites nos conhecimentos de cada categoria profissional, nas tecnologias usadas por cada profissão, a intersetorialidade se potencializa, se fortalece. Assim faz-se necessário buscar conhecimentos em diferentes setores da sociedade, em diferentes campos de conhecimento. Agenciamentos coletivos maquinam-se. Afinal “ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2004, p. 2).

A clínica ampliada, como a Co-gestão, também busca disparar autonomias para os usuários. A autonomia, assim, fala das possibilidades das pessoas inventarem saídas diante de uma situação imposta por certos limites.

‘Joana chega ao serviço de saúde mental encaminhada pelo convênio. Apresentada como um caso difícil. Foi expulsa de casa pelos pais após inúmeras situações de conflitos e agressões físicas. O abuso de substâncias ilegais era freqüente. Além da casa dos pais já havia sido expulsa de outras três repúblicas e pensões. O convênio mostrava-se preocupado com o futuro de Joana.

Joana começa a freqüentar o Hospital-dia e a quebra das normas era freqüente. Faltas e rompimentos nas combinações realizadas conjuntamente com a equipe eram quase que diárias. Com o passar do tempo o aumento do uso de substâncias aumentou, tornou-se evidente. Paralelamente, percebíamos o exagero na maquiagem e o vestuário cada vez mais curto para qualquer situação e local que fosse frequentar.

A equipe após muito discutir, decide apostar em um pedido de Joana: voltar a estudar. Começamos, conjuntamente, pesquisar as possibilidades. Cursos de nível superior estavam fora dos planos (ela já havia passado em dois cursos diferentes na USP e não conseguiu concluir nenhum dos dois – no primeiro semestre dos cursos era internada em hospitais psiquiátricos). Outra dificuldade era a questão financeira já que os pais não lhe davam mais dinheiro que o estritamente necessário para sua moradia, transporte e alimentação. A decisão não demorou a acontecer: um curso de auxiliar em enfermagem. Procurou um curso público, fez o concurso e foi aprovada.

Os horários no serviço de saúde mental foram diminuídos e adaptados para Joana conseguir fazer seu curso. Durante os seis primeiros meses do curso (que tinha duração de dois anos), os conflitos (em todos os espaços que freqüentava) diminuíram. A aposta da equipe foi diminuir ainda mais a freqüência de Joana. Passou a freqüentar apenas uma tarde o serviço.

Com boas notas, ampliando o número de pessoas mantinha relação no curso, a opção foi manter apenas os acompanhantes terapêuticos (que também já tinham diminuído a freqüência de saídas).

Com oito meses do início do curso e cerca de um ano e um mês do início de sua participação no serviço de saúde mental, Joana e equipe decidem conjuntamente pela não necessidade de continuidade do vínculo institucional de Joana com o hospital-dia.

Joana manteve visitando o serviço com certa freqüência, sem nenhuma obrigação. Ia sempre para levar as boas novidades: aprovações em disciplinas difíceis, o emprego que conseguiu no shopping e a formatura’.

Considerar uma clínica ampliada é levar em consideração que os sujeitos se constituem de maneira imersa em uma teia, um nó, um rizoma de forças. Para poder cuidar destes sujeitos a costura destas forças, destas linhas faz-se necessário. É da costura que se pode fazer uma colcha, algo uno constituído de várias partes, mas que se unem e que

se tornam indissociáveis para atingir o cuidado integral⁷⁷ do sujeito. Assim, podemos entender “os purismos das racionalidades médicas dos modelos teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas – no plano social, no biológico ou no psicológico. A vida é entendida toda ‘misturada’” (CUNHA, 2007, p.122). Neste sentido é importante ressaltar que ações teoricamente isoladas no plano biológico causam impacto no plano subjetivo. Da mesma forma, ações teoricamente isoladas no plano do social causam impacto no plano subjetivo. Também podemos dizer que ações no plano do subjetivo causam impacto nos outros planos citados.

Dessa maneira, as forças instituintes e instituídas mantêm-se ativas, exercendo suas capacidades de intervenção na saúde, nas instituições, na gestão dos equipamentos de saúde, enfim, na vida das pessoas. Podemos exemplificar que movimentos instituintes, em determinados momentos podem ser de extremo auxílio em direção à vida, podem mostrar-se como um bom encontro.

Devemos lembrar, ainda, que ações inicialmente pensadas como pertencentes apenas ao âmbito burocrático interferem e causam impacto no plano subjetivo. Além disso, as decisões burocráticas, considerando que terão impacto no plano subjetivo, devem ser compartilhadas entre todos os atores e participantes do equipamento.

‘Haveria um feriado em uma quinta-feira. Havia profissionais que queriam que na sexta-feira o serviço não funcionasse. Outros que achavam que o dia poderia ser importante para algumas ações com outros atores. Na reunião de equipe o assunto vem à tona. A equipe inicia então a analisar os projetos que estavam sendo desenvolvidos no momento pelos participantes dos grupos que ocorrem sexta-feira além das possibilidades e limites. Por fim, a equipe decide levar o assunto para a Assembléia (grupo pertinente para as discussões a respeito das questões institucionais).

⁷⁷ A integralidade é um dos princípios do SUS. “A integralidade é assumida aqui como sendo **uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados**” (PINHEIRO, 2001, p. 65).

O gestor coloca como pauta da Assembléia a discussão sobre o assunto. Abre-se um fórum de discussão, com a presença de diversos atores. Os usuários expressam a vontade de freqüentar as atividades de sexta-feira para poderem dar continuidade aos projetos iniciados. Desta forma, o serviço funcionou na sexta-feira e com índice baixo de ausência dos usuários. Algumas ações desenvolvidas neste dia, como o grupo de passeio, quando se discutiu a cidade vazia, os lugares pouco freqüentados, tiveram desdobramentos importantes: um grupo de usuários se encontrou no sábado novamente para ir ao shopping.'

Movimentos que inicialmente dão indícios que pertencem apenas a um dos âmbitos fazem conexões e produzem efeitos nos mais diversos campos e âmbitos. Agenciam-se das mais variadas maneiras. Agenciam-se e agenciarão. São como peças de um caleidoscópio. A cada movimento formam diferentes composições. O mesmo movimento cria uma imagem distinta da anterior. Neste movimento cada peça, ao agenciar-se com outras, produz novas formações de imagens. Uma incessante e incansável série de composições diversas.

O importante é que, durante todo esse processo, as ações e decisões sejam coletivas. Não sejam realizadas de maneira unilateral, verticalmente decididas. Assim, aproximamos as ações clínicas das ações da gestão. Portanto, dividir os planos da clínica e da gestão constitui-se como uma tarefa difícil, por precisar ser artificialmente criada. É um risco pensar em descrever uma clínica, qualquer que seja ela, e limitá-la a algumas pessoas, ignorando que ela produz interferências em todos os espaços institucionais, inclusive na gestão, nos gestores. Ações clínicas, ações durante os espaços de uso de atividades em saúde mental, ressoam a todo o tempo na gestão do equipamento de saúde. Interferências de todas as ordens, sejam econômicas, humanas ou burocráticas. As alterações se fazem ou forçam que ocorram (como forças instituintes) a todo instante.

É preciso que a clínica se invente cotidianamente, altere constantemente e que, portanto, produza novas formas de gerenciar os equipamentos de saúde, fazendo da clínica um ato de gestão de si.

As práticas exercidas nestes espaços podem ser pensadas a partir de uma prática entendida como transversal, transdisciplinar. Isso não quer dizer que todos os limites e práticas se perderão nas por vezes tênues linhas que separam as diferentes formações. Há sempre um coeficiente de transversalidade, que corresponde ao grau de cegueira de cada pessoa que compõe estes espaços:

“Coloquemos num campo fechado cavalos com viseiras reguláveis e digamos que o ‘coeficiente de transversalidade’ será justamente esta regulação das viseiras. Imaginemos que a partir do momento que os cavalos estiverem completamente cegos, um certo tipo de encontro traumático vai se produzir. À medida que formos abrindo as viseiras, pode-se imaginar que circulação se realizará de maneira mais harmoniosa” (GUATTARI, 1977b, p.96)

É preciso pensar em uma clínica que possa ir além do reducionismo próprio dos especialismos-especialistas. Como por exemplo, as questões colocadas há muito tempo pelas heranças tayloristas. Heranças que marcam a divisão do trabalho entre manual e intelectual e causam corpos dóceis, que fazem produções com diminuição da criticidade, aumentam a produção em prol do ganho de capital sem levar em conta as consequências para o próprio corpo. Teorias que marcam uma clara separação entre “quem pensa” e “quem executa” e diminuem a possibilidade das pessoas participarem dos processos decisórios. Apesar de terem se iniciado no chão da fábrica, estas ações logo se estenderam aos serviços de saúde. Todas as alterações que o capitalismo impôs ao mundo e às formas de subjetivar, também atingiram os mais variados espaços de trabalhos e trabalhadores e fez registros inclusive nos profissionais da saúde.

Essa divisão do trabalho chega a extremos, onde cada trabalhador desempenha uma única função. Podemos dizer que isso fala de certa perda de poder do trabalhador, mas podemos também destrinchar este poder em vários outros aspectos: perda da visão de todo o processo de produção, perda da autonomia sobre o seu próprio desempenho da atividade profissional, perda da capacidade de gerenciar. Se tomarmos a situação de maneira mais geral, pensando que os trabalhadores não se limitam apenas a trabalhar, mas estão na vida e as subjetividades produzidas no trabalho passam a fazer parte da

vida, há também perda da capacidade de fazer escolhas, perda da capacidade de cuidar de si⁷⁸.

A clínica ampliada traz consigo a marca da integralidade do cuidado. Integralidade que busca a produção de cuidados em saúde. Cuidado que na clínica do uso de atividades em saúde mental podemos dizer que precisa “criar, para os corpos e as almas, as melhores condições para que se amplie a potência humana de perfazer a verdade, a liberdade e a felicidade” (TEIXEIRA, 2004, p.68). Porém, para conseguirmos tal objetivo não é possível deixar de lado as necessidades de cuidar da gestão, de uma co-gestão, de gerir a própria vida, de gerir o próprio cuidado, o cuidado de si.

5.2 – A Clínica da Gestão

Na parte anterior vimos como a clínica opera a gestão. E a gestão opera a clínica? Como a faz? Será que a gestão também produz sujeitos, subjetividades e autonomia? Como podemos pensar a gestão dos serviços de saúde? Uma gestão que faz

⁷⁸ Cuidar de si que não se desvincula do social, do espaço. Clot (2006), em um artigo sobre Vygotski, nos explica que “O social está lá, presente, mesmo quando estamos sozinhos; ele não está fora de nós mesmos, nem somente entre nós, ele está em nós, no espírito e no corpo de cada um de nós (...) O social não é um objeto exterior a ser interiorizado diretamente. O caminho da vida social ao indivíduo não é direta. Nós nos tornamos sujeitos, transformando o social *em si* pelo social *para si*. Ele escreve ‘a consciência é um contato social consigo mesmo’ (1925). Há uma reviravolta e até mesmo um desvio visando à subjetividade, um desvio do social” (p.23).

Já para Ayres (2004), trazendo a tona as idéias de Foucault, nos explica que o cuidado de si é “uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado (...) dando-nos conta de um movimento de construção, manutenção e transformação da identidades dos indivíduos na civilização ocidental cristã, entendidas por Foucault como ‘tecnologias do si’. Nesse processo, o conhecimento de si, imperativo de qualquer civilização que possamos conceber, passa a especificar, nesse caso particular, formulações do tipo: Que fazer de si mesmo? Que trabalho operar sobre si?”. Portanto podemos dizer que “o cuidado de si constitui-se, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos, regido por princípios de aplicação geral, embora orientados para uma prática de escopo e responsabilidades absolutamente individuais. Não mais um prazer ou uma prerrogativa, não cuidar-se é sucumbir, e para não sucumbir era preciso conhecer a verdade que a razão a todos podia dar acesso” (p. 78; p.80)

interferências nos modos de cuidados? E estes cuidados, será que marcam a maneira de fazer clínica?

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre os diversos atores. Fluxos diversos formando uma grande rede de relações, de cuidados. É nesta rede que se materializam as atividades e a produção de saúde.

Assim, nas páginas seguintes iremos destrinchar os caminhos da clínica. A clínica que precisa ser gerida. Uma clínica criacionista, potente. Uma clínica que possa amparar na queda os sujeitos que procuram os serviços de saúde mental.

Dessa forma, pensar a gestão de serviços de saúde mental como espaços-tempos que irão marcar os territórios, que irão compor os territórios, faz-se importante. Os serviços assim articulados precisam ampliar suas formas de conexões. Precisam mostrar-se como serviços abertos às conexões que o rizoma cria e submete-se. Precisam fazer parcerias com as linhas mais afirmativas que interferem no serviço.

Nesta parte do trabalho iremos destrinchar a genealogia da gestão, buscando pistas para questões a respeito das mudanças que operam no mundo do trabalho, mas que interferem e fazem conexões com a gestão e a produção de subjetividades. Como construir modos de gerir os equipamentos de saúde mental e operar a vida sem deixar de resistir aos modos instituídos de organizar o trabalho que capturam as linhas de fugas criadas pelos trabalhadores? Como pensar a clínica e a gestão de serviços de saúde mental que atuem na construção coletiva de espaços de pensar e fazer-pensar o uso de atividades em saúde mental?

5.2.1 - A Genealogia da Gestão: dominação e linhas de fuga

Os gestores dos serviços de saúde mental nem sempre têm a clareza de que suas práticas produzem experiências, mas isto é algo inevitável. As possibilidades transversalizadas que cada gestor tem em seu cotidiano são constituídas de inúmeras forças. Algumas delas ocultas, outras cooptadas, outras capturadas por movimentos

instituídos, entre tantas outras possibilidades. Nesse sentido, a transversalidade encontra-se como o resultado de jogos de forças. Forças verticais, horizontais e transversais. Forças que coexistem e organizam-se enquanto instituintes e instituídas.

As experiências se formam nesses jogos. Esclarecemos que “entendemos por experiências a correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (FOUCAULT, 2006a, p.193). Experiências que se constituem na correlação de forças à medida que de todas as pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental (trazem consigo determinada cultura), não importando as possíveis categorias e classificações (geradas por normatividades produzidas) que eventualmente sejam atribuídas a elas. Todas elas serão interferidas pelas experiências que as práticas produzem (subjetividades). Assim, podemos entender que a experiência se produz neste campo, a partir de uma situação real em que há esta correlação de forças (cultura, normatividade e formas de subjetividades). A mudança de um destes elementos traz consigo a mudança na experiência produzida. Isso nos fala do quanto que as experiências podem ser distintas apesar de ações e situações vivenciadas serem parecidas, semelhantes ou mesmo quando a situação é a mesma.

Para tanto, faremos com a gestão como fizemos com o SUS e com o uso de atividades na Terapia Ocupacional. Buscar uma genealogia das práticas de gestão é preciso. Evidenciar as forças e linhas que têm por intenção trazer à tona os modos de funcionamentos e os efeitos das práticas de gestão.

Pensar a gestão como política, a partir de questões contemporâneas, a partir da multiplicidade que se apresenta em cada instante do cotidiano dos serviços de saúde mental. Evidenciar as forças instituídas e cavar linhas de fuga, possibilidades de novas criações, novas cores, cheiros, enfim, novos territórios existenciais.

Linhas de fuga que buscam a construção de redes. Redes de resistência. Redes de saúde, de ampliação da saúde. Redes de gestão. Redes que rompem com o instituído modo de fazer saúde. Pensar saúde como possibilidade de desvio, de criação de

normas para si e para a vida. Saúde enquanto potência afirmativa da vida. Gestão enquanto potência afirmativa para a vida.

Assim, nas páginas seguintes, iremos desdobrar as formas como a gestão efetua-se. Algumas questões emergem: Quais são as linhas que produziram e produzem poder/ conhecimento e os efeitos na formas de fazer gestão nos serviços de saúde mental? Quais as consequências das questões políticas da gestão? Qual a potência que a gestão tem? Como podemos pensar em uma proposta de gestão que não se desvincule com a produção de saúde?

Começamos então a destrinchar as correlações entre os campos de saber, as normatividades e as formas de subjetivação na gestão e na clínica.

5.2.2 – A administração como degradação do trabalho

Apesar das práticas de administração, propriamente ditas, terem iniciado com as idéias e proposições de Frederick Winslow Taylor (1856 – 1915) e terem interferência em grande parte das práticas de administração e gestão, já existiam anteriormente outras formas de exercício de poder. Práticas que apesar de não se inserirem no que hoje é reconhecido como práticas e teorias gerais de administração, representam alguma forma formas de dominação e exercício de poder sobre os corpos.

É importante explicar que as práticas em questão interferem até hoje ao nos referimos a um tempo não cronológico, baseando-se nas proposições de Bergson, segundo Deleuze (2004), um tempo co-existindo com todos os tempos. Nesta parte do trabalho centraremos-nos no trabalho desenvolvido por Taylor.

Taylor é considerado o pai da administração científica. Foi educado com princípios rígidos e em uma mentalidade de disciplina, devoção ao trabalho e economia de dinheiro. Iniciou sua carreira como operário e foi sendo gradativamente promovido. Quando se formou em engenharia, chegou ao cargo de engenheiro (CHIAVENATO, 2000).

As idéias de Taylor derivam da revolução industrial, que trouxe uma nova noção de negócio ao mundo. Noção burguesa que, em prol de uma produção, empurra o homem a colocar-se integralmente em atividade produtiva ou consumista. O negócio assume uma característica de negar o ócio. É retirado deste homem o tempo para a reflexão filosófica, para as artes e para política (RUSSEL, 2002). A minimização do tempo livre, a impossibilidade de uma mesma pessoa cuidar de todas as etapas da produção de um objeto ou serviço faz parte dessa lógica de produção.

No filme *O Diabo veste Prada* (2006) há um diálogo entre o produtor de moda e a secretária. Ela, ao falar que a vida pessoal está péssima, ouve-o dizer: “Aviseme quando tudo explodir: é hora de ser promovida”. Esta fala é uma pista dos desdobramentos da revolução industrial com sua negação do ócio e da taylorização do mundo. Desdobramentos que interferem direta e imediatamente na vida dos trabalhadores ainda hoje.

Numa época, após a Revolução Industrial, de crescimento da produção na indústria e grande aumento dos tamanhos das empresas, Taylor teve sua preocupação principal em gerar o fim da falta de eficiência e desorganização do trabalho nas linhas de produção. Para tanto baseou seu trabalho em alguns princípios, a saber:

- É o administrador que deve reunir todo o conhecimento (passado pelos trabalhadores), classificar, tabular e reduzir esses conhecimentos a regras, leis e fórmulas. Assim, realizou a *“dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores*. O processo do trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores” (BRAVERMAN, 1987, p. 103);
- Todo trabalho cerebral deve ser excluído da oficina e centralizado no departamento de planejamento. Certa desumanização do processo de trabalho. Há a *“separação de concepção e execução*, (...) o trabalho mental é separado do manual e (...) subdividido rigorosamente de acordo com a mesma norma (op. cit, p. 104);
- Um trabalhador mais especializado em seu próprio ofício terá seu trabalho melhor executado. O trabalho de todo operário é planejado pela gerência com antecedência e

cada homem recebe instruções pormenorizadas a respeito da execução. Assim a *“utilização deste monopólio de conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução”* (op. cit, p.108) é outro princípio de Taylor.

Taylor também tinha uma péssima visão dos trabalhadores. Considerava-os como “irresponsáveis, vadios e negligentes” (CHIAVENATO, 2000, p. 54). Os três princípios citados anteriormente e esta visão do trabalhador, em maior ou menor grau, permanecem nos dias de hoje e fazem conexões com quase todas as escolas de pensamento administrativo.

Braverman (1987), a partir de uma visão sociológica, tece algumas críticas em relação às proposições de Taylor. Assim, ao estabelecer relações sociais antagônicas (quem faz e quem pensa, mãos e cérebro, entre outras), de trabalho alienado⁷⁹, o homem tornou-se algo menos humano. Esta é uma medida tomada pelo modo capitalista de produção.

A organização do trabalho, com tarefas mais simplificadas, é concebida e controlada em outro lugar, a partir de outra perspectiva (da administração), longe da capacidade técnica e analítica do trabalhador que realiza tal tarefa. Tal concepção tem um efeito degradante sobre a capacidade técnica do trabalhador⁸⁰.

“O ofício é destruído e cada vez mais esvaziado de seu conteúdo tradicional, os restantes vínculos, já tênues e enfraquecidos, entre a população trabalhadora e a ciência, estão quase que completamente rompidos. Esta relação era, no passado, feita principalmente através do oficial ou do artesão na classe trabalhadora, e nos primeiros períodos do capitalismo a relação era perfeitamente íntima” (op.cit., p. 117).

⁷⁹ Alienação utilizada aqui em respeito à terminologia original do texto de Braverman (1987). Porém a alienação, enquanto cessão do direito de pensar a respeito do próprio trabalho é algo difícil de ser levado ao extremo. Outros entendimentos do termo e outras configurações que o capitalismo criou com o tempo serão tratados na próxima parte do trabalho.

⁸⁰ A idéia de degradação do trabalho é tomada a partir da referência do trabalho do artesão, que planeja e executa cada produção.

O Taylorismo, durante sua implantação, gerou inúmeras revoltas. A alegação era a destruição do ofício. “Via de regra os trabalhadores ficam muito mais cômicos de tal perda quando ela se dá do que depois que aconteceu e que as novas condições de produção se tornaram generalizadas” (op. cit, p. 121).

A racionalidade com que se organizam os processos de trabalho foi alterada. Taylor foi superado. O fordismo acrescentou ao taylorismo a preocupação com mercado, introduziu a linha de produção e trouxe políticas que interferiram na cultura (CAMPOS, 2000). Trabalhadores com cada vez menos capacidade de tomar decisões – pela divisão entre concepção e execução do trabalho, com exigências de trabalho e produção em massa. A cultura de trabalhadores alienados firma-se a cada dia.

As teorias gerais da administração (TGA) produziram uma situação de não participação intensiva dos trabalhadores nos processos decisórios no trabalho, com a separação entre o pensar e o fazer, a diminuição das tarefas de cada trabalhador em especialidades e o controle de todo o processo por parte do administrador.

O trabalhador passou a ter reduzidas possibilidades de participar dos processos decisórios a respeito do próprio trabalho, mesmo que estas decisões não sejam decisões do sujeito. As decisões, ainda que não claramente sabidas, sofrem interferências da subjetividade coletiva daquele grupo. Decisões que, se tomadas por um ou outro elemento, fazem parte de uma conexão de saberes, hábitos e experiências de coletivos participantes de determinadas instituições. Decisões que são, muitas vezes, realizadas como efeito de um conjunto de forças instituídas e forças instituintes. Criam-se subjetividades a partir das subjetividades existentes em territórios que podem se reterritorializar ao criar novas subjetividades. A reterritorialização como uma territorialização em diferentes territórios, em novos campos existenciais. Como nos explica Deleuze (1992) “Penso até que a subjetivação tem pouco haver com o sujeito. Trata-se antes (...) de uma individuação operando por intensidades (...), campos individuados e não pessoas ou identidades” (p. 116-117). Falamos assim de uma maneira de viver. Da maneira de viver que é construída pelo coletivo, na interferência de outras formas de vida.

Formas de viver, decisões, territórios existenciais que muitas vezes já se encontram capturados pelo sistema capitalista. Subjetivação capturada. Deparamo-nos com impossibilidades. Não temos mais outra pessoa impondo decisões, mas um coletivo que já desacredita nelas. Há a opção por não optar. Há a decisão de não decidir. Não há mais como acreditar nas possibilidades.

Ao mesmo tempo, essa situação e posição do trabalhador produzem um administrador⁸¹ que se esforça por manter uma lógica funcionante. Lógica esta que não produz vida aos trabalhadores, que aliena, que por não ser partilhada com e pelos trabalhadores, torna o processo muito mais complicado, com menos colaboração. Assim o administrador também se aliena. Aliena-se da vida, das relações.

Contexto gerado nas relações de poder que geram as dominações dos corpos/desejos. Relações de poder, disputas de poder, disputas de saberes. Saberes que buscam não conectar-se com a vida. Saberes que preferem fazer alguns ignorar a realidade. Assim, verificamos que a alienação dos trabalhadores gerada pela administração e o exercício do poder sobre outros corpos têm interferências diretas do saber. Deleuze (1992) nos explica que “o poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo delas. Por isso ele é dito microfísico. Ele é força, e relação de forças, não forma” (p. 122).

O administrador assim produz uma cisão. Cisão entre ordens, artificialmente produzidas, e a vida. A vida enquanto movimento, enquanto música, é encerrada por ordens/ decretos mortos, desconectados dos sujeitos, vinculados à linhas de produção, pré-determinados. O baile da vida tem um intervalo, uma interrupção. Assim ele

⁸¹ Diferenciamos, como Machado et. all (2007), administração de gestão. “Gestão pode significar, de um lado, administrar, e, de outro, gerir. A palavra Gestão vem do latim *gestione*, significando o ato de gerir, a gerência, a administração. Gerir, por sua vez, do latim *gerere*, significa ter gerência sobre, administrar, dirigir, reger, produzir, criar. Por sua vez, administrar, do latim *administrare*, significa gerir, governar, dirigir, controlar. Nesse sentido, gestão não se restringe a administrar, governar, dirigir, controlar, como em geral o termo é compreendido e praticado. Gestão também significa reger, produzir, criar. Um maestro pode ser visto como alguém que controla, governa, dirige uma orquestra, ou como alguém que junto de cada um dos músicos cria a própria música, num certo tempo e espaço, a partir de cada gesto de cada um e de todos” (p. 174).

envenena movimentos produtivos do coletivo. Ao mesmo tempo envenena-se com o poder. E citando uma música podemos dizer que

“Toda forma de poder é uma forma de morrer por nada/ Toda forma de conduta se transforma numa luta armada/ A história se repete, mas a força deixa a história mal contada... (...) E o fascismo é fascinante deixa a gente ignorante e fascinada/ É tão fácil ir adiante e se esquecer que a coisa toda tá errada/ Eu presto atenção no que eles dizem, mas eles não dizem nada” (GESSINGER, 1986).

O poder fascina, cega e aliena. Pode maquinar isolamento, alienação e morte do homem. Não se trata de morte orgânica, biológica. Trata-se de uma morte em vida, do colorido da vida. Isto, pois “o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma” (FRANCO, 2006, p. 460).

Porém, há resistência! Há movimentos que buscam resistir a esta imposição. Movimentos que buscam linhas de fuga. Afinal o Homem é sujeito ativo. Deve ser autor de seu próprio ser, destinado à revolução, à liberdade ou à conquista da natureza. Assim concebido, o homem no interior de um projeto em que seu ser deve se realizar, se revela como Sujeito, construindo-se a si próprio (FOUCAULT, 1995).

A próxima parte deste trabalho busca construir e evidenciar os caminhos que o capital dominou o trabalho e quais foram as outras formas de capturar a força de trabalho do homem. Em seguida iremos trilhar possíveis modos de se buscar alternativas para fazer a vida andar, bailar.

5.2.3 – Biopoder e capturas do capital via poder

Além das teorias gerais da administração, tratadas na parte anterior, descreveremos agora formas de poder que se vinculam ao exercício de dominação que Taylor fazia, só que de maneira mais ampla, porém não menos intensa. Formas que atravessam os homens e produzem subjetividades e que, até os dias de hoje, inundam o mundo com

suas formas de funcionamento, sem deixar de lado os equipamentos e o uso de atividades em saúde mental.

Foucault (1999) nos descreve que a teoria clássica da soberania tem como um de seus principais atributos o direito a vida e à morte. O soberano tinha o direito a decidir sobre a vida e a morte de seus súditos, que só existem a partir do efeito da vontade do primeiro. Este exerce o direito sobre a vida, pois pode matar. Assim, entende-se que “o direito da soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver” (p. 287).

O mesmo autor nomeia de Biopolítica a instauração, no fim do século XVIII, de uma nova tecnologia do poder. Nela observa-se um controle sobre os seres vivos e suas doenças para aumentar a produção. A questão da saúde e das possibilidades de transitar na vida é assunto para a biopolítica, apenas o quanto que as pessoas podem contribuir para a continuidade de uma lógica produtiva. Assim, os idosos e os doentes ou improdutivos são excluídos do sistema. As pessoas que passaram pela experiência da loucura incluem-se neste grupo, como já descrevemos anteriormente⁸².

A biopolítica, ao instaurar mecanismos reguladores, intervém no nível daquilo que são as determinações dos fenômenos gerais (como baixar a morbidade, aumentar a expectativa de vida, estimular a natalidade). Ela regula um equilíbrio, uma média, estabelece certa homeostase, assegura compensações. Tudo em nome de maximizar forças e a extraí-las dos homens. Assim, podemos dizer que ocorre uma inversão do que antes estava colocado. O direito de quem tem o poder, neste momento, é de interferir para fazer viver e deixar morrer. Intervêm-se no “como” se deve viver, como controlar suas eventualidades, suas doenças, deficiências, eventualidades, etc.

“Temos portanto, desde o século XVIII (ou em todo caso desde o fim do século XVIII), duas tecnologias de poder que são introduzidas com certa defasagem cronológica e que são sobrepostas. Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo

⁸² Item 4.2.2, “E a atividade entra no hospital...”, pág 46. Descrevemos o uso do equipamento Hospital para manutenção da lógica do homem produtivo, sendo Phillipe Pinel seu maior representante.

tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos” (FOUCAULT, 1999, p.297)

O biopoder mostra suas garras quando observamos o que foi descrito na parte anterior deste trabalho. As pessoas morrem em vida, ou seja, sentem-se tão bem por estarem vivas, mas deveriam estar biologicamente mortas, por estarem com suas vidas tão bem regulamentadas. Aqui cabe lembrar que nem mesmo a fisiologia, que trata de descrever o funcionamento do corpo aborda o organismo humano como algo estático, sem variações e instabilidades.

As disciplinas da saúde podem contribuir consideravelmente para gerar interferências com bases científicas sobre os processos biológicos e orgânicos, e, ao mesmo tempo, servir de técnica política de intervenção com efeitos de poder próprios. Criam-se, com a justificativa de “fazer viver”, normas tanto ao corpo (individual) que se quer dominar, quanto a uma população que se quer regulamentar.

No século XIX temos, portanto, um poder que assume a posse da vida, que a regula. O biopoder. Um poder que, ao regular a vida, mata-a. Também a possibilita viver, mas ao mesmo tempo, tem em si uma situação que se aproxima de formas de vidas que nascem da morte, criando ao mesmo tempo doenças e vírus letais e incontroláveis.

As formas de gestão variam e adaptam-se ao capitalismo que evoluiu e com ele as formas e necessidades de alterar a configuração do trabalho. Atualizações e formalizações de como o trabalho é visto e exigido sofreram muitas alterações ao longo do século XX. Grande parte dessas alterações tem o capital como responsável. Grande parte dessas transformações tem no Capitalismo Mundial Integrado (CMI) explicações pautadas na manutenção (administração) de certa ordem e lógica.

Porém tal lógica não é perene. O CMI “recompõe a produção e a vida a partir da sua própria axiomática (...) não possui um programa definido de uma vez por todas; face a uma crise ou dificuldade imprevista, sempre é capaz de inventar novos axiomas funcionais ou suprimi-los” (GUATTARI, 1977e, p. 211). Dessa forma, vez por outra seu problema passa a ser inventar novos métodos de hierarquização do *socius*.

O CMI, como o biopoder captura o sujeito ainda no plano de criação. Assim, os homens estão sempre no domínio deles. No contemporâneo o biopoder marca um espaço no qual o poder incide. Incidência esta que é feita sobre a vida dos homens, em grande parte dos seus domínios, deixando algumas poucas possibilidades de linhas de fuga. Os homens, assim, produzem modos de existência (DELEUZE, 1992). Produções de modos de existência que já existem desde os gregos, desde sempre.

Guattari (1977d) nos explica que o capitalismo é mundial e integrado pois nenhum país do mundo e nenhuma atividade humana ficam fora do controle. A colonização foi grande e cobriu todos os cantos, afinal

“O capital não é uma categoria abstrata, é um operador semiótico a serviço das formações sociais determinadas. Sua função é de assumir o registro, a regulação, a sobrecodificação das formações de poderes próprios às sociedades industriais desenvolvidas, das relações de força e dos fluxos relativos ao conjunto das potências econômicas do planeta” (p. 191)

Dessa forma o capital, a produção de subjetividade, as formas e exercícios de poder podem tomar outros rumos, ou nos levar a outras reflexões. Pelbart (2003a) utilizando-se de Lazarato e Deleuze nos explica que os termos “biopolítica” e “biopoder” (que Foucault trata sem distingui-los claramente) foram diferenciados:

“biopolítica deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade refletida tendo por objeto passivo o corpo da população e suas condições de reprodução, sua vida. A própria noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população. Vida inclui a sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea, o intelecto geral. Vida significa inteligência, afeto, cooperação, desejo (...) Coube a Deleuze explicitar que

ao poder *sobre* a vida deveria responder o poder *da* vida, a potência 'política' da vida na medida em que ela faz variar suas formas e, acrescentar Guattari, reinventa suas coordenadas de enunciação. De maneira mais ampla e positiva, essa potência da vida no contexto contemporâneo equivale precisamente à biopotência da multidão" (p.24,25).

O capital reforça que boa parte do trabalho da administração foi pautado na questão da captura da subjetividade e domínio da vida em favor do lucro, do ganho de capital e no exercício do poder. Outros objetivos podem ser encontrados, mas em sua grande maioria estarão relegados a um segundo plano. Como a captura do capital em relação ao poder foi transformando-se? O que acontece que os movimentos de criação são, muitas vezes, minimizados em sua potência criadora? Como as formas de poder se atualizaram e se compõem nos dias atuais?

Após a superação do modo taylorista e fordista de administrar, a reivindicação por mais autonomia, autenticidade, criatividade, liberdade e até mesmo crítica à rigidez da hierarquia, da burocracia, da alienação nas relações acaba por ser inteiramente incorporada pelo sistema. Assim o toyotismo, opondo-se ao taylorismo não vê diferença entre concepção, controle e execução. Uma maneira mais autônoma e menos alienada surge. Neste contexto observamos que durante os anos sessenta (60) e setenta (70) do século XX

“os empresários notaram uma recusa crescente, sobretudo dos jovens que ingressaram no mercado de trabalho, de cumprirem tarefas mecânicas, automatizadas, repetitivas, emburrecedoras. A reivindicação por um trabalho mais interessante, criativo, imaginativo obrigou o capitalismo, através de uma reconfiguração técnico-científica de todo modo já em curso, a exigir dos trabalhadores uma dimensão criativa, imaginativa, lúdica, um empenho integral, uma implicação mais pessoal, uma dedicação mais efetiva até. Ou seja, a intimidade do trabalhador, sua vitalidade, sua iniciativa, sua capacidade de conexão foi sendo cobrada como elemento indispensável na nova configuração produtiva. Claro que isso implicava um desmanche das estruturas rígidas, hierárquicas, autoritárias herdadas do fordismo ou do taylorismo, um funcionamento muito mais aberto, flexível, num certo sentido mais autônomo e horizontalizado, em equipe, atendendo assim a toda a

crítica do trabalho massificado e homogeneizador. A partir daí, cada qual deveria descobrir seu potencial específico no interior de uma estrutura mais maleável, com conexões mais abertas, mais ágeis, mais desenvoltas” (PELBART, 2003c, p. 96, 97).

O que antes era o mote de resistência, a estratégia de vida, de potência de vida, passa e ser justamente a matéria-prima do capital. Ele passa a se utilizar dos aspectos mais humanos, tais como o potencial, a vida, a criatividade, a interioridade, os afetos, enfim, tudo o que antes ficava de fora.

“O capitalismo transforma o não-capital em capital, não só paisagens, ritmos, mas também maneiras de ser, de fazer, de ter prazer, atitudes, e nisso consiste sua inventividade nos últimos anos, na intuição de antecipar os desejos do público, com a importância crescente dos investimentos culturais e tecnológicos” (PELBART, 2003c, p. 104).

É preciso repensar as formas de gerenciar os equipamentos de saúde mental que se pretendam desenvolver linhas de potencialização do SUS, linhas que sejam uma forma de fugir dessa captura do capitalismo, linhas de gestão que ultrapassem a democracia burocrática, pois

“A democracia talvez só se expresse em nível das grandes organizações políticas e sociais; mas ela só ganha consistência, se existir no nível da subjetividade dos indivíduos e dos grupos, em todos esses níveis moleculares, novas atitudes, novas sensibilidades, novas práxis, que impeçam a volta de velhas estruturas” (GUATTARI, ROLNIK, 2005, p.157).

Os processos de transformação se dão em diferentes campos de experimentação social. Por vezes cada pequena mudança em cada um destes campos pode ser o início de uma mutação muito mais ampla. Ao pensarmos nos equipamentos de saúde mental, podemos fazer alusão aos diferentes espaços de uso de atividades que, com pequenas transformações em suas práticas, podem (ou não) gerar uma transformação maior no equipamento.

Nesta parte do trabalho vimos como foram através das técnicas e tecnologias centradas no corpo (individual) com base na proposta de Taylor e Ford que o poder conseguiu

aumentar a força útil dos trabalhadores. Em seguida, a incidência se deu de maneira massificada, para posteriormente o capital capturar o que o homem tem de mais precioso (sua vida, afetos, criatividade, etc.), e assim manter-se atuante e vigente.

Trabalharemos na próxima parte justamente como que este trabalho pode traçar uma linha de fuga, buscar saídas para a situação que se coloca.

5.2.4 - A gestão como potencializadora da clínica

Ao considerarmos algumas das inúmeras linhas e fluxos que interferem nas formas de gestão dos serviços de saúde mental podemos afirmar que é preciso inventar novas formas de fazer a gestão. Inventividade que não seja capturada pelas linhas de produção, pela taylorização e anulação do sujeito.

Algumas das linhas que identificamos ao longo do trabalho se fazem importante para podermos pensar em pistas de como fazer a gestão. A concepção dos princípios do SUS (integralidade, equidade, universalidade) sem deixar de lado a importância da participação social foi costurada como um rizoma. Demos visibilidade aos conceitos de público, privado, estatal e coletivo, potencializando o último para a construção do conceito de saúde que é marcado por questões éticas e estéticas, distanciando-se da noção normatizada e normalizada de ausência de doença.

Em seguida trouxemos as linhas que influenciam os usos de atividades em saúde mental. Algumas delas mostraram-se como possibilidades mais afirmativas e outras mais aprisionadas ao capital. Pistas para o uso das atividades que sejam linhas de fuga à manutenção do aprisionamento das pessoas que passam pela experiência da loucura em uma situação de incapacidade e violência. Linhas de fuga e produções de outras possibilidades, de novos sentidos para os sujeitos. Possibilidades de fazer do uso de atividades em saúde mental, e mais especificamente na terapia ocupacional, um CsO.

Enveredamos por fim na degradação do trabalho e as consequências das formas administrativas implementadas desde o final do século XIX. Há saídas para o trabalho?

Se há linhas de fuga para o uso dele em saúde mental, qual será a saída para a gestão? Há no plano da gestão, alguma linha de fuga? Várias linhas de fuga? Ou apenas existem linhas flexíveis? Há propostas coerentes e condizentes com a vertente mais rizomática do SUS? Propostas do uso de atividades que possam conectar-se de maneira afirmativa com a gestão de serviços de saúde mental? Como os coletivos, que constituem os serviços de saúde mental, se gerem? Qual norte pode potencializar as possibilidades dos coletivos se gerirem?

O desassossego do modo de fazer a gestão dos serviços de saúde baseia-se nas questões acima colocadas. Objetiva também encontrar e seguir linhas de fuga. Linhas de fuga da captura que o capital fez em relação à vida dos homens. Capturas da criatividade coletiva, criatividade que produz mais que informação, conhecimento, imagens e que “transborda o tempo de trabalho para coincidir com o tempo de vida, confundindo tempo de produção e tempo de reprodução” (PELBART, 2003c, p. 84). Capturas que não significam uma ausência de subjetivação, mas a produção de outra forma de subjetivar. Maneira de subjetivar que ausentou o homem das possibilidades de tomar decisões a respeito do próprio trabalho. Subjetivações em que se delimitavam a não participação nos processos decisórios, aceitou-se uma suposta condição de menor capacidade na produção social do trabalho. Intensifica-se a subordinação nua e crua às imposições do capital. Imposições que capturam as subjetividades, que mantêm a morte em vida, que suga do trabalhador as últimas gotas de vida e esperança. Percebe-se, portanto que a produção de subjetividade impõe-se à clínica da gestão.

Produzir subjetividades. Questão da gestão? Questão da gestão! Como se produz subjetividades? “Entendemos o conceito de subjetividade descrevendo não uma essência ou um estado de coisa, mas um processo de produção ou de síntese no tempo a partir de componentes heterogêneos que se apresentam como vetores de existencialização” (BENEVIDES, PASSOS, 2003, p. 334). Logo, a partir da experiência do trabalho, a gestão e o planejamento dos serviços de saúde produzem subjetividades, constituem sujeitos. São vetores de existencialização que marcam as pessoas, que fazem da gestão, uma clínica.

Assim, faz-se importante tomar a gestão como um vetor que marca a produção de subjetividades. A gestão, vista deste modo, não pode esquecer que o trabalho parece estar dominado pelo capital. Trabalho que o gestor, imaginariamente domina, regula, comanda. Tudo é capturado pelo capital, mas ainda é possível questionar: Quem dá sentido ao trabalho? É o dirigente/ gestor? Nas formas mais tradicionais e vigentes, o dirigente apenas ordena, dá o trabalho, mas não dá um sentido ao trabalho. Mesmo com todas as inovações e propostas advindas com o toyotismo, o trabalho permaneceu desprovido de um sentido. Não é raro encontrarmos pessoas de altos cargos (gerenciais) com o discurso que só trabalham tanto e da forma que trabalham pela família. Vemos que mesmo o gestor, em determinados momentos, passa a ser executor de tarefas de pessoas com níveis hierarquicamente superiores, vêem sentido no trabalho.

Assim, “há um esforço para liquidar um padrão de subjetividade que autorize às massas expressarem seus desejos e interesses” (Campos, 2000, p. 34). O trabalhador precisa retomar as rédeas de sua vida, do seu trabalho. Tal condição pode anular as possibilidades de potencializar o rizoma, o desejo. Essa é uma das perigosas amarras que as normas e a lógica taylorista podem criar. Os gestores, portanto, devem buscar o que pode dar força aos processos de criação, inventivos, que são capazes de gerar o inédito, de ampliar o desejo. Desejo enquanto fluxo para construção de agenciamentos coletivos, rizomaticamente formados. Rizomas que produzem inconscientes (maquínicos).

Mas será que a questão que nos importa é apenas a de “alterar” a ordem colocada? Parece-nos que, seguindo as proposições de Deleuze, é mais interessante tomarmos outros caminhos. A questão que propomos colocar não é a de respostas e da configuração de uma nova ordem na gerência dos serviços de saúde mental. A questão que nos fazemos é: como a gestão destes serviços podem se conectar à vida real, podem se utilizar das repetições⁸³ para potencializar o transitar pela vida das pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental?

⁸³ “Repetições” no sentido deleuziano não se referem a uma oposição a diferença, mas a representação.

Assim, a gestão deve, nas repetições, produzir algo novo. Produzir diferenças. Quando falamos de diferenças, não falamos da criação de novas categorias do Negativo (a regra, a lei, o limite, a castração, a falta) tão comuns aos gestores, à função. Estamos nos referindo ao investimento no positivo, no múltiplo, nas conexões possíveis. Falamos de uma gestão que se aproxime da vida como ela é.

A gestão vista dessa forma se aproxima dos processos que ocorrem entre os sujeitos, que ocorrem entre cada ser e o mundo. Passamos a pensar na gestão enquanto espaço de criação. Nós, homens, não nascemos assujeitados à biologia. Somos pura invenção,

“temos de fazer-nos. Devir gente, transgredir o ente, ultrapassar o ser. Singulares, ímpares. E sós. Nossa possibilidade de realização reside nos encontros com outros ‘seres’, matérias, ou qualquer outro e novo espaço, rico, recheado de pulsão, vibrátil, que potencie e forneça o setting para que o processo da criação se plasme, articulando desejos, conectando potências, acendendo paixões” (MELO, 1994, p. 140).

A construção de uma forma de fazer gestão que dê potencia para pulsar o que há entre, no interstício. Espaço para enfraquecer o que há de Negativo. Espaço para que as pessoas possam deixar marcas, buscar dar novos significados a velhos problemas. As antigas soluções deixadas de lado. E isso não é devido aos problemas que se impõem serem os mesmos. Às situações com que nos deparamos serem semelhantes. As soluções que necessitamos nada têm haver com os problemas, mas com o futuro, com o rumo que queremos.

O cotidiano que os gestores perseguem, conectados com a vida, é o da aventura, do desafio. É como o *surf*. É deslizar pela superfície das ondas. Ondas que fazem parte de um imenso mar. Mar que tem infinitos movimentos simultaneamente. Movimentos de ondas, movimentos de animais que moram no mar, que movimentam cada uma das partículas que ajudam a compor este mesmo mar. E neste movimento várias combinações e configurações se montam, se organizam. A composição do oceano se modifica a cada movimento, ampliando o encanto de quem o vislumbra de cima de uma

prancha de surf. É na mudança da composição da onda que o surfista decide a próxima manobra, o rumo a tomar.

O gestor, neste sentido, deve deslizar sobre os serviços de saúde mental. Nunca fazer intervenções. Intervenções no sentido de cirurgias, de abrir corpos, de sangrar. O gestor, ao deslizar nos serviços, insere-se de maneira muito mais profunda que ao mergulhar no imenso oceano azul. Surfando, o gestor pode acompanhar os movimentos com velocidade, sem deixar de fazer, ao mesmo tempo, parte do próprio mar. Acompanhar os movimentos de todos que freqüentam o serviço, inclusive o do próprio gestor. As decisões sobre o serviço, sobre as situações, consideram a configuração do mar, esse território do “surf gerencial”. Território existencial. Decisões que mudam os territórios existenciais (em maior ou menor grau). Decisões que não têm muitas garantias de que o movimento não será completamente interrompido no próximo instante. E se for, se uma queda ocorrer, há um mar para mergulhar! Mergulhar num outro universo, em outras possibilidades. Não se trata de “aprofundar” nos problemas. Trata-se de descobrir outra forma de vê-los. Trata-se de outras possibilidades de saídas, de encaminhamentos, de disparar idéias.

Essa superfície da onda é justamente o espaço onde tudo que é capturado fica. Seja bom, seja ruim, tudo fica na superfície. Desde folhas que caem das árvores até papéis de balas jogados por turistas que fazem um passeio de barco. Tudo fica na superfície. E é justamente nela que o gestor surfa, que outros elementos envolvidos irão buscar seu alimento, sua sobrevivência. O peixe emergirá para abocanhar a folha e o papel. Alimentar-se-á com o que há de bom e com o que há de ruim. Fundir-se-á com o que comer. O gestor também opera neste espaço. Espaço com lixo, espaço com luxo, matérias produtivas, que alimentam, mas que também podem intoxicar. Mas, independente de qualquer coisa, o peixe transformar-se-á, conectar-se-á com o lixo ou com o luxo.

A dificuldade de entrar na onda com uma manobra pré-determinada torna-se algo por vezes pouco provável. É prudente sentir a onda, ver como ela se comportará. Neste sentido é preciso entender que é necessário deixar de lado a questão da tarefa na produção de saúde, de serviços de saúde. Tarefa enquanto movimento ou ação pré-

determinada e que permite pouca expressão de criatividade, expressão do trabalhador, expressão das pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental. Permite poucas possibilidades de desvios das “rotas determinadas anteriormente” por pessoas que não executam a própria tarefa. Assim, a tarefa é algo previamente estabelecido, com resultado final, tempo de execução e outras tantas características e variáveis delimitadas ao extremo por uma pessoa de um nível hierárquico superior (no âmbito do trabalho).

Esses espaços são obras de todos. Todos fazem parte. Todos constituem-se. Todos interferem e constroem essa superfície/ espaço. Porém, contraditoriamente, podemos afirmar que nenhuma pessoa faz esse espaço. Ele não existe concretamente. São os homens que o criam e o respeitam enquanto tal, instituem-no enquanto espaço de gestão. A possibilidade dos espaços onde o uso de atividades em saúde mental ocorre também ter condições de estabelecer construção de espaços de compartilhamento de poder depende da capacidade de criação de espaços que objetivem impulsionar mudanças, que dêem visibilidade aos movimentos instituintes afirmativos, e que tenham o alcance e a disseminação de um rizoma. Tempos-espacos que possam analisar as situações e projetar o futuro, inclinar-se, clinicar.

Partindo dessa idéia de tarefa e dessa concepção de gestão, colocá-las em prática traz consigo a necessidade de buscar “Trabalhar os sujeitos e as instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro, todo o tempo” (CAMPOS, 2000, p. 44).

Identificamos também, no campo da gestão, a necessidade de um esforço no sentido de transformar a vida das pessoas (seja em relação ao tempo, em relação consigo mesmo, com o ambiente, com a clínica, entre outros). Cabe, ainda, à gestão resistir e criar novos modos de fazer gestão para sair dos modelos dominantes e modelizantes da subjetividade capitalística.

Encontramos cotidianamente situações que famílias solicitam, por exemplo, a internação de seus familiares. Porém, a necessidade real é outra: um grito pedindo ajuda. Ajuda que pode se referir a várias coisas: desde um simples pedido de melhor

utilizar as possibilidades de produzir saúde no coletivo daquela família, até a não aceitação e entendimento das diferenças.

Assim, a gestão passa por pelo menos duas questões/ funções. Elas podem parecer opostas, em uma primeira análise, exclusivistas quando pensamos em situações reais e práticas, porém elas fazem parte de uma mesma situação, compõem o cenário da gestão dos serviços de saúde mental e precisam ser evidenciadas.

A gestão, por um lado, tem uma dimensão que só tem função ao se aproximar da clínica. Não faz sentido a gestão do serviço acontecer por si só. A gestão de qualquer serviço existe para possibilitar que sua função (ou missão) seja cumprida. Função (ou missão), porém, que não se concretiza em si pela própria gestão, mas por outros setores do equipamento de saúde. Por exemplo, a gestão de um CAPS, tem a função de possibilitar que as pessoas que freqüentam o serviço tenham sua inserção social realizada, que ampliem sua autonomia no cotidiano. Porém, na maioria das vezes não será a gestão que fará, diretamente, esta inserção ou contribuirá com a ampliação da autonomia dos que passam pela experiência da loucura. Cabe a gestão dar suporte para a organização do serviço que os setores e pessoas diretamente envolvidas com aqueles que passam pela experiência da loucura consigam ter ações que caminhem na direção esperada. No caso do CAPS, a princípio, quem faz isto são os profissionais “clínicos”. Assim, vemos que a gestão do CAPS, teoricamente, é quem dá o suporte para os acontecimentos clínicos. É a gestão quem organiza horários das atividades, horários dos profissionais, a compra de materiais para o serviço, a prestação de contas à União, etc.

Assim vista, a gestão apresenta-se com certo “ar” intocável, superior, hierarquicamente pensada no nível estratégico da estrutura piramidal da era industrial na organização dos serviços⁸⁴.

⁸⁴ Referimo-nos à estrutura piramidal da era industrial. Nela há três níveis, em que os cargos e funções são divididos hierarquicamente em três níveis: estratégico, tático e operacional. Nessa concepção o pensar é uma atividade do nível superior hierarquicamente (estratégico) e o fazer pelo nível inferior (operacional). O nível tático responsabiliza-se por fazer a ligação entre os outros dois níveis. Esta pirâmide muito lembra a descrição que Goffman (1996) faz das instituições totais. Nelas as pessoas apenas podem comunicar-se com os níveis imediatamente inferior ou superior. Tal configuração tem

Também é preciso levar em consideração que, em sua maioria, são os profissionais da gestão que têm os dados epidemiológicos, financeiros, e outros que podem ser importantes para o serviço. Neste sentido a gestão continuaria tendo sua importância com destaque no equipamento. Esses dados são de extrema importância para o planejamento em saúde. É com base neles que muitas ações e pesquisas na área são desenvolvidas. Porém, as ações, a partir dessa maneira de entender a gestão, estariam baseadas exclusivamente em números. Números que, se por um lado falam da situação da população, do território, por outro não captam parte importante do que deve ser objeto de atenção num serviço de saúde que visa ir além de fazer a prevenção e cura de doenças (mentais). Números que pouco conseguem ajudar na cartografia⁸⁵ dos territórios existenciais. Não captam parte importante do movimento que acontece. Lidam com a saúde como algo estático, estatístico, numérico. É preciso ter serviços que componham um sistema de saúde que pactua que saúde é muito mais que a ausência de doença.

Por outro lado a gestão, por não cumprir diretamente a função do serviço, não pode existir sem a clínica, sem os profissionais e o setor clínico. Então, seria a clínica o nível hierarquicamente superior? Inverter a pirâmide em nada resolve a equação com a qual

como objetivo dificultar o acesso aos dirigentes das instituições. Esse modo de funcionamento reforça a separação entre quem sabe (dirigentes, nível estratégico, gerentes) e quem faz (nível operacional, “clínicos”, pacientes).

⁸⁵ Cartografia é a “descrição ou tratado sobre mapas” (HUAISS, 2001). Trata-se da descrição de um todo, uma paisagem estática (mapa). Essa descrição estática é feita enquanto há movimento na paisagem! Então podemos dizer que cada elemento/objeto, ou talvez, cada parte de um elemento desenhado são descritos em diferentes momentos e, portanto, o objeto real sofreu modificações enquanto era desenhado/descrito. Ao pararmos para analisar essa situação podemos perceber que um mesmo objeto, em uma mesma cartografia teve cada um de seus traços representativos feitos em diferentes momentos e que então, o elemento real era diferente a cada traço realizado.

Também podemos utilizar a cartografia em paisagens psicossociais. Rolnik (2006) nos explica que “A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentidos – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos” (p. 23).

Kastrup (2007) nos explica que a cartografia é um método criado por Deleuze e Guattari que visa acompanhar um processo. Ele não tem por objetivo representar um objeto. Desta forma podemos pensar que a cartografia colabora com a produção de pesquisas para os serviços de saúde na medida em que ajuda a “construir práticas em ruptura com uma racionalidade pautada numa lógica que persegue verdades inquestionáveis sobre uma realidade já dada” (BARROS; LUCERO; 2005. p.7). Essa ruptura faz-se com as formas sociais instituídas.

nos deparamos. Coloca-nos na mesma situação de fragmentação do ser humano e do serviço. Situação que mantém a dicotomia entre o pensar e o agir, entre melhores e piores, que tínhamos antes (ao considerar a gestão como algo superior, melhor).

Para ampliarmos a discussão e buscarmos chegar a horizontes mais vastos, trouxemos outros aspectos da gestão: sua finalidade e seu modo de interferir e produzir subjetividades. Por não cumprir, diretamente, a finalidade do equipamento, podemos afirmar que a função da gestão é auxiliar atingir a missão do equipamento de saúde (como todos os outros setores do equipamento). Essa função, quando não for capturada pelas garras do capital, terá fundamental importância na construção da capacidade de autonomia das pessoas envolvidas e que freqüentam o equipamento de saúde mental.

A função do equipamento de saúde, de alguma forma passa pelas necessidades sociais, necessidades coletivas. Quando falamos de necessidades coletivas, mantemos certa distância das ações curativas individuais, damos força para a potência do serviço, do coletivo. Falamos de forças afirmativas que nos aproximam de ações intersetoriais, de um entendimento de saúde ampliada. A saúde ganha a potência criativa de criação de vida. Criação de si.

A gestão, então, pode procurar potencializar a criação de novos territórios existenciais, que é uma função clínica. Portanto, gestão e clínica aproximam-se e tornam-se dimensões indissociáveis do plano da saúde mental. Gestão com função clínica. A gestão enquanto clínica, no sentido de desvio da rota estabelecida, mesmo que nem sempre seja possível, deve procurar reterritorializar as subjetividades. Assim vista, poderíamos dizer que a gestão passa a ter uma função clínica.

O trabalhador, antes destituído de autonomia no trabalho, estando subjugado a uma situação imposta pelos gerentes, ganha a possibilidade de exercer o trabalho de uma maneira mais integrada consigo mesmo. Trabalho menos artificial e mais verdadeiro, autônomo. Dessa forma, podemos pensar que a gestão interfere na clínica no que diz respeito a autonomia do trabalhador.

Autonomia entendida tal como explicado por Eirado e Passos (2004):

“Lei e regra não se impõem de fora e *a priori*, constringendo ou limitando um ser que ‘poderia’ se subtrair a elas. Ao contrário, emergem com esse ser, fazem parte de seu *modus vivendi* e, ao invés de o determinarem por limitação ou constringimento, o determinam na medida em que constituem para ele um poder/fazer: território onde desenvolve suas capacidades. Por isso mesmo, *autonomia* significa antes de tudo *autocriação*, *autopoiese*: diferença entre aquilo que é construído por outro e aquilo que se constrói para si” (p.79)

Propomos, então, uma gestão que consiga buscar pistas para construir modos de operar que abram possibilidades para seus participantes se autocriarem, de se construírem. Se tornarem mais autônomos.

Podemos dizer que trabalhar em equipe, gerir um trabalho em equipe é como navegar no mar em que um apóia o outro, uma pessoa dizendo quando o barco está indo muito para um lado ou para o outro e a outra pessoa dizendo quando está indo mudando a direção do traçado inicialmente. O rumo é traçado junto, decidido coletivamente. A mudança no rumo também. O comandante do barco apenas entra em cena quando há um entrave maior. Entrave que gera um impasse paralisante, que faz a navegação estabilizar-se no mesmo local, não continuar a navegar. Navegação que sempre é feita por variações, por altos e baixos, pelas marolas e ondas do mar. O comandante entra na intenção de ser mais um colaborador para que o barco não pare, para que ele não fique à deriva e não se perca, não afunde. Sem ignorar que toda embarcação tem sua “vida útil”, seu tempo de navegar, de fazer descobertas, de transportar as iguarias e o tempo de virar novidade no museu, de eternizar-se. Acreditamos na potência de criação do coletivo, na biopotência.

5.3 – Gestão, Clínica e Processos de Subjetivação

Vimos acima que tanto a clínica que usa atividades em saúde mental quanto a gestão dos serviços de saúde mental produzem subjetividades. Também nos desdobramos nos territórios que são criados e lançam ao mundo, a cada novo movimento, novas formas de subjetividades. Resta-nos perguntar o que se pretende produzir com e nesses serviços. Ao buscamos a desinstitucionalização da loucura, não podemos reproduzir as mesmas formas de administrar, formas que já demonstraram que não pactuam em produzir maior grau de autonomia aos diversos atores.

A gestão dos serviços de saúde mental deve resolver uma equação que nos remete a questões como os processos excludentes da população que frequenta os serviços, a participação social nos processos decisórios e a produção de cuidados em saúde mental.

Falamos então de questões que não se dissociam de uma questão ética. Ética que nos remete novamente à clínica e à gestão. A ética, de *êthos*, era a maneira de ser e a maneira de se conduzir. Pode se traduzir pelos hábitos, por seu porte, pela maneira de caminhar, pela calma com que responde a todos os acontecimentos. As práticas de liberdade, portanto, estão diretamente ligadas à ética. (FOUCAULT, 2006d).

A ética do profissional de saúde, do profissional que faz uso de atividades em saúde mental, não estará então ligada ao seu papel? Papel que deve ser

“participar deste processo como quem participa de um conflito, de uma disputa, sempre em aberto, não decidida. Deve ter claro também que, mesmo quando participa deste processo junto a um paciente individual, se trata sempre, mais que tudo, de um problema supraindividual. Não é para cada um, individualmente, que este problema da ‘seleção dos afectos’ não está resolvido (nem tampouco para a humanidade que, para este tipo de problema, se constitui numa abstração vazia), mas para os grandes conjuntos humanos, com seus planos coletivos de felicidade. Sua solução não pode resultar apenas de uma ação reflexiva operada sobre si mesmo,

pois as formas culturais e societárias podem ser sempre consideradas como uma solução já dada a respeito de quais são os autênticos afectos de alegria e potência. E é nesse sentido que se pode dizer que a medicina espinosana é uma espécie de ‘Saúde Pública’ ou, pelo menos, de ‘medicina coletiva’ ou ‘do coletivo’” (TEIXEIRA, 2003-2004, p. 70).

Deparamo-nos, pois, com o “modo de sujeição, ou seja, sobre a maneira pela qual o indivíduo se relaciona com essa regra e se reconhece ligado à obrigação de colocá-la em prática” (FOUCAULT, 2006a, p. 212). As pessoas se relacionando com as regras de maneira pouco crítica.

Na clínica (seja da terapia ocupacional, seja do uso de atividades em saúde mental) é preciso pensar em um movimento no qual as atividades não busquem dizer o indizível. Que não busquem falar de aspectos inconscientes. Ao contrário, é preciso que o terapeuta seja capaz de captar aspectos saudáveis, possíveis, o “já-dito” pelos sujeitos. Captar o que aumenta a potência dos sujeitos, potencializar os afectos que aumentam a potência do homem. Dessa forma, estará na busca pela constituição de si dos sujeitos.

O terapeuta ocupacional, ou quem estiver trabalhando com o uso de atividades em saúde mental, nessa perspectiva toma a postura de ser, para quem quiser ter cuidados consigo mesmo, não apenas um profissional “conhecido por sua competência e seu saber, mas simplesmente um homem de boa reputação, cuja intransigente franqueza pode-se ter a oportunidade de experimentar” (FOUCAULT, 1985, p. 58).

A gestão deve auxiliar a unir os pensamentos de uns aos outros. Fazer um só. Este uno não pode ser encarado como doutrina, mas “como próprio corpo daquele que, transcrevendo suas leituras, delas se apropriou e fez sua a verdade delas: a escrita transforma a coisa vista ou ouvida ‘em forças e em sangue’ (...). ela se torna o próprio escritor um princípio de ação racional” (FOUCAULT, 2006b, p. 152).

Como Foucault (2006d) nos ensina, as práticas de liberação não são suficientes para definir as práticas de liberdade que serão implementadas e definidas conjuntamente

com os participantes do equipamento de saúde mental, uma maneira aceitável e satisfatória da sua existência.

As atividades não devem ser utilizadas como recortes mortos de seus autores, mas como possibilidade viva, real e concreta de estar no social, de fazer conexões e pontes com fragmentos de si mesmo. Criar-se a si próprio. Assim o cuidado de si implica pensar em si mesmo, ou que no cuidado de si, cuidem dos outros. A gestão pode procurar ligar-se àqueles que são capazes de ter sobre si um efeito benéfico.

A gestão dos serviços de saúde mental constitui redes que produzem saúde. Elas são feitas pelos próprios protagonistas, de maneira autogestionária⁸⁶. Isto, pois, no dia-a-dia, na realização de atividades, no trabalho vivo em ato, conexões e linhas de cuidados são maquinadas. Disparadas em várias direções. A criação e invenção na ação cotidiana tornam-se cada vez mais presentes na produção de saúde e no uso de atividades em saúde mental.

Taylor tratou de capturar em sua obra o trabalho, e tentar aproximar do real. Nesse percurso podemos destacar que as atividades podem vir a ser pensadas como promotoras de práticas de liberdade.

“O plano da clínica, comportando esta diversidade, não pode ele mesmo, portanto, ser definido por suas fronteiras, já que essas são constantemente desestabilizadas pelo próprio trabalho da análise. Daí ser difícil pensar uma instituição clínica, a não ser que ela se defina menos pelo que nela está instituído e mais pelo que nela e dela transborda. Uma instituição clínica ao atualizar a instituição da clínica só se sustenta nessa experiência em seu limite, isto é, estando sempre em suas bordas” (BENEVIDES, PASSOS, 2003, p. 334).

Produção de subjetividade que no plano da gestão deve comportar a diversidade. Uma gestão que esteja aberta ao rompimento de fronteiras, das normas. Normas que

⁸⁶ “O conceito de auto-gestão está associado a um outro, de auto-análise, que significa o ‘processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites’ (Barembliitt, 1996 apud FRANCO, 2007, p.469).

possam ser reavaliadas, desestabilizando a normatividade. É o trabalho da gestão colocado em análise. Gestão menos preocupada com as burocracias e a manutenção do que é rigidamente determinado pelas normas. Gestão recheada por forças instituintes para a gestão. Produção de subjetividades feitas na/pela gestão. Subjetividades produzidas que geram forças instituintes, novas formas de gestão.

6 - Tecendo o Pensamento

“Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou refletir” (FOUCAULT, 2006a, p.197).

A construção deste trabalho perseguiu os rastros de linhas de fuga nas questões do uso de atividades em saúde mental e na gerência de serviços de saúde mental. Nesse sentido foi importante estar fazendo, durante todo o processo de escrita, algumas questões: O que é o uso de atividades em saúde mental? Quais são as práticas que escapam às garras do capital? Quais são as possibilidades de cada prática produzir bons encontros?

Todas essas questões não são feitas sem considerarmos que há um cenário para elas se responderem. Falamos do SUS. Usos de atividades em saúde mental que estão inseridos num sistema público de saúde. Um sistema público concebido para se desvincular de todas as propostas de caráter privatista que o Brasil já enfrentou. Um sistema público que se organizou de maneira rizomática. Esparramou-se por todo o território nacional e funciona sob essa lógica (rizomática). Conexões e articulações que se fazem e desfazem, produzidas e criadas pela força do coletivo, na criação de espaços comuns.

Nesse sistema encontramos a terapia ocupacional. Profissão que se consolidou e cresceu em cima de práticas que utilizam atividades em saúde mental. A busca por práticas que pudessem colocar em funcionamento o CsO foi intensa.

Perseguimos os espaços de uso de atividades que permitem o acesso ao CsO, ao virtual. Novas conexões e dobragens nos equipamentos se processuam, desprendendo-o da burocratização do serviço, como mais um serviço ou espaço do equipamento que se dilui numa lógica da produção em massa de serviços de saúde.

O papel do profissional, como nos explica Teixeira (2003-2004), é participar de um processo de conflito, sempre aberto. Conflito de problemas entendidos como supraindividuais. Problemas de seleção de afectos de alegria e potência. Se assim entendido, a gestão e clínica trabalha em um mesmo sentido. O sentido da vida, da potência. Gestão e clínica se comunicando e rizomaticamente maquinando o CsO. Um CsO para que as pessoas possam buscar afectos mais afirmativos, possam efetivar o cuidado de si.

Trabalhamos com a lógica do que as atividades podem ativar, das existências que se afirmam positivamente. Existências que há muito tempo se tenta controlar, encaixar, enquadrar em modos que se transvestem com carcaças de teorias da administração. Formas de administrar que impactam e produzem outras formas de subjetivar.

Essas tentativas de normatizar a vida, aliada à relação atividade-trabalho, contribuiu para aproximar as duas práticas (administrar e o tratamento da saúde mental com atividades).

Outra pergunta se faz: o que vale a pena nessas práticas? Quem sabe a construção de práticas com mais autonomia (no sentido de autocriação, autopoiese) não seja um bom rumo para o uso das atividades e da gestão em saúde mental?

Porém, nesse sentido passamos a ter a necessidade de diferenciar administração e gestão. Diferenciação que nos esclarece e nos põe lupas em relações e uso dos poderes sobre a vida, sobre os outros seres. Relações de poder que acontecem diferentemente em cada uma delas. Na administração entendemos que há uma limitação do termo e das ações no sentido de governar, controlar. Na gestão há uma potência criativa, de produção, de regência.

Essas relações de poder não se configuram de maneira muito diferente em relação às atividades e à saúde mental. Enquanto há o tratamento da saúde mental com atividades, que se utiliza das atividades para atingir uma norma ou certo padrão de estar no mundo, também encontramos o uso de atividades em saúde mental, que vislumbra um horizonte mais amplo, de criação, de cuidado com os seres, de produção da saúde.

Uma gestão que possa “amparar o outro na queda”⁸⁷ (TEIXEIRA, 2004), que possa acontecer de maneira humanizada, que entenda a saúde a partir de uma clínica ampliada.

⁸⁷ Para Teixeira (2004), “Amparar o outro na queda: não para evitar que caia nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-los seus efeitos, mas sim para que possa se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência”.

Para tanto, fazer uma clínica-institucional (LAVRADOR, 2006) pode ser útil. Clínica esta aberta à alteridade, que coloca em análise a própria instituição clínica, que acompanha o processo de criação de si. Clínica indissociável da crítica, das possibilidades de criação, da ética e da estética, da política, da vida. Clínica que funcione como exercício de experimentação, de problematização. Que produza algo diferente do que havia antes: novos contornos, sensações, práticas, modos estar na vida.

Uma clínica assim, que se (con)funde e permeia a vida, não parte do zero. Uma gestão assim, que se (con)funde e permeia a vida também não parte do zero. As pessoas têm em mente formas de clinicar ou de gerenciar. Formas que foram colocadas para elas em algum momento, que foram aprendidas e apreendidas em algum curso ou a partir de alguma experiência. São modos de produzir clínica e modos de produzir gestão. Tudo isto está presente, de forma virtual ou atual, mesmo antes das pessoas começarem seu trabalho propriamente dito. Uma clínica que se (con)funde com a gestão, é uma clínica em que o clínico se desvencilhe dessas formas mais ou menos atuais, mais ou menos virtuais que estão presentes. Uma clínica que possa se desfazer de tudo o que possa atrapalhar, ser obstáculo para a criação de algo novo, inédito. Uma clínica que possa analisar esses dados postos antes mesmo dela iniciar. Uma gestão que possa se desfazer de tudo o que possa atrapalhar, ser obstáculo para a criação de algo novo, inédito. Uma gestão que possa analisar esses dados postos antes mesmo dela iniciar. Podemos então, pensar que a clínica produz analisadores da gestão e a gestão produz analisadores da clínica. Práticas que se fundem a favor de práticas afirmativas, para ampliação da vida.

Então, ao fazermos gestão, podemos dizer que fazemos clínica da gestão, e ao fazermos clínica, podemos dizer que fazemos gestão da clínica. A gestão que se efetua em atos burocráticos por via, por determinação, por imposição das situações da clínica. A gestão que ultrapassa a separação taylorista entre concepção e execução, que também ultrapassa a visão macro que os toyotistas se utilizam para capturar os trabalhadores para a produção, mas que chega às mesas onde se realiza atividades em saúde mental e caminha para a rua/social (com as atividades). Uma gestão que passa a gerir, a produzir, a dar vida a outras maneiras de estar na vida. A gestão que rege as

atividades com maestria tamanha que a vida busca produzir vida, busca formas de criar novas formas de vida, de estar no mundo. A clínica interferindo na gestão. A clínica que se modifica, que tem seus limiares variando por determinações da gestão, da burocracia. Um estar “amparando o outro na queda” que produz alterações nas burocracias institucionais. Situações de produção de saúde que impõem um caráter criacionista, potente na possibilidade, na alteração de determinadas burocracias. A clínica que faz a gestão amparar o outro na queda. A gestão que faz a clínica gerir, dar vida.

A gestão e a clínica serão permanentemente uma interminável composição. Notas que não se dissociam, notas que se (con)fundem, notas que se tornam música, uma única música. Música na qual não se separa as notas.

Assim esta clínica interfere e produz formas de fazer gestão do estabelecimento, da organização. Mas isso só será possível se olharmos e se formos sensíveis às instituições que se apresentam a cada instante. Gestão esta que se configure com a mesma variabilidade que um fluxo percorre as linhas do rizoma. Com atos/pensamentos afirmativos. Uma gestão que desnaturalize as relações de poder verticalizadas, a padronização dos modos de estar na vida, afinal há sempre um coeficiente de transversalidade. Sendo assim, ao observarmos atentamente e com a necessária sensibilidade, percebemos que fazem parte do mesmo processo, do mesmo plano.

Pensar essas relações afirmativamente não é uma tarefa fácil, pois nos remete às linhas duras que passam por nós, às nossas crenças em relação à melhor maneira de resolver os problemas, aos nossos modos determinísticos de fazer a clínica e à própria gestão. Modos de funcionamento que, por vezes, são mais difíceis de descolarem de nós mesmos que dos outros. Que nos obriga a intervir sobre nós mesmos.

Considerando a política, em que os corpos são regulamentados e dominados, inclusive no que se refere à saúde, temos nos equipamentos de saúde mental e nos dispositivos que usam atividades um ponto perigoso e que merece constante reflexão em relação ao seu uso. Se por um lado ele pode ser usado como intercessor, por outro ele pode

ser utilizado para regular o trabalho e normatizar a vida das pessoas que freqüentam os serviços de saúde mental.

7 - Aliados, Companheiros, Amigos e seus Constructos

“As borboletas estão voando
A dança louca das borboletas
Quem vai voar não quer dançar
Só quer voar, avoa... ar

As borboletas estão girando
Estão virando a sua cabeça
Quem vai girar não quer dançar
Só quer girar, não caia

Só sabe o que é

As borboletas estão invadindo
Os apartamentos, cinemas e bares
Esgotos e rios e lagos e mares
Em um rodopio de arrepiar

Derrubam janelas e portas de vidro
Escadas rolantes e nas chaminés
Se sentam e pousam em meio a fumaça
De um arco-íris, se sabe o que é”
(RAMALHO; VALENÇA, 2003)

A CASA. Conheça o Hospital-dia. c2003. Disponível em: <<http://www.acasa.com.br/acasa/texto.asp?id=14>>. Acesso em: 03 set. 2008.

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução: Alfredo Bosi. 4ª ed, São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ALVARENGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. 2006. Capturas e resistências na invenção de cidades turísticas: Natal, a Cidade do Sol. **Revista Polêmica**, v. 22, p. 1-6, 2007

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1994. p. 73-84.

_____. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, Antônio (org.). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001 p. 103-110.

ANDRADE, Ângela Nobre. Clínica Laborde: o exercício de práticas não excludentes. In: NOVO, Helerina Aparecida; SOUZA, Lídio; ANDRADE, Ângela Nobre (org.). **Ética, Cidadania e Participação: debates no campo da psicologia**. Vitória: Edufes, 2001. p. 81-98.

ANTUNES, Arnaldo; FROMMER, Marcelo; BELOTTO, Tony. O pulso. Intérprete: ANTUNES, Arnaldo. In: Titãs. **Ô Blésq Blom**. Rio de janeiro: WEA, 1989. 1 CD, faixa 9.

ASSUNÇÃO, Itamar; Quem canta seus males espanta. Intérprete: Zélia Duncan. In: DUNCAN, Zélia. **Eu me Transformo em Outras**. Rio de janeiro: Universal Music, 2004. 1 CD, faixa 1.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set 2003-fev 2004.

BARNES, Mary; BERKE, Joseph. **Viagem Através da Loucura**. Tradução: Sonia Coutinho. 2ª ed, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/Edusp, 1994.

BARROS, Denise Dias; LOPES, Roseli Esquerdo; GALHEIGO, Sandra Maria. Terapia Ocupacional Social: Concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (orgs.). **Terapia Ocupacional**: Fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 347-353.

_____. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (orgs.). **Terapia Ocupacional**: Fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007a. p. 354-362.

BARROS, Maria Elizabeth Barros; LUCERO, Nelson Alves. A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise. Rio de Janeiro: **Psicologia & Sociedade**; v.17, n. 2, p. 7-13; mai/ago, 2005.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos Filho, Serafim B.; Barros, Maria Elizabeth Barros de. (Org.). **Trabalhadores da Saúde: Muito prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde (coleção Saúde Coletiva). 1 ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, v. 1, p. 61-72.

BASAGLIA, Franco, et. all. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1994. p. 11-40.

BENETTON, Jô. **A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental**. 1994. 189 folhas. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação em saúde mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1994.

_____. **Trilhas Associativas**: Ampliando os recursos na clínica da terapia ocupacional. 2ª ed. São Paulo: CETO/ Diagrama & Texto, 1999.

_____. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível?. IN: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec. 2001. pág. 143-149.

_____. **Trilhas Associativas**: Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia Ocupacional. 3ª ed. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO, 2006.

BENETTON, Jô. VARELA, Renata Cristina Bertolozzi. Eleonor Clarke Slagle. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. Ano 6; n° 6, 2001, p. 32-35.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. In: **Psicologia Clínica**: Foucault – 40 anos de História e Loucura. Rio de Janeiro: PUC/RJ – Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Vol. 13, nº 1, 2001.

_____. A instituição e sua borda. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (org.) **Cartografias e Devires**: A construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 341-356.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 09/09/2007.

_____. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003–2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 2, 2001. p. 471-480.

CALVINO, Ítalo. **As Cidades Invisíveis**. Tradução: Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras. 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, 1998.

_____. **Um Método para Co-Gestão e Análise de Coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução: Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Escritos Sobre a Medicina**. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARDOSO, Maria Luiza Marques. **Propostas para uma Metodologia de Pesquisa**: o esquizodrama. Texto disponibilizado em 28 mai. 2006. In: Fundação Gregório Barenblitt. Disponível em: <http://www.fgbbh.org.br/artigos/artigo_11.htm>. Acesso em: 6 dez. 2008.

CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (orgs.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Política em Espinosa**. São Paulo: Companhia das letras, 2005.

O CHEIRO do ralo. Direção: Heitor Dhalia. Produção: Geração Conteúdo; Primo Filmes; RT Features. São Paulo: Primo Filmes & RT Features, 2006.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CLOT, Yves. **A Função Psicológica do Trabalho**. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

_____. Vygotski para além da psicologia cognitiva. **Revista Pro-Posições: Dossiê, temas e tendências na perspectiva histórico cultural**. Campinas, v. 17. n. 2, mai/ago 2006.

CUNHA, Alexandre Cardoso da. **Relato de uma Construção em Terapia Ocupacional: uma casa de palitos de sorvete**. 1998. Trabalho acadêmico de estágio em psiquiatria – Universidade Federal de São Carlos/Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. O Antes e o depois: Criando historicidade na clínica da Terapia Ocupacional. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. Ano 9, n. 9. 2005. p. 46-52.

CUNHA, Alexandre Cardoso da; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Hábitos, experiência e saúde mental. **Anais da I Jornada de Análise Institucional**, 14 a 15 de agosto de 2007. – Vitória: Faculdade Saberes, 2007. CD-ROM.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. (org.) **Terapia Ocupacional no Brasil**: Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 19-40.

DELEUZE, Gilles. Instintos e instituições. In: ESCOBAR, Carlos Henrique. **Dossiê Deleuze**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991. p. 134-137.

_____. **Conversações**. Tradução: Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. A Imanência: uma vida... In: VASCONCELLOS, J.; FRAGOSO, E. (Org.) **Gilles Deleuze**: imagens de um filósofo da imanência. Londrina: Ed. UEL, 1997. p.11 - 17.

_____. **Empirismo e Subjetividade**. Tradução: Luís Benedicto Lacerda Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2001.

_____. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **O Bergsonismo**. Tradução: Luís Benedicto Lacerda Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2004.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. O Atual e o Virtual. In: DELEUZE, Gilles; PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Ed. Escuta, 1998. p. 174-179.

_____. 1227 – Tratado de Nomadologia: a máquina de guerra. In: **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 5. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1997. p. 11-110.

_____. Introdução: Rizoma. In: **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2004. p. 11-38.

_____. Como criar para si um corpo sem órgãos. In: **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2004a. p. 9-30.

_____. Micropolítica e segmentaridade. In: **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2004b. p. 83-116.

_____. Prefácio para a edição italiana. In: **Mil Platôs** – Capitalismo e Esquizofrenia, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2004c. p. 7-9.

_____. **Francis Bacon**: lógica da sensação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. Trad. Heloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

O DIABO Veste Prada. Direção: David Frankel. Produção: Wendy Finerman. Legenda: Brazilian Portuguese. [s.l.]: 20th Century Fox, 2006. 1 CD.

DIMENSTEIN, Magda. Apresentação do dossiê: Subjetividade e Práticas Institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. **Vivência**, Natal, v. 32, 2007, p. 25-34.

EIRADO, André de; PASSOS, Eduardo. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicologia em Estudo**. v. 9, n. 1, 2004. p. 77-83.

ESCÓSSIA, Liliana da; MANGUEIRA, Maurício. Para uma Psicologia Clínico-Institucional a partir da desnaturalização do sujeito. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**. v. 17, n. 1. Jan-Jun, 2005. p. 93-101.

ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo transindividuais entre políticas e práticas de saúde pública. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE. 2008, Vila Velha. **Textos Preparatórios**. Vila Velha, 2008. p. 65-69.

EWALD, François. Orelha do livro. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. 2004.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. Kielhofner e o modelo da ocupação humana. **Revista de Terapia Ocupacional USP**. V. 2; n. 4. 1991. p. 216-219.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Tradução de Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

_____. O Nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-139.

_____. **História da Sexualidade 3: O cuidado de si**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. **As Palavras e as Coisas**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

_____. Foucault. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Tradução: Elisa Monteiro/ Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. Nietzsche, a genealogia, a história. In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Tradução: Elisa Monteiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 260-281.

_____. A vida: a experiência e a ciência. In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Tradução: Elisa Monteiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a. p. 352-266.

_____. **O poder Psiquiátrico**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Tradução: Elisa Monteiro/ Inês Autran Dourado Barbosa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 192-217.

_____. A escrita de si. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Tradução: Elisa Monteiro/ Inês Autran Dourado Barbosa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 144-162.

_____. O cuidado com a verdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Tradução: Elisa Monteiro/ Inês Autran Dourado Barbosa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p. 240-251.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Tradução: Elisa Monteiro/ Inês Autran Dourado Barbosa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d. p. 264-287.

FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. Campinas: Papirus, 1988.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHERIO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459–474.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é Loucura**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense, 1985.

GALLETTI, Maria Cecília. **Oficina em saúde mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? 129 folhas. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -

Programa de Pós-Graduação em psicologia Clínica, Pontifícia Universidade católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

GESSINGER, Humberto. Toda forma de poder. Intérprete: Engenheiros do Hawaii. In: Engenheiros do Hawaii. **Longe Demais das Capitais**. São Paulo: RCA, 1986. 1 CD, faixa 1.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. 5ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da Psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Cora Editora & Instituto Franco Basaglia, 1996.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____. Somos todos grupelhos. In: GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977a. p. 12-19.

_____. Transversalidade. In: GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977b. p. 88–105.

_____. O inconsciente maquínico e a revolução molecular. In: GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977c. p. 165-172.

_____. O capital como integral das formações de poder. In: GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977d. p. 191–210.

_____. O capitalismo mundial integrado e a revolução molecular. In: GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção e tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Brasiliense, 1977e. p. 211-226.

_____. **Caosmose**: Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: Cartografias do desejo. 7ª Ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Multidão**: Guerra e democracia na era do império. Tradução: Clóvis marques. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HOUAISS. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Versão 1.0. 2001.

JATENE, Adib Domingos (org.). **SaúdeLoucura n°7**: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2002.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução: Dayse Batista. 7ª. ed. Porto Alegre: Artes médicas; 1997.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, 2007, p. 15-22.

KIELHOFNER, Gary. Modelo da ocupação humana: parte I. Tradução: Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. **Revista de Terapia Ocupacional USP**. v. 1; n. 1. 1990. p. 54-67.

_____. Modelo da ocupação humana: parte II. Tradução: Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. **Revista de Terapia Ocupacional USP**. v. 1; n. 2. 1990a. p. 114-123.

KIELHOFNER, Gary; BURKE, Janice Posatery; IGI, Cynthia Heard. Modelo da ocupação humana: parte IV. Tradução: Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. **Revista de Terapia Ocupacional USP**. v. 2; n. 2/3. 1991. p. 127-144.

L'ABBATE, Solange. A análise Institucional e a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 8, 2003. p. 265-274.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura: construção de outros modos de existência. In: NOVO, Helerina A; SOUZA Lídio de; ANDRADE, Ângela Nobre de (orgs.). **Ética, Cidadania e Participação**: debates no campo da psicologia. Vitória: EDUFES. 2001. p. 131-144.

_____. Atenção psicossocial em saúde mental: uma perspectiva clínico-institucional. In: **Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição**, 6, Vitória, 2006. Anais. Vitória, Ed. GM, 2006.

_____. Loucura e vida na contemporaneidade. Vitória, 2006. Tese (doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006a.

LOBOSQUE, Ana Maria. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOURAU, Rene. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sônia. **René Lourau: analista em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 47-65.

MACHADO, Leila Aparecida Domingues et all. Apontamentos sobre o cotidiano de alguns trabalhadores. In: JUNQUILHO, G.; BIANCO, M.; BEHR, R.; PERTINELLI-SOUZA, S. (Orgs.). **Tecnologias de Gestão: por uma abordagem multidisciplinar**. Vitória: EDUFES, 2007. p.173-197.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello, BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MÂNGIA, Elisabeth Fernanda; NICÁCIO, Fernanda. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus editora, 2001. p. 63-80.

MATTOS, Ruben Araújo. Princípios do SUS e a Humanização das práticas de saúde. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE. 2008, Vila Velha. **Textos Preparatórios**. Vila Velha, 2008. p. 27-33.

MEDEIROS, Maria Heloísa da Rocha. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec/ EDUFSCar, 2003.

MELO, Cibele Ruas de. Há devir, há de vir. In: BAREMBLITT, Gregório (org.). **SaúdeLoucura**: número 5. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 139-150.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, César Rodrigues et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

NARDI Henrique Caetano; TITTONI, Jaqueline; GIANNECHINI, Letícia; RAMMINGER, Tatiana. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, jul–ago, 2005. p.1045-1054.

NASCIMENTO, Beatriz Ambrósio do. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional – USP**. v. 1, n. 1, 1990. p. 17-21.

NEISTADT, Maureen E; CREPEAU, Elizabeth Blesedell. **Willard & Sapackman: Terapia Ocupacional**. Tradução de Cláudia Lúcia Caetano de Araújo, Gláucia Brito Cantergiani, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, José Sílvio de Oliveira Barbosa, Paula Mendes Luz. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

NEVES, Cláudia Elizabeth Abbês Baéta. **Interferir Entre Desejo e Capital**. São Paulo, 2002. Tese (doutorado em Psicologia clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

NEVES, Cláudia Elizabeth Abbês Baéta; JOSEPHSON, Silvia Carvalho. A crítica como clínica. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello,

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 99–108.

OSÓRIO, Cláudia; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21; n. 2, mar-abr, 2005. p. 517–524.

PELBART, Peter Pál. Aba do livro. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs**: capitalismo e subjetividade – vol. 4. Tradução: Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34. 1997.

_____. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

_____. Poder sobre a vida, potências da vida. In: PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003a. p. 19–27.

_____. Império e biopotência. In: PELBART, Peter Pál. **Vida Capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003b. p. 81-89.

_____. Capitalismo rizomático. In: PELBART, Peter Pál. **Vida Capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003c. p. 96-108.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001. p. 65–112.

RAMALHO, Zé; VALENÇA, Alceu. A dança das borboletas. Intérprete: Zé Ramalho & Sepultura. In: Vários. **Lisbela e o Prisioneiro**. Rio de Janeiro: Natasha Records, 2003. 1 CD, faixa 2.

REVEL, Judith. **Foucault conceitos essenciais**. Tradução: Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia. **Saúdeloucura número 8**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 115–164.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/ Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, Suely. **Uma Ética do Real**. Disponível em: <http://psicologiadareligiao.files.wordpress.com/2007/10/etica-do-real-rolnik-e-guattari.pdf>. Acesso em: 03/01/2008.

ROSSI, Clóvis. 1968, o ano que terminou em 2007. **Folha de São Paulo online**, São Paulo, 6 maio 2007. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft0605200705.htm>. Acesso em: 17 dez. 2007.

RUSSELL, Bertrand. **O Elogio ao Ócio**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

SIEGMANN, Christiane. **Pensar e Inventar-se**: terapia ocupacional como clínica dos afectos. Porto Alegre, 2006. Dissertação (mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SILVA, Valmir Adamor. **A História da Loucura**: em busca da saúde mental. RJ: Ediouro, 1979.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do Inconsciente**. 3 edição. Rio de Janeiro: Ed. Alhambra, 1981.

_____. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ed. Ática, 1992.

SLAGLE, Eleonor Clarke. Treinando ajudantes para pacientes com deficiência mental. Tradução: Joana Benetton. Revista do **Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. Ano 8; n° 8; 2003, p. 8-12.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia Ocupacional**: Lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1991.

TEDESCO, Solange; FERRARI, Sonia Maria Leonardi. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. Vol. 5; São Paulo; 2000, p. 32-36.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público (*working-paper*). In: **Research Conference on: rethinking "the Public"** in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies, University of California-San Diego, 2004.

_____. A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14. set.2003-fev.2004. p. 35–72.

_____. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações.** Trabalho apresentado na Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies, San Diego, 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2007.

VAZ, Lisete Ribeiro. Intervenção pela abordagem Junguiana. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (orgs.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 139–145.