

*UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE*  
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
Coordenação do Curso de Mestrado em Psicologia

**Do esquadrinhamento dos corpos à invenção  
de práticas instituintes  
nos ambulatórios de saúde mental:  
Três movimentos para a heterogênese.**

*Paulo de Tarso de Castro Peixoto*

Orientador: P<sup>fa</sup> Dra. Cristina Rauter  
Co-orientador: Pf. Dr. Auterives Maciel

**Niterói**  
**Agosto de 2007**

*Paulo de Tarso de Castro Peixoto*

**Do esquadrinhamento dos corpos à invenção  
de práticas instituintes  
nos ambulatórios de saúde mental:  
Três movimentos para a heterogênese.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: P<sup>fa</sup> Dra. Cristina Rauter  
Co-orientador: P<sup>f</sup>. Dr. Aulerives Maciel

Niterói,  
Agosto de 2007

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Pf<sup>a</sup> Dra. Cristina Rauter (UFF – Niterói )

---

Pf. Dr. Auterives Maciel (UFF – Niterói)

---

Pf. Dr. Paulo Duarte Amarante (ENSP-FIOCRUZ)

---

Pf. Dr. Roberto Novaes (UFF – Niterói)

---

Pf. Dr. Eduardo Passos (UFF – Niterói)

Dedico este trabalho a todos aqueles que têm loucura por viver

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a meus pais Sylvio e Rita pela paciência, pelo amor e por terem me alimentado com o mundo das artes. Aos meus filhos Nina, Nicholas e Nicole pela presença de cada um na minha vida e pela oportunidade de construirmos juntos uma tribo muito interessante. Agradeço à minha amada Ana Carolina por me mostrar caminhos tão alegres: caminhos que me levam a acreditar cada vez mais na vida e no amor. A Cristina Rauter, pela dedicação, pela leveza e por me deixar voar com liberdade no difícil trabalho de traduzir em palavras aquilo que é da ordem das experiências intensivas. Agradeço a Auterives Maciel, pelos encontros filosóficos inspiradores e por suas dolorosas doces palavras que remexem as entranhas. Agradeço ao Pf. Eduardo Passos, por seus instigantes e sensíveis apontamentos. Ao Pf. Roberto Novaes pela cordialidade e importantes comentários. Agradeço a Paulo Amarante, pelos brilhantes caminhos sugeridos à pesquisa, pela presença constante e pela forte amizade daí nascida. Agradeço à Pf<sup>a</sup> Cláudia Osório, pela dedicação e pelo apoio dado na orientação do projeto enviado ao Comitê de Ética da UFF. A Domingos Sávio, por sua simpatia e disponibilidade para conceder a entrevista. Agradeço a Hugo Fagundes, pela cordialidade e atenção ao conceder a entrevista. Ao amigo Roberto Pires, pela força nos momentos difíceis e Fernando Diogo pela força para a pesquisa. Agradeço à colega Laila Domith, pelas sugestões durante a pré-banca. Agradeço aos colegas do mestrado em psicologia pelas sugestões e apoio durante toda a nossa caminhada. Agradeço ao Conservatório Brasileiro de Música, pelos importantes momentos na minha graduação em Musicoterapia: momentos que ainda produzem ressonâncias na minha vida. Aos professores Cecília Conde, Lia Rejane Barcellos, Marco Antônio Santos, Marly Chagas e Ronaldo Millecco, pelos bons momentos na graduação de Musicoterapia. Aos colegas da graduação em musicoterapia, pelas experimentações com a música e com o corpo. Ao Dênis Casagrande, pelos bons momentos musicais. A Nádia, pela força e pelos tempos do Méier. Ao Júlio Cesar Silveira Gomes Pinto, pela amizade, pela força e por tantos conhecimentos. A Telma, Jô, Maria Luiza, Naly pela longa trajetória e pela difícil aventura na invenção de novos caminhos em saúde mental. À equipe do CAPSI, pela oportunidade de poder exercitar a posição de transvisor. Aos colegas do ambulatório em que trabalho: mesmo nas diferenças conseguimos juntos caminhar na construção de um dispositivo que pode ser reinventado permanentemente. Ao Júlio TO e Maria Luiza e os tantos outros companheiros do CAPS: sabemos que o caminho é difícil mas, vale a pena. Aos profissionais de saúde mental da Atenção Básica/PSFs: pela disponibilidade em acompanhar experiências humanas tão fragilizadas e precárias. Agradeço à nascente equipe dos Espaços de Convivência, Cultura, Eventos e Renda: pelo desejo da invenção coletiva instituinte. Ao Tiago Mussi: pela leitura atenta da dissertação e por sua sensibilidade. Agradeço à Lúcia, Anjinha, Lobão e todos os professores da Escola Alfa, pela oportunidade de participar deste projeto. Ao Luis Cláudio, George e Paolyana, pela coragem de se aventurar às experimentações com a diferença. À Pf. Maria Lúcia Weiss pela força nas supervisões em Psicopedagogia que ainda ressoam. A Teresinha Melo da Silveira, pelas supervisões e os bons momentos na minha formação na Abordagem Gestáltica. A Luciana, pela leitura da dissertação e dicas poéticas. A Luciana Azevedo, por sua generosidade à diferença. A Cristiana, pelas conversas físico-químicas. A Leandra e Paulo, pelos momentos deliciosos em Mar do Norte: ao som dos violões e dos grilos, acompanhados pela química dos bons vinhos e dos petiscos da Carol. A Rita Brennand, por sua existência no mundo. Em especial, aos co-operadores dos grupos de heterogênese: sem os quais este trabalho nunca teria sido construído e escrito. Obrigado à força da vida que dá vida ao viver!

**É no ínfimo que eu vejo a exuberância**  
**Manoel de Barros**

## RESUMO

A pesquisa vem destacar a análise sobre um certo modo de reprodução dos dispositivos de poder e dos jogos de verdade edificados em inúmeras contingências históricas que denominamos como ladainhas da verdade. A saúde mental e a psiquiatria vêm reproduzir modos de ver e maneiras de falar sobre os desvios dos comportamentos edificados por lentes científicas. Este poderoso modo de ver e de dizer sobre o corpo da diferença se moleculariza a todo instante no contemporâneo. O ambulatório de saúde mental vem colaborar com a reprodução dos ideários de psicopatologização, produzindo desse modo seus objetos de trabalho. Por outro lado, apresentam-se outras formas de ver e de falar do diverso da experiência humana apoiados no entrelaçamento das artes, da filosofia, da política, das ciências, do conhecimento comum. O caminho da invenção coletiva é afirmado como possibilidade nos ambulatórios de saúde mental, enquanto processo de invenção instituinte que denominamos heterogênese. Esse processo de invenção se inspira na dinâmica composicional da natureza e da vida, tomada como obra de arte: inconclusa e aberta ao plano do devir.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica, Ambulatório, Arte, Saúde Mental, Políticas.

## ABSTRACT

This research aims at making an analysis of the reproductive way of power devices and truth games built in a number of historical contingencies that are known as truth rigmatoles. Mental health and psychiatry reproduce ways of seeing and talking about behaviour swerves raised by scientificist lenses. Such powerful way of seeing and talking about the different constantly molecularizes in the contemporaneous. The mental health ambulatory works with the reproduction of the ideal of psychopathology, thus producing its working tools. On the other hand, different ways of seeing and talking about the diverse of the human experience is presented, based in the arts, philosophy, politics and common knowledge entwinement. The path of collective invention is undertaken as a possibility in mental health ambulatories, which is instituting invention process called heterogenesis. This invention process is inspired by the dynamics that constitutes nature and life, taken as a work of art: inconclusive and open to turn overs.

Key words: Psychiatric Reform, Ambulatory, Art, Mental Health, Politics



# SUMÁRIO

<b>1 – INTRO DÚCTIL.....</b>	<b>12</b>
<b>2 – INTERMEZZO I.....</b>	<b>22</b>
<b>3 – CAPÍTULO 1: Das Práticas Ladainésicas da Verdade: Capturas do desatino e dos desvios.....</b>	<b>25</b>
I.I - Das Polifônicas Práticas Ladainésicas da Verdade: Da Capitulação Histórica da Diferença e dos Desvios.....	27
I.II – Das Sinfônicas Práticas Ladainésicas de Esquadrinhamento Psicopatológico do Diverso da Natureza à Natureza da Alteridade.....	37
I.III – Da Complexa Nervura de Relações para a Formação dos Objetos.....	50
I.IV – Do Nascente Ambulatório de Saúde Mental nas Terras Brasilis.....	53
I.V – Outras Considerações.....	59
<b>4 – INTERMEZZO II.....</b>	<b>63</b>
<b>5 - CAPÍTULO II: Das práticas ladainésicas da verdade sobre os corpos do desvio e da diferença nos ambulatórios de saúde mental.....</b>	<b>64</b>
<b>6 – INTERMEZZO III:.....</b>	<b>126</b>
<b>7 – CAPÍTULO III: Primeiro Movimento: Invenção a muitas vozes e a muitos olhares – Do esquadrinhamento dos corpos à transfonia ética dos modos existenciais. Para uma eticidade da existência.....</b>	<b>127</b>
III.I Excursões Institucionais: Ato I.....	127
III.II Restituições Afetivo-Institucionais.....	137
III.III Da Diversidade dos Modos Existenciais: Ato II.....	139
III.IV Da Prática Ladainésica da Verdade Esquadrinhadora: Da nosologia, nosografia e psicopatologia como prática da subsunção da experiência sensível fenomênica às unidades abstratas do conceito.....	143
III.V Da Produção da Idéia de Doença como Operação do Primeiro Gênero do Conhecimento.....	158
III.VI Dos Signos e das Afecções: conhecendo a clausura cronificadora dos conhecimentos parciais.....	160

III.VII Do Ethos Passional e Servil.....	164
III.VIII Das Afecções aos Afectos: Da produção de realidades maiores e menores.	165
III.IX Do Poder de Afetar e de Ser Afetado: Dos graus de potência modulados pelas experiências sensíveis.....	168
III.X Da Existência complexa e o Sofrimento Complexo à Eiticidade dos Modos Existenciais .....	171
III.XI Para um Conhecimento Ètico das Afecções: Da cartografia afetiva ao segundo gênero do conhecimento.....	181
III.XII Considerações Éticas .....	193
<b>8 – INTERMEZZO IV.....</b>	<b>199</b>
<b>9 – CAPÍTULO IV: Segundo Movimento – Das Invenções Transtonais da Existência....</b>	<b>200</b>
IV.I Dos Universos Transtonais.....	200
IV.II Dos Territórios de Sofrimento às Existências Ladainésicas.....	202
IV.III Dos Ritornelos de Delimitação dos Universos Existenciais.....	204
IV.IV Das Existências Ladainésicas à Transtonalização dos Universos Existenciais .....	206
IV.V Das Dinâmicas Dionisíacas e Apolíneas.....	209
IV.VI Da Música enquanto Potência Dionisíaca à embarcação Apolínea.....	211
IV.VII Dos Perigos da Música como Força de Afecção das Representações.....	213
IV.VIII Da Clausura da Música à Música pro Fora da Clausura.....	215
IV.IX Da Primazia da Palavra à Desterritorialização da Língua: diásporas estético – transtonais - musicais.....	223
IV.X Da Música como Ordenadora Social à Força Ritual/Política da Música .....	232
IV.XI Do Toque dos Corpos: música, respiração e movimento.....	238
IV.XII Da força das composições musicais: Ecomusicopoiésis .....	243
IV.XIII Da Transtonalidade cênica da vida: do engendramento dos planos cênicos	250
IV.XIV Estéticas Heteroinstitucionais.....	254
IV.XV Estéticas Extitucionais.....	266
IV. XVI Resumo das Dimensões Transtonais da Heterogênese.....	270
<b>10 – INTERMEZZO V.....</b>	<b>287</b>
<b>11 – CAPÍTULO V: Terceiro Movimento – Das Invenções Instituintes.....</b>	<b>288</b>

V.I Da Existência Política.....	288
V.II Da invenção de caminhos instituintes em Saúde Mental .....	290
V.III Dos indicadores para o exercício das práticas instituintes em Saúde Mental...	293
V.IV Da política instituinte: da invenção de caminhos políticos.....	297
V.V Da participação social às práticas instituintes em Saúde Mental.....	301
V.VI Da produção de políticas heterogenéticas.....	313
V.VII Das políticas heterogenéticas às instituições em Saúde Mental.....	323
V.VIII Considerações instituintes.....	332
<b>12 - INTERMEZZO VI.....</b>	<b>340</b>
<b>13 - Aforismos para não concluir .....</b>	<b>342</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>349</b>
<b>ANEXOS 1.....</b>	<b>363</b>
<b>ANEXOS 2.....</b>	<b>370</b>
<b>ANEXOS 3.....</b>	<b>371</b>
<b>ANEXOS 4.....</b>	<b>372</b>
<b>ANEXOS 5.....</b>	<b>381</b>
<b>ANEXOS 6.....</b>	<b>388</b>
<b>ANEXOS 7.....</b>	<b>401</b>
<b>ANEXOS 8.....</b>	<b>406</b>
<b>ANEXOS 9.....</b>	<b>408</b>
<b>ANEXOS 10.....</b>	<b>414</b>

## Introdúctil

No decurso do tempo, a diferença e os desvios sofreram a injunção de práticas, elas próprias, edificadas para a manutenção de uma dada ordem. Nos mais variados contextos históricos, engendraram-se saberes, práticas e discursos de dominação sobre os corpos que fazem trepidar a ordem religiosa, econômica, jurídica, política e científica. Estes modularam de tempos em tempos os dispositivos legítimos à caça, captura e controle daqueles que não se adequam às normas transcendentais, dependendo de cada momento histórico. Normas que descem de cima para baixo sobre as cabeças que tentam escapar das teias da razão, das verdades, dos centros de poder. Centros de poder movidos pelo desejo da verdade. Desejo que impõe e cria todo um sistema de instituições e de práticas para exercer o seu domínio. Instituições e práticas movidas pelo desejo da verdade que atravessou os séculos da nossa história (FOUCAULT, 2005b). O desejo pela verdade produz, através de um conjunto de idéias, discursos e proposições, regras consideradas inabaláveis. Regras que, nas suas diversas manifestações, expressam o desejo do poder.

E será pela **perspectiva da ductilidade** – artemétodo do estiramento, daquilo que se pode reduzir a fios, distendendo-os sem se romper - que poderemos inteligir a complexa tecedura de relações de forças. Relações de forças complexas que se ‘tecem juntas’ (MORIN, 2005a) e que, por conseguinte, emergem objetos a serem capitulados por suas classificações e esquadrinhamentos. Esquadrinhamentos dos corpos desviantes, no limite, quer seja das ciências, das práticas judiciárias e religiosas, no horizonte, quer seja do Estado, na extensão, ainda, do planeta.

E será por um certo desfiamento das relações de forças engendradoras de práticas históricas - elas próprias, reprodutoras da lógica da verdade que subordina todo aquele que se desvia de uma dada média social - é que traçaremos o curso do nosso trabalho. Desejaremos, por seu turno, não encontrar a verdade de como foram engendradas as formas de captura dos desvios e da diferença. Mas, outrossim, visibilizar e enunciar a tecedura de relações de forças históricas que, nas suas diversas modulações, fazem emergir práticas, discursos e saberes movidos pelos enunciados da verdade: discursos produtores de objetos. Desejaremos visibilizar e enunciar o curso do nosso trabalho impulsionado pelas tonalidades do método genealógico proposto por Foucault,

compreendendo que não há uma única natureza para o nascimento das práticas de subordinação sobre os corpos dos desvios. Práticas que foram tecidas de forma descontínua, i. e., emergiram como efeitos das necessidades de cada condição histórica. Necessidades que moveram cada condição histórica a tomar de empréstimo práticas que se acoplaram a outras práticas, discursos que se entrelaçaram a muitos outros discursos.

A nossa tarefa inicial será traçar um mapa das forças em algumas condições históricas. Teceremos uma cartografia das relações de poder que regeram alguns períodos históricos. Relações de poder que ‘usam’ sempre um novo modelo de verdade e novas práticas de subordinação. Segue-se daí que os modelos de verdades que foram instaurados em dadas condições históricas – as quais precisam ser muito bem delimitadas – estão entrelaçados às formas de poder, aos saberes que, nas suas diversas produções, implicam atos de injunção em pleno exercício. Estaremos interessados em visibilizar como emergiram algumas das práticas de controle sobre os desvios e a diferença, sobre a sua constituição, através de que forças históricas, quais os discursos e ideários que sustentaram as suas práticas, bem como as condições de suas aparições e suas variações tonais discursivas.

Decorre daí que o campo da psiquiatria e da saúde mental emergiu como efeito de uma atualização de forças heteróclitas. Forças que eliciam não apenas o campo da psiquiatria e da saúde mental, mas, com efeito, edificam o plano social. Plano social tributário do movimento de estruturação dos fenômenos humanos que escapam de uma dada média dos comportamentos coletivos.

Cumpramos notar que não pretendemos nos fixar identitariamente como genealogistas. Inspiramo-nos no ‘tom genealogista foucaultiano’ para desenhar certas arquiteturas sonoras e visuais que fomos ‘coleccionando, compondo e misturando’ para a constituição do nosso problema. Por este prisma, nosso objetivo é o de tomar as múltiplas tonalidades modais do método genealógico como a nossa *‘máquina artedúctil-expressiva’*. Máquina de expressão sonoro/visual que tem o seu ponto de incidência dirigido às perspectivas lineares e positivistas que naturalizam as verdades ‘cientificistas’ em saúde mental e psiquiatria. Verdades que vão se molecularizando em meio aos discursos e enunciados das pessoas na sua cotidianidade. Prática da verdade que a saúde mental e a psiquiatria, em maior ou menor grau, acoplaram aos seus modos de operar.

Com efeito, as ‘lentes máqunicas’ que oferecemos vêm interrogar sobre um certo modo de operar em saúde mental e psiquiatria. Modo de operar que esquadrinha e

capitula os corpos desviantes, reduzindo-os à mácula dos seus registros e das suas verdades. Buscaremos, ao longo do nosso caminhar, indagar não o que é a verdadeira lógica da saúde mental e psiquiatria, mas, outrossim, como ela faz funcionar as suas práticas e saberes esquadrihadores de diagnósticos fundados na perspectiva nosológica e nosográfica. Estaremos interessados em desenhar quais as relações de forças que ajudam, ainda, no contemporâneo a facultar a sua reprodução, com que outros dispositivos a saúde mental e a psiquiatria se conectam para a reprodução e produção de sua lógica de esquadrihamentos dos corpos, como se operam novas realidades ou novas maneiras de se viver a vida a partir da sua lógica, como o olhar epistêmico científico e jurídico se molecularizou no tecido social. Estas indagações norteiam o nosso projeto maquínico artedúctil expressivo sonoro-visual.

Encontraremos no curso do primeiro capítulo algumas lentes que possibilitarão uma estranha visibilidade: tornar visíveis as práticas ladainésicas da verdade para a captura do desvio e da diferença. Práticas em que são reunidos os indivíduos que diferem da média social de uma dada condição histórica pela força de atração dos centros da verdade. Tomamos de **empréstimo da música o conceito de ladainha** para pensar a dinâmica que produz e reproduz a operação ritualística dos centros de poder que são movidos pelo desejo da verdade. Práticas que se dizem da reprodução fastidiosa de uma certa repetição da mesmice, ou seja, da monotonia. Práticas que nos apresentam o ‘eterno retorno da mesmice’ para as capturas dos corpos desatinados, bem como as combinações/modulações das tecnologias conceituais criadas para a sua capitulação. Veremos que em certas condições históricas foram criadas formas de se ver e de se falar daqueles que se desviam de uma dada ordem. Compreendemos que o desejo do poder e da verdade se reinscreveu historicamente como uma ladainha insistente e monótona. No entanto, as práticas de exercício do poder se modularam em cada contingência histórica. Por este prisma, visibilizaremos as mais variadas formas de capturas dos corpos desviados, desde aqueles que eram ridicularizados nos tempos bíblicos. Veremos que outros dispositivos foram criados para manter a ordem em certas contingências históricas: formas de se capturar os desviados na Idade Média com o fogo moral da Inquisição. Por sua vez, daremos luz sobre as formas de capturas da sociedade de soberania através dos seus dispositivos de banimento e, por conseguinte, iluminaremos os modos de capturas dos desviados no século XIX através dos dispositivos disciplinares. Usamos **a noção de captura num sentido amplo**, buscando dar o tom das estratégias e táticas criadas em dadas condições históricas, para que o poder exerça

o seu controle. Enfatizaremos esta leitura das táticas e estratégias de capturas, principalmente nos dois primeiros capítulos para pensarmos a produção e reprodução da dinâmica das ladainhas das verdades que insistem até o contemporâneo. Insistência do desejo de poder que cria práticas para fazer circular a dinâmica da litania das verdades. Exercício do poder que cria táticas e estratégias singulares de controle em cada condição histórica.

Por conseguinte, tornaremos visíveis as entranhas dos centros de poder com seus discursos, saberes e práticas que se acoplam aos saberes das pessoas: sonoridades que ecoam conhecimentos sobre a alteridade. Polifônicos e polivisuais conhecimentos que produzem maneiras de se fazer dizer e ver aquilo que é a expressão da diferença. No curso deste capítulo, depararemos com as práticas ladainésicas da verdade para a captura do desvio e da diferença esquadrinhada pela Inquisição. Apontamos para o massacre justificado e socialmente aceito dos judeus e seres heréticos: retorno da submissão e aniquilação da alteridade.

Seguindo a trajetória das práticas ladainésicas das verdades para a captura do desvio e da diferença, estaremos diante da produção da invisibilidade dos corpos errantes e improdutivos pela clausura dos ‘seres associativos’ do século XVII. O calabouço passa a ser território comum para aqueles tornados invisíveis à emergente sociedade capitalista.

O traçado do primeiro capítulo estará vertido à produção das imagens, das práticas, dos saberes e dos discursos que se modularam – mediante as condições históricas – para operar o governo daqueles identificados como desviantes, errantes, litigantes, querelantes. A litania asséptica dirigida à alteridade – cara aos centros de poder – é cantada de tempos em tempos de formas diferentes, mas, desenhada melodicamente e metodicamente como a repetição fastidiosa das ladainhas. Repetição das práticas da verdade que produz funções de exclusão apoiadas por séries ladainésicas de injunções. Séries de práticas, de instituições, de discursos e enunciados que se deslocaram, se acoplaram, se rearticularam uns nos outros, mediante as necessidades de controle sobre os desvios em certas contigências históricas.

A vocalidade unívoca da aniquilação da diferença é encontrada de forma historicamente descontínua. Aniquilação que, nas suas diversas expressões, vem corroborar a necessidade e eliminação de todo corpo que diferisse de uma dada ordem social.

Não faltaram equipamentos para o controle e aniquilação daqueles que precisaram ser invisibilizados dos olhos da sociedade que clamava por ordem e por progresso também aqui no Brasil. Assim como houve a invenção dos manicômios para o cuidado da diferença, tivemos a invenção dos ambulatórios para a higienização da família e da sociedade, como poderemos ver no curso do primeiro capítulo.

Seguindo o caminho desenhado, encontraremos os desmandos efetuados sobre aquelas pessoas que eram internadas em hospitais psiquiátricos com diagnósticos de neurose e de alcoolismo, nas terras brasis.

Teremos a clara imagem dos ambulatórios de saúde mental funcionando como extensões dos hospitais psiquiátricos, na medida em que a lógica que se operava em seu interior era a mesma que a dos hospícios. Ao final do primeiro capítulo, teremos uma visão ainda turva das condições dos ambulatórios de saúde mental no Brasil. Não há dados atualizados sobre as suas reais condições. Encontramo-nos, por conseguinte, com um dos dispositivos que ainda serve para a manutenção da ordem – controlando os desvios e a errância – através de uma lógica medicalocêntrica e de terapias ainda centradas no intimismo subjetivo, anistoricizando os efeitos encontrados nos corpos que circulam em sua geografia institucional. Cabe ressaltar que não poderemos estender o que precede a todos os ambulatórios e outros dispositivos em saúde mental. No entanto, ainda podemos encontrar na cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental a lógica medicalocêntrica e intimistalocêntrica, esta última como aquela que se interessa apenas pelas questões da interioridade e do intimismo subjetivo. Práticas que, nas suas diversas manifestações, se expressam em múltiplas tonalidades e matizes sonoros/visuais. Práticas que, pela força do hábito das consultas, fixam profissionais e “usuários” ao consumo repetitivo de procedimentos sem análise crítica sobre os mesmos. Procedimentos fundados em saberes e discursos centripetizados e fixados nas estreitas paredes de uma ou outra disciplina em saúde mental.

Será no segundo capítulo a apresentação das operações efetuadas pelo ambulatório para o controle do desvio e da diferença. Controle fundado pela lógica biomédica: segmentado por clínica, baseado em esquadrinhadores diagnósticos, refletindo a perspectiva hospitalocêntrica. Perspectiva que não possui os muros do hospício, mas enlaça e cronifica uma grande parte dos usuários nas correntes da medicação e das terapias egológicas: terapias centradas no intimismo do ‘eu’. Pintel cortou as correntes dos desatinados; no entanto, os ambulatórios de saúde mental



acorrentam os usuários com muitas das suas práticas, saberes e discursos. Correntes invisíveis.

Os ambulatórios de saúde mental funcionam, conectando-se. E será pela techedura entre aquilo que é visível e enunciável – pelas práticas, discursos e saberes - conectada aos corpos que, no seu interior, circulam, é que poderemos inteligir o modo como eles funcionam. Funcionamento que tem no seu modo de operar o acoplamento de diversos tons teóricos e linhas melódicas desenhadas por diversas práticas.

Ao longo do segundo capítulo, veremos a íntima aliança entre o ambulatório e o modelo disciplinar. Modelo que, por definição, vem docilizar os corpos que ali circulam. Seguem-se desta esfera os modos de relação de poder que se instituem nesses estabelecimentos. Relações que, nas suas diversas modulações, estão fundadas na razão transcendental: os usuários se submetem às direções, técnicas e procedimentos dos especialistas. Por este prisma, o exercício da vocalidade política dos usuários é amordaçado. Veremos que o espaço dos ambulatórios, em geral, se organiza através dos quadriculamentos disciplinares, segmentando patologias, segmentando experiências, não colocando trivialmente em relação os ‘quadros patológicos’, os ‘estados anormais’, as ‘morbidades’, enfim, os ‘transtornos’ distintos. Estaremos questionando, neste ponto, quais são as trocas sociais de subjetividade que se efetuam na cotidianidade dos ambulatórios.

Faremos relações entre as experiências dos mosteiros cristãos do século IV D.C. com as do ambulatório: divisão por celas/salas; exames de consciência; ato de fé engajado. Pensaremos as relações entre as práticas dos mosteiros e as dos ambulatórios: quais os elementos constituintes das práticas monásticas que se acoplam às práticas ambulatoriais!

Seguindo a direção deste capítulo, esbarraremos na análise do processo de produção do trabalho dos ambulatórios. O trabalho humano abstrato do especialista é fetichizado, nos termos de Marx (2003), de sorte a estar misteriosamente imperceptível aos olhos e sentidos dos usuários que os consome. Apontaremos para a alienação do processo de produção do trabalho na lógica dos ambulatórios de saúde mental: uma assistência movida por trabalhos parciais - meio parecida com as antigas manufaturas. Abordaremos o problema da medicalização do mal estar social pelos dispositivos ambulatoriais: práticas de controle a céu aberto.

Pelo que se segue deste capítulo, encontraremos o desenvolvimento da seguinte perspectiva: os ambulatórios de saúde mental são equipamentos que incluem os corpos

desviantes – uma boa parte deles improdutivos para a vigente ordem econômica – preenchendo e ocupando o tempo de vida destas pessoas com terapias e medicamentos. O ‘negócio’ está dirigido à seguinte transação: os desviantes não podem trazer problemas para a ordem social – fórmula próxima às práticas ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença apresentadas no primeiro capítulo.

Caminharemos pelo terceiro capítulo através de outra paisagem: **Primeiro Movimento: Invenções a Muitas Vozes e Muitos Olhares**. Faremos uma restituição sobre o nascimento dos grupos de heterogênese enquanto um dispositivo num ambulatório de saúde mental. Restituição que coloca em jogo as minhas implicações no processo de produção de trabalho no ambulatório em que ainda trabalho. Veremos como a ‘invenção’ da heterogênese não se deu por um desejo pessoal meu. Deu-se mediante condições que me afetaram e me colocaram em crise, como também foram colocadas em experiência de crise as correntes das teorias e práticas que ainda persistem na lógica ambulatorial. Correntes que, por definição, amarram – inclusive os especialistas – ao ato de fé numa ‘corrente teórica’ que, nas suas diversas manifestações, se expressam em práticas que não promovem a rica experiência de trocas sociais de subjetividade. Trocas entre experiências existenciais que se enlaçam para a produção de outras formas de viver. Por sua vez, o ato de fé nas correntes teóricas dos especialistas é tão forte quanto uma forte corrente: as suas teorias e práticas não são colocadas em análise.

Apresentaremos a perspectiva transfônica dos modos existenciais e suas íntimas relações com a filosofia espinosana. Cabe acentuar que o modo de operação da perspectiva transfônica expressa a dinâmica das interferências entre-vozes que faz mover idéias e experiências. Vale ressaltar que o projeto transfônico dos três movimentos da heterogênese é movido pelo método deleuziano e guattariano do *bricoleur*. Método em que cada movimento é tecido e construído pelo entrelaçamento de interferências entre-idéias, entre-afetos, entre-experiências de diversas áreas do conhecimento. Os conceitos inventados e tomados de empréstimo são os harmônicos que singularizam e fazem movimentar a lógica da heterogênese. Assim como uma nota fundamental de um piano, os harmônicos singularizam o timbre, a sua cor do som. Os heteróclitos conceitos de diversas áreas estão para os harmônicos, dando a cor do funcionamento heterogenético.

Os três movimentos da heterogênese não vêm propor o caminho verdadeiro, mas, sim, compor um plano de composições, em que a força dos encontros move e produz novos sentidos. Novos sentidos emergentes da transfônica conjunção entre-

subjetividades. Transfonia que vem expressar numa só voz a multiplicidade de sentidos das muitas experiências sensíveis. Experiências que facultam variadas formas possíveis de conhecimento: ciência do espírito sensível.

Esbarraremos-nos, no curso deste terceiro capítulo, com a lógica esquadrihadora dos diagnósticos, das classificações nosográficas. Estas, ainda, constituindo-se em correntes invisíveis que amarram cada um na condição de doente, mesmo que não se expresse ao usuário qual é a sua ‘patologia’. Não será preciso dizer em palavras o que já é dito pelas práticas que hipnotizam cada um na sua carreira de doente mental.

Apoiados pela perspectiva espinosana, trabalharemos sobre o primeiro e segundo gêneros do conhecimento para iluminar as condições de assujeitamento dos usuários. Assujeitamento à imaginação: conhecendo e explicando as suas realidades pelas experiências vagas e por um ouvir dizer. Assujeitamento às turbulentas paixões que são explicadas como doenças, como transtornos disso e daquilo pelos doutos especialistas.

Por conseguinte, trabalharemos com a noção das afecções: estas não sendo tomadas estritamente pelo sentido negativo, assim como a especialidade médica a cristalizou. Chegaremos ao ponto em que a explicação da natureza de cada usuário será definida pelas potências a que cada um pode. O que cada um é capaz: quais são os afetos a que é capaz. Assim, desviamos-nos dos centros despóticos classificatórios para a produção de conhecimentos pelas potências, pelos poderes, pelos afetos nascidos das relações de forças de cada instante.

Este movimento de invenção a muitas vozes e muitos olhares vem apresentar a construção de uma ferramenta de que nos servimos para a leitura das nossas afecções – inclusive as minhas – durante os encontros da heterogênese. Ferramenta que nos auxilia na cartografia das nossas afecções, para que aprendamos a tecer sempre novos sentidos sobre as nossas paixões. Paixões que movimentam a vida, proporcionando novas relações no mundo do nosso ideado e da nossa sensibilidade: entrada no segundo gênero do conhecimento.

Ao final do capítulo III, teceremos algumas considerações sobre o plano ético. Não estaremos buscando edificar uma ética a ser seguida, assim como fazem os saberes científicos com a sua ética transcendental. Desejamos com a nossa perspectiva ética poder valorizar a produção de um meio através do qual seja possível a expressão da diferença. Expressão que produz conhecimentos pelo contágio entre as múltiplas

experiências sensíveis. Diferença que, ao longo dos tempos, vem sendo perseguida pela ladainha dos saberes, discursos e práticas da verdade movida pelos centros de poder.

Encontraremos-nos com o curso do quarto capítulo: **Segundo Movimento: Invenções Transtonais da Existência**. Desejaremos visibilizar e enunciar como os processos ladainésicos de existência podem ser superados pela invenção de si. Processos ladainésicos em que a dinâmica da existência se expressa pela repetição sem criação. Vida repetida pela dinâmica das ladainhas: vida fastidiosa e triste. Práticas ladainésicas de existir e consistir na vida, ela própria, tomada pelas paixões tristes e ressentidas.

Desejaremos trazer outro olhar. Olhar que visibiliza a dinâmica da esteticização existencial mediatizada pela força dos encontros. Encontros que fazem parte de universos estéticos. Os universos transtonais da existência nascem de um plano de experimentações por acidentes, pelos encontros que se efetuam num meio qualquer. Encontros movidos pelas intercessões do acaso. A força dos encontros modula as existências em novos arranjos de idéias, de afetos, de desejos. Experimentações entre híbridos elementos que os constituem. Decorre daí que cada um constrói, num campo de forças, seus universos de existência. Universos de alegrias ou de tristezas: transtonalizamo-nos noutras possibilidades, movidos pela força de afecção dos encontros. Nascimento de realidades maiores ou menores. Nascimento de existências plástica/moduláveis ou redundante/repetitivas.

Em meio à produção dos universos existenciais, tomaremos de empréstimo a noção dos ritornelos existenciais (GUATTARI, 1992). Noção que nos auxilia a inteligir como cada modo existente tem uma forma singular de marcar o tempo para a constituição da sua existência. Existência que emerge como efeito da operação dinâmica que faz ‘repetir’ para a produção da diferença.

Encontraremos-nos com as inúmeras dimensões transtonais da existência que facultarão a emergência das “*misturas caosmoHETEROGENÉTICAS*”. Misturas de subjetividades movidas pelas transações entre realidades singulares: **transsubjetivações**. Transações entre realidades inspiradas pelo movimento plástico-estético-ecogenético do universo. Sentiremos que existem outras formas de se compor com as diferentes formas de subjetividade. Formas de subjetividade, a um só tempo, constituídas e constituintes de um plano tecido pela força dos encontros: plano de imanência (DELEUZE & GUATTARI, 1996).

Em meio ao nosso trilhar, estacionaremos no quinto capítulo: **Terceiro Movimento: Das Invenções Instituintes**. Movimento que vem sacudir a lógica individualista e egocêntrica da existência para tomarmos parte num projeto em que cada um é sensibilizado a conhecer a sua própria potência pela força das idéias e desejos coletivos. Potência singular individual tecida e tecendo os encontros nos ambulatórios de saúde mental – e por que não afirmar em outros dispositivos e em outros lugares pela cidade também?!

Projeto instituinte que aumenta a sua potência na união de desejos, de afetos e de idéias que contemplem o fortalecimento da vocalidade política de cada um dos seus componentes. Vocalidade que, numa só voz, expressa a multiplicidade da diferença e de todos aqueles que não desejam ser normatizados por leis transcendentais nas quais não tomam parte na sua composição. Decorre daí um outro modo de gestão nos acontecimentos em saúde mental: a heterogênese oferece um olhar que desloca e descola o lugar do especialista como centro. É um modo de gestão descentrado. O modo heterogenético de operar é, ele mesmo, a expressão que se gesta pela força dos desejos e idéias coletivas.

Vale destacar sobre a extensão da dissertação: visibilizamos, como é possível se fazer, a invenção de modos de gestão instituinte em saúde mental. Oferecemos uma outra possibilidade de se operar. Operação que toma a forma narrativo-dissertativa, funcionando como um manifesto. Manifestando e dando voz às múltiplas singularidades teóricas e existenciais. Processo transfônico movido pelo grau de potência - do poder de afetar e de ser afetado – entre-subjetividades. Processo de interferências entre-realidades e experiências: Transexperiências.

## ***INTERMEZZO I***

### ***tRaÇaNdO oLhArEs***

Inspiramo-nos, num primeiro momento, na perspectiva metodológica genealógica de índole foucautiana para traçarmos os desenhos que visibilizam e enunciam as práticas de esquadramento e capitulação dos desvios e da diferença pela saúde mental e pela psiquiatria no contemporâneo.

Projeto movido pela força de afecção nietzscheana no qual Foucault se motivou. Não para traçar uma pesquisa das origens das coisas: o que seria estabelecer uma linha arborescente genealógica, da qual as raízes históricas traçariam a destinação dos acontecimentos contemporâneos.

O nosso projeto se moverá não nos terrenos da pesquisa das origens sobre como a saúde mental e psiquiatria arquitetaram o seu edifício de patologização da diferença e dos desvios que escapam da média social. Ao contrário, estaremos interessados não em descobrir as origens das coisas, mas, outrossim, em dar visibilidade às relações de força que dadas condições históricas fazem emergir: as práticas, os saberes e os discursos sobre o corpo do desvio e da diferença. Relações de forças, elas mesmas, engendradoras das instituições – compreendidas aqui como aquilo que se institui, que se mantém cristalizado como norma – e seus dispositivos – compreendidos como a articulação das máquinas sociais que mobilizam relações de poder e campos de saber. Articulação eliciadora de modelos de verdade e de práticas sociais que incluem heteróclitas formas de se constituir os dispositivos, no limite, quer seja das instituições, das leis, das medidas administrativas e, ainda pela tecedura, quer seja das disposições arquitetônicas, dos enunciados científicos, das proposições filosóficas e morais. (DREYFUS & RABINOW, 1995, p. 134).

Compreendemos, por sua vez, que os caminhos a serem traçados por nosso projeto não serão movidos pelo método de desvelar as verdades das coisas, mas, sobretudo, como as relações de força, em dadas condições históricas, emergem a realidade das coisas. Realidade que pode ser ductilmente desfiada para fazer aparecer e enunciar as tramas da história do presente, sem pretender conferir às tramas do passado a exata origem da realidade contemporânea.

Estaremos mais interessados, sobretudo, no mergulho histórico que, tão-somente, nos envolverá pelas imagens e pelas sonoridades das relações de forças que atuaram, produzindo o seu presente e que nos faculta a rastrear as suas modulatórias

composições contemporâneas. Composições de novas linhas de forças tributárias, a um só tempo, da formação histórica de cada época, ela mesma, movendo as linhas de forças a se modularem em novas configurações para o exercício do poder. Por este prisma, cada formação histórica expressará o seu diagrama de poder, ele próprio, constituído por um plano de relações de forças (FOUCAULT apud DELEUZE, 1988). Pelo que precede, as formações sociais se produzem por um diagrama de forças que versarão sobre as formas de se fazer funcionar uma dada realidade. Decorre daí que teremos inúmeros diagramas que correspondem às formas como cada realidade histórica foi tecida: diagrama da Inquisição; da sociedade de soberania; das sociedades capitalistas do século XIX, dentre outros diagramas que estão por se constituir. Constituição que se efetua pela operação recíproca entre os diagramas e os dispositivos. Relação que possui uma força de afecção imanente. Relação que expressa, a um só tempo, a tecitura das linhas de força que fazem emergir uma dada realidade que se atualiza a todo instante.

Numa palavra, o diagrama de forças engendra os dispositivos, eles mesmos, atualizadores das forças que o compõem. Pelo que precede, poderemos afirmar que o diagrama de forças é causa imanente dos dispositivos que modulam as forças que os constituem e que os gerou. Relação eficiente imanente que tende à instabilidade e ao movimento, não cessando de se transformar no curso dos novos acontecimentos.

Por conseguinte, a nossa tarefa será desenhar um plano de relações de força que fazem emergir as práticas, os discursos e os saberes de algumas formações histórico/sociais. Plano de forças que nos auxiliarão a dar a visibilidade necessária em meio às névoas do contemporâneo que nos fazem entrever aquilo que se tece para o nosso domínio, ele próprio, fortalecido pela força da resignação, do hábito, da subordinação à lógica transcendental/moral. Lógica que promete a providência divina da verdade àqueles que utilizam a sua força para se manterem fracos (NIETZSCHE apud DELEUZE, sd).

Veremos, ao longo do nosso trabalho, que o nascimento de inúmeras verdades se produziu em meio às relações de força de cada condição histórica. Condições de emergência das relações de poder que instauram seus novos modelos de verdade. Modelos tomados como edifícios inabaláveis – sejam científicos, religiosos, políticos, econômicos, jurídicos – eles mesmos, constituídos por discursos e práticas que vêm atualizar as linhas de força que compõem um dado diagrama histórico. Segue-se daí que aquilo que se transforma, enquanto saber, está numa relação de inseparabilidade das relações de poder. “Não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de

saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT apud DELEUZE, 1988, p. 48). Com efeito, compreendemos, pelo que precede, que toda forma de verdade é efeito de relações de forças singulares. Relações de forças que são moduladas e configuradas em novas possibilidades. Relações de forças das quais emerge, por seu turno, em ato, o exercício também singular de novas formas de poder.

Somos movidos pelo impulso foucaultiano para analisarmos as relações de poder que instauram, em diversos atravessamentos, os campos de saber. Uma vez que as relações de forças que sustentam o edifício de um determinado campo de saber são movidas pelo curso dos acontecimentos, este mesmo saber se expressará em novas configurações de práticas e de discursos. As ladainhas da verdade são produzidas e reproduzidas em novas faces mediante a necessidade de controle sobre aqueles que tentam não se subordinar à ordem hegemônica de dadas condições históricas.

Inspirados por esta perspectiva, seremos levados pela torrente de imagens e discursos que nos ajudarão a investigar os modos de operação, através dos quais a saúde mental e a psiquiatria atualiza as suas formas de esquadramento e de classificação dos corpos dos desvios e da diferença. Por este prisma, desejamos estimular que cada um possa fazer a leitura das relações e transações entre o saber e o poder que emergem, ainda, no contemporâneo, nas suas diversas manifestações, nas práticas, nos discursos e nos saberes que os sustentam.

Estaremos interessados em ler as modulações dos diagramas de poder – com suas linhas de força – e os dispositivos, eles próprios, atualizadores das linhas de força que compõem os diagramas de poder. Leitura das modulações das linhas que instauram relações de poder em meio às práticas, discursos e saberes da saúde mental/psiquiatria. Relações de poder que fazem entrever o olhar às suas injunções e às suas verdades. Com efeito, não poderíamos analisar o funcionamento de um dispositivo – qualificado como “ambulatório de saúde mental” – sem tecermos uma leitura das condições que os fez emergir. Condições que expressam, nas suas diversas manifestações, a sua íntima relação com as mutações das formas de lidar com os desvios e a diferença. Diferença e desvios que encontraram a força de afecção de inúmeros dispositivos engendrados pelos diagramas de poder históricos para, neles mesmos, repousarem em seus saberes, em suas práticas e, por fim, em suas ladainésicas verdades.



## ***CAPÍTULO 1***

### ***Prelúdio***

# ***Das Práticas Ladainésicas da Verdade: capturas do desatino e dos desvios***

*Adágio, smorzando, melinconico, pianíssimo*

Ao longo dos tempos, os vilarejos, as comunidades, as cidades, com as suas experiências sociais, traduzidas em suas diversas manifestações, sempre conviveram com a diferença e o desatino. Cada coletividade, ao seu modo, extraiu deste efeito de composição, maneiras de acolher ou de tutelar aquilo que difere dos ditames de uma dada cultura, de uma dada realidade histórica e social. Via de regra, cada sociedade constrói seus aparelhos de crenças e valores para lidar com aquilo que será dissonante dos comportamentos avaliados e, por seu turno, validados ou não como costumeiros e ordeiros.

Em *O Elogio da Loucura*, escrito em 1509 por Erasmo de Rotterdam (RESENDE 1987), encontraremos um tempo em que existiram sociedades onde a loucura se incluía no conjunto das relações sociais, aparecendo como que diluída imprecisamente em todos os homens. Nesta esfera, a loucura recebia o estatuto de ser natural.

Vale ressaltar, consoante Resende, que, durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média, havia uma relação ‘extraterritorial’ do louco: este experimentava a sociedade em estado livre, transitando, circulando e fazendo parte do cenário social.

Segundo Foucault (2000a, p. 87), estes homens desviados, não sendo tratados nem completamente como criminosos, nem, por outro lado, como feiticeiros e nem, ainda, como pessoas comuns, convidam-nos, por seu turno, a entrar na relação com a diferença: **‘há algo neles que fala da diferença e chama a diferenciação’**.

Foucault afirmará que aqueles desviados podiam circular em estado livre, fazendo parte do cenário social. Nesta esfera, transitavam pelos mercados ou pelos campos: sobreviviam da caridade pública ou dos pequenos trabalhos para particulares.

No entanto, segundo Resende (op. cit.), não poderemos exagerar o limite de tolerância encontrada nas sociedades pré-capitalistas, na relação recíproca com o corpo da loucura, bem como em relação com outros seres associiais. A prática da ridicularização - vertida ao corpo daqueles que se desviavam da média social – já era encontrada há alguns milhares de anos.

Encontraremos uma passagem do Velho Testamento (Salmo 34) que nos conta a contemplação de Davi sobre o acontecimento de um demente ao ser ridicularizado por crianças na rua – indagando a Deus: “Senhor do universo, que vantagem pode ter o mundo na loucura? Quando um homem erra pelo mercado, rasga suas vestimentas e sofre a zombaria das crianças, seria isto belo aos teus olhos?” (RESENDE, 1987, p. 21).

Segue-se destas afirmações que o corpo do desvio e da diferença pôde encontrar sua dupla condição: a de ser acolhido nas experiências sociais e a de ser capitulado/capturado por estas.

Faremos um breve percurso descontínuo para iluminarmos as ***Práticas Ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença***. Tomamos de empréstimo a noção de ladainha, inteligindo-a como a repetição fastidiosa e reprodutiva de enunciados, de saberes, de práticas. Prática da reprodução de uma ordem lógica que versa sobre o controle de tudo e de todos que possam diferir dos interesses hegemônicos de uma dada contigência histórica. Prática da verdade que é enunciada pelas tramas do poder. Poder que suga centripetamente para o seu centro todo aquele que é desviante através das suas correntezas da verdade. Instituições e dispositivos foram criados para a reprodução, em meio às suas práticas, dos ideários daqueles que têm sede por uma racionalidade que exclui toda e qualquer forma de expressão desarazada. Ideários que expressam a repetição histórica da formação de objetos a serem capitulados. Capitulação de subjetividades, elas mesmas, fora da média social, delimitadas por instâncias de saber/poder.

Veremos de forma sumária as condições de formação dos objetos a serem capitulados e maculados pela dinâmica ladainésica de práticas e saberes vertida à reprodução das ***‘formas tonais de poder’***: a cada tempo, o poder expressa o tom estratégico dos enunciados, práticas e saberes a que o coletivo social se subordinará, ou não. Tom que tem o seu ponto de incidência ajustado/afinado de forma ‘bem temperada’ à criação de novos objetos. Tons que, nas suas diversas manifestações, expressam técnicas de poder e processos de saber. Tons que, nas suas diversas modulações, produzem suas ressonâncias no contemporâneo. Ressonâncias que são percutidas nas práticas, saberes e discursos encontradas/acopladas nos diversos dispositivos em saúde mental.

Tomaremos a trilha de análise histórica de algumas das práticas ladainésicas da verdade para a captura do desvio e da diferença como objeto para, no momento certo, tomarmos como objeto as práticas que se instituem e se reproduzem nos dispositivos de

saúde mental e, de forma mais delimitada, nos ambulatórios de saúde mental. Comporemos as partituras das práticas históricas de captura do desvio como objeto, para, num segundo momento, tomarmos como objeto a cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental. Desta forma, teremos a composição das partituras das práticas das ladainhas das verdades como objeto, ao objeto das práticas do ambulatório de saúde mental. Partituras de práticas que expressam formas de se dizer e de se ver o diverso da alteridade. Partituras audiovisuais que, nas suas diversas manifestações, expressam aquilo que é da ordem da reprodução de discursos sonoros e das visibilidades dos corpos erráticos e desviados: produção de táticas e estratégias como maneiras de fazer ver e formas de se fazer falar sobre os desvios e desatinos.

Este percurso inicial nos fornecerá a perspectiva histórica de formação dos objetos a serem capturados por uma lógica que é reinscrita por diversas mãos, em tempos distintos, por distintos personagens. Lógica cantada, em muitas vozes – polifonicamente articulada em muitas teorias e discursos - e reproduzida até o contemporâneo, como veremos no momento oportuno.

## ***I.I - DAS POLIFÔNICAS PRÁTICAS LADAINÉSICAS DA VERDADE:***

### ***Da capitulação histórica da diferença e dos desvios.***

Através de um breve sobrevôo histórico, iluminaremos algumas das práticas que produziram sobre o corpo da diferença e dos desvios a mácula do preconceito e a sua capitulação.

Inúmeras práticas foram produzidas e inventadas no curso da história, tributando todo aquele inteligido como desviado da norma, a sua capitulação e assujeitamento. Numa palavra, as práticas de capitulação sobre os desvios tornaram-se tecnologias de verdades. Tecnologias inventadas em dadas condições histórico/sociais.

Não será objeto do nosso empreendimento circunscrever toda a complexa e polifônica produção destas práticas. Limitaremo-nos a ‘desenhar melodicamente’ os enunciados e saberes de algumas das práticas ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença que servirão de referência para pensarmos a sua reprodução na contemporaneidade dos dispositivos de saúde mental.

E será o movimento da Inquisição aquele inventado para a produção de uma das tecnologias de captura dos desvios. Segundo Szasz (1978), bem antes do século XIII, já se acreditava em bruxarias, feiticeiras, magia negra e em outros seres, bem como em rituais macabros. Estes seriam responsáveis por todos os infortúnios – sejam estas epidemias, querelas entre cônjuges, catástrofes naturais dentre outros – de uma dada coletividade.



*Do movimento  
da Inquisição*

Os objetos de capitulação da Inquisição eram todos aqueles que poderiam se insurgir contra os ideais da Igreja Católica. Mulheres qualificadas como bruxas, cristãos hereges e judeus foram massacrados.

A partir da preparação do terreno teológico/religioso é que se extrairá o movimento organizado para a caça às bruxas. Movimento organizado para a produção de uma das tecnologias históricas da verdade. Verdade que, por definição, expressava a justificativa e manutenção do seu poder: protegendo a sociedade de todo o mal.

Todos aqueles que não se ajoelharem diante dos preceitos e dogmas da Igreja Católica serão, doravante, denominados heréticos: serão perseguidos e aniquilados em nome de Deus. A rigor, todo aquele que se comportar e se manifestar, de alguma forma, contrariando as leis divinas – pelos olhos da Igreja Católica – será exterminado (SZASZ, op. cit.). A heresia era uma alta traição. Traição cometida contra a majestade divina. Traição efetuada pelas opiniões contrárias à fé católica.



*Da Carta  
Magna:  
proclamar o  
fim da  
heresia.*

Será em 1215 que nascerá a **Carta Magna**, outorgada pelo Rei João. Teremos, por seu turno, a reunião do **Quarto Concílio de Latrão**, realizada pela ordem do Papa Inocêncio III. Serão convocados mais de mil e quinhentos dignatários para a cidade de Roma com o propósito de proclamar o fim da heresia e perseguir os judeus: “o concílio denunciou a heresia albigense e **proclamou uma guerra santa** contra ela; decretou também que os judeus deveriam usar uma faixa amarela na roupa para identificá-los como judeus” (SZASZ, op.cit., p. 34).

Segue-se daí que, a partir do século XIII, aos judeus e às feiticeiras foram atribuídas as desgraças deste tempo: desde as colheitas perdidas à proliferação das epidemias. Desta esfera, o massacre das ‘feiticeiras’ e dos judeus tornou-se uma ação socialmente aceita.



*Da diferença  
massacrada:  
condutas  
inaceitas.*

Os instrumentos de punição tornaram-se comuns em meio às perseguições: levar à fogueira os judeus até então acusados de celebrar a morte ritual de animais, bem como aqueles cristãos acusados de feitiçaria, sendo estes queimados em praça pública.

Destes acontecimentos resultarão os novos decretos, reformulados, extraídos e reorientados do Quarto Concílio de Latrão. Será o Papa Inocêncio VIII que, em 1484, reforçará a necessidade da pureza espiritual de um tempo em que a Europa se desejava cristã. Cumpre observar que este era o tempo em que **as bulas papais** ordenavam as cruzadas para a reconquista da Terra Santa. Tempo das Cruzadas: estas recebendo o mandato de reconquistar a pureza espiritual na Europa. As bulas papais apontavam para o florescimento da fé católica. Florescimento que, por seu turno, aumentará, por um lado, a fé, e, por outro lado, o castigo àqueles que se entregaram ao demônio. Castigo a ser cumprido pelas mãos dos inquisidores sobre quaisquer pessoas, sem qualquer tipo de embaraço e impedimento (SZASZ, op. cit.).



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
IV  
Das bulas  
papais:  
legitimação  
da caça à  
diferença  
cristã.*

Considerando que os fiéis não passavam de seres submissos - devendo de forma irrestrita aprender a obedecer desde o instante em que vieram a este mundo e, com efeito, servir a Deus pelo resto das suas vidas -, podemos, a partir dos enunciados anteriores, verificar o mandato decretado pelo Papa: o de aniquilar a diferença, aquilo que é desviante das normas e dogmas caros ao poder da Igreja Católica. Da mesma forma, encontraremos, pelo **segundo capítulo, proposição X**, a figura do ‘paciente’ temeroso, infeliz, fiel e cronificado pela lógica ambulatorial.

Toda uma lógica arquitetada para a produção da submissão e do conformismo fora preparada pelo terreno religioso: aqueles não-conformistas - aqueles que objetavam os dogmas cristãos, produzindo dissenso nas cidades e nas províncias - serão, doravante, os proprietários do estatuto impiedoso e inexorável, compreendidos como: ‘os inimigos de Deus’. Noutras palavras, será preciso cantar no tom prescrito: quem desafinar encontrará, numa das possibilidades, a afinação das suas idéias e dos seus desejos no diapasão dos saberes e práticas cristãos daquele momento histórico.

**Seguindo-se a bula papal de 1486**, teremos, ao seu lado, um outro ‘edifício teórico’ que o complementar: a publicação do manual de perseguidores de bruxas, chamado ***Malleus Maleficarum*** (O Malho das Bruxas) (SZASZ, op. cit.). Será peremptório, para a manutenção da ordem eclesiástica, que estejam ao lado dos judeus, seres horrendos, produtores das mais variadas desordens sociais: teremos os bodes expiatórios, com a assinatura psicossocial conferida como bruxas e feiticeiras. Poderemos encontrar nas palavras de Sprenger e Krämer (apud, SZASZ, op.cit., p. 36) – dominicanos inquisidores que escreveram o *Malleus* - as seguintes afirmações: **“a crença na existência de alguns seres chamados bruxas é uma parte tão essencial da**



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
V*

*Do Malleus  
Maleficarum:  
Edifício  
teórico que  
apoiará a fé  
católica a se  
sustentar.*

**fé católica que sustentar teimosamente a opinião contrária tem um claro odor de heresia”** (grifos nossos).

Considerando que **a fé católica – naquele momento histórico - tem no seu interior a crença sobre a existência de bruxas**, teremos ao lado destas a figura do demônio, assim como teremos, no interior da crença religiosa católica, as suas outras faces: a figura de Deus, do divino espírito santo e os santos. Será, sobretudo, impossível àquele que se diz cristão – naqueles tempos – negar a existência de apenas um destes elementos constituintes do edifício teológico católico. Os **critérios para o ‘diagnóstico’** que identificarão as feiticeiras estarão dirigidas àquelas pessoas que tentarão induzir outras pessoas a realizar os ‘milagres do mal’. Considerando que será preciso sempre a autenticação de um ‘bode expiatório’ para justificar e dar consistência às crenças e aos valores totalitários, **teremos na figura da mulher aquelas que “[...] são dedicadas a Superstições Perversas”** (SZASZ, op.cit., p. 36).

Assistimos às polifônicas práticas ladainésicas das verdades que aniquilam todo e qualquer corpo que se desvia das orientações incontestáveis desse momento histórico-sócio-político-cultural-religioso<sup>1</sup>. Polifonia de práticas com suas maneiras de se fazer ver e formas de se falar sobre aqueles que, doravante, se transformarão em objetos perseguidos. Polifonia de práticas que se articulam com os outros inúmeros saberes e crenças para a captura destes últimos. Cumpre notar que as práticas religiosas judaicas foram perseguidas e ‘quase silenciadas’ pelas práticas cristãs, uma vez que estas, nesse período, aconteciam secretamente.

Não pretendemos estender em demasia o tema em tela, mas, sobretudo, poderemos oportunizar esclarecimentos sobre os objetivos desse movimento: **o da tentativa de garantir uma opinião uniforme da crença religiosa**. O pecado, compreendido nesta esfera como crime, será o de profanar as idéias, as crenças e os valores cristãos. Sob esta perspectiva, será preciso engendrar mudanças nos comportamentos para que a fé cristã sobreviva na mente coletiva: injunções ‘ofertadas’ aos judeus e aos cristãos contestadores de ‘vanguarda’, para a salvação das suas almas.

<sup>1</sup> Ao longo da história da humanidade, encontraremos os mais variados exemplos de personagens perseguidos pela expressão das suas diferenças: poderíamos imaginar Cristo sendo classificado como um ‘delirante’ - dizendo-se filho de um Deus poderoso e criador do universo –, se acaso existisse uma psiquiatria naqueles tempos de um império romano politeísta. Veremos, ao longo da nossa pesquisa, as edificações de saberes, práticas e discursos vertidos às práticas ladainésicas tributárias da verdade. Práticas ladainésicas de captura do desvio e da diferença: construindo os lugares de exclusão e de controle social sobre aqueles que destoam das crenças e dos valores de um dado conjunto de interesses políticos-religiosos-científicos etc. Em cada condição histórica, foram edificados dispositivos híbridos de saberes e de práticas para a captura da diferença e do desvio.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
VI*

*Da nosografia  
maléfica  
encontrada no  
Malleus*

Vemos que as inconduitas sociais serão ‘interpretadas’ ou ‘diagnosticadas’ pelos valores e crenças de uma dada coletividade que se manifesta dentro de um plano histórico que se deseja manter estável, imutável e no poder.

Podemos assistir a um tempo em que já se utilizavam **classificações e ‘bulas’**, conferindo ao corpo do desvio e da diferença prescrições e reordenações àqueles identificados como diferentes, para que possam retornar a uma normalidade social ou, por outro lado, inscrevê-los como ‘exemplos’ na derradeira ‘fogueira moral’.

Pelo que precede, podemos verificar que a formação dos objetos ‘bruxas’, ‘seres hereges’, ‘traidores de Deus’, engendrou-se em dadas constituições históricas. As práticas ladainésicas das verdades movidas pelas bulas papais e pelo *Malleus Maleficarum* enunciavam a formação de saberes.

Saberes que demarcavam aquilo que poderia se acreditar e falar. Saberes que expressavam práticas de vida no limite, quer seja da cotidianidade da sociedade, no horizonte, quer seja da vida cristã.

Por conseguinte, os saberes cristãos emergiram na cotidianidade das famílias, nas artes e em outras superfícies sociais, definindo aquilo que se deve e o que não se deve falar em meio ao que se fala na cotidianidade.

Contrapontos sonoros em que as palavras, as idéias, os desejos do coletivo encontrarão o estribilho do poder que delimita o seu domínio sobre aquilo que possa, dele mesmo, diferir. Prática ladainésica da verdade que exercerá sobre cada um - inteligido como desviante -, a sua nova qualificação. Qualificado como objeto diagnosticável, classificável, prognosticável numa prescrição já dada. Política de delimitação dos desvios, centrando-os nas práticas ladainésicas das verdades cristãs. Práticas que fazem parte de uma história das idéias religiosas articuladas com os poderes reais daqueles tempos.

No entanto, encontraremos, ao final do século XV, aquilo que é da ordem da ‘loucura’ ou dos desvios encontrando espaço para a sua expressão (FOUCAULT, 2000a). Festas, danças, iconografias, textos, peças teatrais se constituíram em superfícies de emergência dos temas de uma sociedade que estava dominada pelo pavor da morte e da loucura. “Shakespeare e Cervantes no fim do Renascimento são testemunhas do grande prestígio desta loucura cujo reinado próximo tinha sido anunciado, cem anos antes, por Brant e Bosch” (FOUCAULT, op. cit., p. 77).

Vale ressaltar que, neste tempo, já existiam espaços de ‘tratamento’ para aquilo que se desviasse das expressões humanas não permitidas<sup>1</sup>. Mas, as experiências compreendidas como ‘loucas’ eram experimentadas, em geral, em estado livre. “A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar”(FOUCAULT, 2000a, p. 78). Segundo Foucault, até 1650 a cultura ocidental estranhamente foi hospitaleira às formas de experiência translouçadas.

No entanto, o corpo vibrátil da diferença e dos desvios – com suas velocidades e movimentos gestuais de afetos e idéias proliferadas em cadências expandidas e contraídas - encontrará o mundo da exclusão nos meados do século XVII. Em toda a Europa são criados estabelecimentos para internação. Prática da internação que vem ser imposta aos desvios mais paroxísticos, como no caso da ‘loucura’.

Encerram-se nestes estabelecimentos inválidos, pobres, indigentes, portadores de doenças venéreas, libertinos, eclesiásticos desviados, “[...] em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração” (FOUCAULT, op. cit., p. 78). Fundar-se-á a edificação de novas práticas ladainésicas de verdades que ordenarão e subordinarão o complexo tecido coletivo. Práticas vertidas à produção dos hospitais gerais como dispositivo de assistência. Dispositivo que estará a serviço da formação de novos objetos.

Vale ressaltar que os antigos Hospitais Gerais tinham como prática salvar as almas daqueles que ali compareciam. O hospital, como uma instituição que existia na Europa, desde a Idade Média, é-nos apresentado por Foucault (1993a) como sendo, desde a sua fundação, um espaço que não tinha o objetivo de cura. Consubstanciando esta afirmação, o hospital era uma prática não hospitalar: era uma instituição não – médica.

<sup>1</sup> Cumpre notar que Kaplan & Sadock (1999, p. 3001) apontarão para a existência dos cuidados aos insanos nas sociedades árabes, construindo asilos com divisões psiquiátricas: em Bagdá, em 750; no Cairo, em 873. Os árabes edificaram asilos especiais para os insanos em Damasco, em 800; em Aleppo, em 1270 e na cidade espanhola de Granada, cujo governo era dos mulçumanos, em 1365. Segundo estes autores, “a partir do século XIII, hospitais com divisões psiquiátricas foram fundados na França, Alemanha e Suíça. Em 1377, o hospital Bethlehem em Londres começou a receber os insanos”. Afirmam, ainda, que o primeiro asilo europeu cristão estritamente para insanos foi construído na Espanha em 1409. Estas informações sobre o primeiro hospício do mundo construído na Espanha são controvertidas. No entanto, Desviat (2002, pg. 16) afirmará que o primeiro manicômio do mundo “era na realidade, um hospital geral ou albergue -, bem como o Hospital de Nossa Senhora das Graças de Zaragoza, citado por Pinel [...] em seu tratado, os quais deram lugar a dois mitos fundadores da psiquiatria espanhola: os da origem hispânica do manicômio e do tratamento moral”. O humanista espanhol Luís Vives (DESVIAT, op cit. p. 16) assim definia os Hospitais: “Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta um certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida”.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
VII*

*Dos espaços  
de internação  
no século  
XVII: espaços  
de exclusão.*



Segundo Foucault, o hospital – antes do século XVIII – era um espaço de assistência aos pobres e outras misturas sociais: loucos, devassos, prostitutas e outros. Espaço destinado à morte: morredouro.

Nesta esfera, o estatuto conferido à instituição ‘Hospital’ era o de proteger e dar assistência àqueles que, por seu turno, precisavam, por um lado, ser excluídos do convívio social para a sua salvação espiritual, uma vez que, estão enfermos e, por outro lado, para proteger a população dos seus males, das suas desordens e dos seus ruídos.

Cumpra notar que esta foi uma das respostas encontradas em meio à desorganização social e à crise econômica naquele momento histórico na Europa. Momento das transformações dos modos de produção: decaindo a lógica de uma produção artesã-pré-industrial e do campesinato para, por seu turno, inaugurar a organização nascente de uma produção industrial. O maior ‘pecado’ no nascente mundo burguês será a ociosidade. Corpo da ociosidade que receberá como ‘prática assistencial’ a residência nas casas de internação. Corpo do ócio que habita todo aquele que, doravante, é incapaz de “[...] tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas” (FOUCAULT, 2000a, p. 79).

Desviat (2002) apontará para a clausura que, tão-somente, promovia a invisibilidade daqueles compreendidos como o ‘lixo’ daquela sociedade: impedidos ao trânsito diário nos fluxos das experimentações da cidade. Segundo o autor, a Salpêtrière – sendo uma das referências institucionais que compunham o Hospital Geral de Paris – abrigava oito mil pessoas: espaço instituído para a clausura de mulheres pobres, aleijadas, velhas e com outras condições sociais miseráveis. Neste domínio, Paris tinha uma população de 500 mil pessoas.

Dando curso ao nosso sobrevôo histórico sobre as práticas ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença, encontraremos a invenção dos editos reais. **O edito real – datado em 27 de Abril de 1656** - proibia qualquer pessoa de qualquer sexo, de qualquer procedência ou idade, mesmo os válidos ou inválidos, de mendigarem em qualquer ponto da cidade.

As experiências urbanas daquele momento histórico receberam o crivo do edito real para a seleção dos espaços possíveis dirigidos aos cidadãos considerados ‘sujeitos associiais’: esquadrihados, doravante, como não-produtivos e associiais. Nesta esfera, quem desobedecesse à decisão da corte terá, com efeito, a pena do açoite, numa primeira vez; num ato reincidente, irão para as galeras aqueles que são homens e



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
VIII*

*Da  
invisibilização  
dos corpos  
miseráveis.*



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
IX*

*Dos editos  
reais.*

meninos e, por conseguinte, as meninas e mulheres serão ‘desterradas’ (DESVIAT, 2002, p. 15).

Cumprе destacar que ao lado dos editos reais, encontraremos as *lettres de cachet*: uma carta com o selo do rei ou de um de seus funcionários. Esta indicava a autorização para a prisão sem processo jurídico. Segundo Szasz (1978), a prática das *lettres de cachet* foi utilizada com muita aceitação desde o início do século XV até os fins do século XVIII.

As *lettres de cachet* foram utilizadas para a captura de todos os desvios que pudessem importunar a ordem monárquica. Transformadas em armas silenciosas, essas cartas eram dirigidas aos inimigos políticos, artistas, réus de famílias importantes, prostitutas, chefes de família vistos como desregrados, dentre outros tipos.

Encontramos práticas, ao longo dos tempos, reprodutoras da lógica que subordinam todos e tudo que possam diferir dos seus ideais. Por conseguinte, vemos erigir modos de exclusão social. Prática que se constituirá numa ladainha de reestruturações da convivialidade do espaço social. Práticas ladainésicas de verdades que capturam os desvios e o corpo da alteridade numa dada condição histórica em que a ociosidade e, por seu turno, aqueles qualificados como desviados serão perigosos à nova ordem político-social. A diferença mais uma vez será silenciada.

Estas foram algumas das condições para que os desvios e o corpo da diferença recebessem o seu novo estatuto: o de ser associal, numa então sociedade de soberania.

A polifonia sonora das práticas ladainésicas das verdades nesse momento histórico subordina à sua frequência todo aquele que possa, dela mesma, estar ‘desafinado’. Frequências que silenciam e invisibilizam os corpos vibráteis que expressam sons e imagens da alteridade. Corpos que, nas suas diversas manifestações, presentificavam no horizonte social os perigosos ruídos da alteridade. Presença que encontra sobre a sua cabeça o tempo de um silêncio. Silêncio da sua linguagem e da sua presença: mesmo que se fale dela, ela mesma não poderá falar de si. Decorre desta prática da internação uma longa e fastidiosa pausa, por volta de cem anos, da loquacidade desviante.

A prolongada ‘fermata’ colocada sobre o corpo vibrátil da alteridade será retirada parcialmente a partir da metade do século XVIII. A figura dos loucos e de outros corpos desviantes reaparece, mais uma vez, na cotidianidade social. Uma série de denúncias ilumina o arquipélago dos estabelecimentos de invisibilização e indizibilização da alteridade. Denunciam-se as seqüestrações arbitrárias e a forma



Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
X

Das *lettres de  
cachet*

tradicional da assistência nas fundações; os estabelecimentos como Bicêtre ou Saint-Lazare ganham um valor social maligno: todos desejam a abolição do internamento (FOUCAULT, 1993a).

Um novo olhar será necessário para iluminar os direitos daquele que era tomado como um sujeito associal numa então sociedade de soberania. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, e o Contrato Social criado em 1789 – associados à livre circulação das pessoas e das mercadorias – inventa-se a garantia de uma nova ordem social, atrelada à responsabilidade e aos limites da liberdade (DESVIAT, op. cit.).

Aqueles que foram libertos da ladainésica prática do internamento receberam ajuda financeira e assistência médica para que pudessem beneficiar-se no seio do seu lar: forma de escapar da malignidade hospitalar. Enquanto muitos recebiam um novo estatuto social – homens livres que podiam circular pela sociedade, fazendo as mercadorias, por sua vez, circular –, os loucos encontraram a produção do seu novo estatuto. Produção de um novo sentido movido pelo ideado de que os loucos, ao encontrarem o sabor da liberdade, poderão se tornar perigosos para a sociedade. Ideado que produz os **princípios da periculosidade e o princípio da temibilidade** a todo aquele inteligido como louco. “Loucos são como animais perigosos”.

A liberdade foi conferida àqueles que pudessem contribuir com os ideários de uma sociedade que reclama por ordem, circulação de mercadorias e progresso. Os estabelecimentos de internação foram destinados aos loucos: “os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, **exceto** os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão” (FOUCAULT, 2000a, p. 81).

Segue-se deste feixe de acontecimentos que a clausura não será mais a prática possível mediante as novas normas sociais. Estas estão dirigidas à necessidade do desenvolvimento econômico, atreladas à proibição da privação da liberdade sem garantias jurídicas. Desde então, teremos como prática científica a subsunção das experiências sensíveis daqueles que se desviam da média social, nas unidades abstratas dos conceitos classificatórios.

Outro acontecimento que contribuirá para a produção do novo estatuto do ‘louco’ num objeto a ser cientificizado e jurisdiscizado será a criação **da Lei de 30 de junho de 1838**. Lei que, por seu turno, legalizará no campo administrativo e jurídico, a lógica da psiquiatria e do manicômio para ser objeto de prática sobre aqueles



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XI*

*Da  
reprodução  
dos princípios  
de  
periculosidad  
e e  
temibilidade*



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XII*

*Da lei que  
libertou e  
aprisionou.*

identificados como alienados na França (CASTEL, 1991). Nesta condição, legitima-se a tutela médica sobre o corpo daquele que será, doravante, conceituado/capitulado, como **‘alienado mental’**.

Acontecimento que inaugurará a inscrição histórica de uma lógica que captura qualquer corpo compreendido como desviante dos ditames sociais para, por conseguinte, assinalá-lo às ladainhas de saber, das práticas e dos discursos, agora, ‘médico-científico’ e jurídico.

Captura tributária da **prática ladainésica da assepsia dos espaços urbanos**. **Assepsia erigida pelo olhar dos especialistas**. Diferente da assepsia produzida pelos olhares dos ‘especialistas inquisidores’ – estes últimos apoiados em saberes, discursos e práticas distintos do período em cena.

Assistimos à composição de mais uma **‘ladainha das verdades’**, engendrada por discursos, práticas e saberes que construirão os traçados discursivos e as estruturas visíveis para o confinamento dos corpos desarazoados que não estão a serviço de uma nova ordem política e econômica.

A loucura ganha outro estatuto conceitual. Temos, doravante, a produção de outras formas e práticas de ‘assistência’: **os desvios das paixões, do espírito, da razão serão manejados para receber a sua nova designação - identificações das entidades mórbidas, classificadas nas constelações das ‘doenças mentais’**.

Todo um regime de signos científicos produzirá as novas identidades sociais: personalização e individualização dos males e conflitos que a sociedade engendra e condena. **Interioriza-se no corpo do desvio o que há de negativo**: operação social que exclui de si as formas de vida que lhes é imanente. ‘Eles são alienados, são doentes mentais!’. Nesta esfera, a reclusão - nos Hospitais Gerais e nos calabouços -, deverá ser abolida como prática anteriormente autorizada.

Do ponto de vista de Desviat (2002), a **clausura não será mais a prática possível mediante as novas normas sociais**. Estas estão dirigidas à necessidade do desenvolvimento econômico, **atreladas à proibição da privação da liberdade sem garantias jurídicas**. Desde então, teremos, como prática científica, a subsunção das experiências sensíveis daqueles que se desviam da média social, nas unidades abstratas dos conceitos classificatórios.

Em resumo, a cada condição histórica emergiram, numa face, estratégias de reprodução do poder articuladas por várias instâncias e, numa outra face, saberes que se



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XIII*

*Da assepsia  
dos espaços  
urbanos*



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XIV*

*Do novo  
estatuto da  
loucura:  
doença mental*

entrelaçaram complexamente para a formação dos objetos a serem capitulados. **Práticas ladainésicas de reprodução do exercício do poder e de criação de novos objetos.**

Decorre daí o engendramento de trilhas históricas que foram musicalizadas por sinfonias das verdades. Sinfonias desenhadas melodicamente pelos contrapontos entre os discursos da desrazão e dos desvios que emergiam na cotidianidade de cada condição histórica. Discursos e trejeitos que foram subsumidos metodicamente por um conjunto de operações que foram delimitadas pelas instâncias de poder. Instâncias, elas mesmas, arquitetas de harmônicas práticas ladainésicas de captura cantadas pelas vozes daqueles que têm apetite pela verdade. Arquitetura de práticas/saberes que tenta homogeneizar aquilo que é da ordem da dissonância, filha do diverso da natureza e da natureza da alteridade.

## ***I.II - DAS SINFÔNICAS PRÁTICAS LADAINÉSICAS DE ESQUADRINHAMENTO PSICOPATOLÓGICO DO DIVERSO DA NATUREZA À NATUREZA DA ALTERIDADE:***

Pudemos, até o presente momento, verificar a produção histórica de reprodução do poder e de saberes que produzem seus objetos a serem, eles mesmos, domesticados. Todo um conjunto de operações engendrou as condições para a preparação do terreno dirigido à captura dos corpos que não se ajustassem aos novos modos de produção e de circulação na urbe.

No decurso da história da medicina, teremos, no século XIX, a justificativa da sua cientificidade não somente pelas produções de instrumentos técnicos, mas, por conseguinte, na edificação de uma mudança que operará diretamente em seus objetos de trabalho, nos seus conceitos e em seus métodos (FOUCAULT, 2004).

A medicina do século XIX vem engendrar uma nova configuração nas formas de conhecimento, instituindo novas práticas nos estabelecimentos hospitalares. Os hospitais, deixando de ser o lugar de assistência aos miseráveis – compreendido, ainda, no século XVIII, como o lugar preparatório para morrer -, passa a ser o local legítimo para o exercício da medicina. A medicina, a um só tempo, garante a sua cientificidade pelas descobertas anatomoclínicas, bem como ocupa geopoliticamente os espaços dos hospitais para o seu exercício. Exercício da cura e do ensino.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XV*

*Da medicina  
do século  
XIX: novas  
configurações  
nas formas de  
conhecimento*



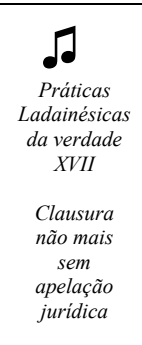
*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XVI*

*Mudam os  
tempos,  
mudam as  
condições  
históricas de  
produção dos  
objetos do  
conhecimento*

Mudam os objetos do hospital – objetos miseráveis/seres associas por objetos doentes – bem como o objeto final do trabalho muda – objeto final/salvação das almas pelo objeto/cura. Em resumo, em meio às mutações nas formas do conhecimento e das práticas nos espaços hospitalares, temos a produção dos seus novos objetos.

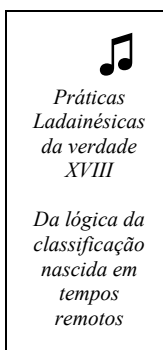
Cumpra observar as mutações dos objetos do antigo hospital geral engendradas pela nascente “medicina científica”. Mutações que se esposaram às operações sociais do final do século XVIII. Mutações de objetos que, por sua vez, se vergam ao exercício das novas práticas ladainésicas de captura da alteridade.

Movidos pelos ventos dos acontecimentos, aos corpos desatinados serão conferidas as ‘ladainhas da verdade’ para justificar a sua clausura/internação, **não mais sem a possibilidade de uma apelação jurídica, mas, por sua vez, por não terem posse formal das suas idéias.** Serão, a rigor, tutelados por um regime de discursos-saberes-práticas-jurídico-médicas = ‘serás a partir desta tua condição identificado como ‘alienado mental’ pelas lentes da ciência’.

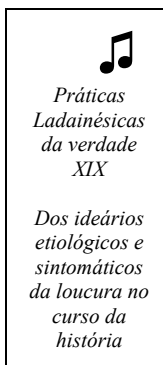


Os desvios e a diferença como emergência do diverso da natureza receberão o crivo dos esquadrinhamentos científicistas. Esquadrinhamentos que cantam numa só voz a produção da lógica das classificações vertida ao diverso da alteridade. Diversidade das existências que serão catalogadas, classificadas, ordenadas em classes, gêneros e espécies de desarazoados. Prática que, doravante, se configurará numa ladainha científicista sobre todo e qualquer corpo desviante/errante de uma dada média social.

Será preciso dar uma breve desaceleração na velocidade do nosso trabalho para não precipitarmos o nosso processo de problematização sobre a lógica de esquadrinhamentos do corpo da alteridade. A lógica do esquadrinhamento classificatório não pode ser remontada apenas ao final do século XVIII com o tratado de Pinel. Esta lógica vem se reproduzindo como prática ladainésica de classificações há tempos longínquos.



Encontraremos critérios distintos de classificação das ‘loucuras’ na corrente dos tempos. Um dos critérios milenares é o etiológico, que, por sua vez, inclui um outro critério, o sintomatológico/sintomático que fará a distinção das espécies de loucuras segundo suas expressões ou efeitos nas funções corporais ou, ainda, nos comportamentos humanos (PESSOTI, 2001c). Por este prisma, poderemos afirmar que existiu um ideário etiológico – como veremos mais abaixo – que versa sobre as causas de loucura como efeito dos deuses, dos humores e das possessões diabólicas.



Por conseguinte, antes do século XIX, as espécies de loucuras também são distinguidas, umas das outras, consoante as faculdades mentais afetadas. Neste domínio, um dúplice critério de classificação se esposaria: “Se devêssemos dar um nome a esse dúplice critério de classificação, talvez conviesse chamá-lo etiológico-filosófico, visto que o fator causal, humor, determina a espécie de loucura, mas esta depende também de qual hipotética faculdade da alma é atingida por um dado humor” (PESSOTI, op. cit. p. 23).

Consoante Pessoti, por mais de vinte séculos, a loucura foi classificada em poucos gêneros: mania e melancolia – com raras subdivisões, com poucas espécies.

Veremos, desde os tempos das epopéias homéricas, formas de classificações mitológicas da loucura. A loucura estava ligada à natureza divina ou sagrada. Cada doença orgânica ou mesmo a loucura recebia como causa a justificativa da ação dos deuses ou pelo *dáimon*. A loucura, nesta instância, encontrando superfícies para a sua emergência em formas poéticas, não recebe o estatuto patológico. A expressão da loucura comparece nos textos épicos como o estado emocional dos personagens tomados pela ação dos deuses.

No entanto, já no século V a.C., a loucura tem um estatuto “patológico”, como descontrolo da paixão e distorção do pensamento. A loucura aqui, não mais ligada à natureza divina ou sagrada, encontrará nos textos trágicos – nas obras de Sófocles e de Eurípidas – a superfície para a emergência de outros sentidos sobre seu corpo. Os textos e peças enunciavam e visibilizavam a loucura não mais como episódios dramáticos referentes à vida dos heróis imputados pelos deuses. “É um estado humano e natural de anormalidade: é, em sentido amplo, patológica” (PESSOTI, op. cit., p. 16). Nesta esfera, as categorias utilizadas eram as duas categorias da antiguidade homérica: a mania e a loucura triste. Categorias que, nas suas diversas expressões, movimentavam a narrativa de dizíveis/discursividades – dinamizadas pela fala ‘louca’ dos personagens e, com efeito, visibilizava pelo corpo a manifestação dos seus modos.

Vale ressaltar que nos textos de medicina antiga ou ainda nos textos do período grego-romano, encontrar-se-á a referência a apenas dois grandes gêneros da loucura: “loucura furiosa ou mania e loucura triste, ou melancolia (depois de Hipócrates)” (op.cit., p. 17). Na doutrina de Hipócrates, cada forma de loucura era efeito de determinado desarranjo humoral – do sangue, da fleuma, bílis amarela e bílis verde. Humores do corpo que correspondiam como extensões do universo natural: do calor, do frio, securo e umidade.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XX*

*Da mania e  
da  
melancolia:  
classificações  
antigas e  
reproduzidas  
por séculos.*

Cumpra notar que desde Hipócrates - com o seu *Corpus Hippocraticum* – até a classificação de Zacchias – já no século XVII – ainda encontraremos os termos mania e melancolia, com poucas subdivisões, estas, servindo, ainda, para a compreensão e descrição da complexa variedade de distúrbios mentais não febris.

Vale lembrar os conceitos demonistas de classificação de espécies de loucura que se prolongaram desde a Idade Média até o século XVI. Classificação demonista que explicava toda e qualquer forma aberrante de conduta e insanidade à luz dos conceitos metafísicos. Esta concepção demonista medieval da loucura estava fundada nos textos de Agostinho e de Tomás de Aquino (PESSOTI, op. cit.). Dentre os manuais de classificação das possessões demoníacas engendradoras da loucura, encontraremos o *Malleus Maleficarum*, de Sprenger e Kramer (1484), e, ainda, os manuais de Fra Eliseo (1665), bem como o de Menghius (1576). Manuais que versavam sobre os múltiplos modos que a entidade demoníaca poderia usar para alterar o exercício cognitivo e afetivo. Manuais que expressavam maneiras de se falar e formas de se ver sobre os ‘loucos possuídos’.

No entanto, no século XVIII aquelas categorias fundamentais, herança do século V. a.C. – mania e melancolia – serão substituídas por inúmeros gêneros e espécies, proliferando classificações para uso clínico, “numa época em que se consolida o domínio hegemônico da medicina no campo da teoria da loucura” (op. cit. pg. 07). Encontraremos, a partir de 1767, a importante classificação de Boissier de Sauvages, seguindo o método dos naturalistas, servindo de modelo para outras classificações como as de Erhard, de 1794, bem como a de Valenzi, de 1796. Segue-se, deste século, a produção de outras classificações como as de Cullen (1782), Arnold (1782), Chiarugi (1794). Consoante Pessoti, estas três tendências do final do século XVIII são cristalinas na obra de Pinel.

Mas, será no século XIX - quando a loucura se torna objeto da então medicina mental - que as várias classificações seguirão o critério nosológico<sup>1</sup>. A loucura, uma vez compreendida como doença, estará apoiada por uma episteme que lhe confere este sentido. *Noso* = doença, *logia* = estudo, discurso, expressão, ciência. A loucura, compreendida desde então como doença, será objeto de inteligibilidade científica.

<sup>1</sup> Cumpra observar que a perspectiva da loucura inteligida como doença pode ser encontrada na ‘teoria organicista dos humores de Hipócrates’. “A loucura, como doença que é, resulta de crise no sistema dos humores. É uma doença orgânica. Com tal idéia, Hipócrates inaugura a teoria organicista da loucura, que florescerá prodigamente na medicina dos séculos XVIII e XIX” (PESSOTI, 2001c, p. 48). No entanto, o organicismo nascente de Hipócrates estava também apoiado por uma perspectiva metafísica: numa anamotofisiologia fundada numa especulação quase mágica (op. cit.).



Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXI

Das  
classificações  
demonistas da  
Idade Média



Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXII

Século XVIII:  
Da produção  
de outros  
gêneros e  
espécies de  
loucura



Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXIII

Da hegemonia  
dos critérios  
nosológicos e  
nosográficos  
sobre o corpo  
da diferença



A loucura sendo inteligida e reduzida, doravante, pela lógica das doenças deverá ser descrita e classificada, no horizonte dos padrões clínicos, no limite, quer seja das causas etiológicas, no plano, quer seja das reações/sintomas particulares que afetam as funções somáticas e comportamentais do louco/paciente, no horizonte, quer seja da sua evolução clínica típica (marcha).

Nesta esfera, os loucos/desviados, tornados objetos clínicos, receberão as mais diversas classificações consoante o diverso da natureza dos seus sintomas e da natureza da sua alteridade. Por conseguinte, estas classificações serão adjetivadas como nosográficas, uma vez em que suas descrições são fundadas em critérios nosológicos/clínicos. “Assim, nosologia equivale aqui a “enfoque médico-clínico”, enquanto nosografia implica alguma classificação e alguma nomenclatura que designe as variedades classificadas pelos critérios médicos ou nosológicos” (PESSOTI, 2001a, p. 8). Noutros termos, o louco, tornado objeto do conhecimento, se vergará, doravante, à luz epistêmica da nosologia – enfoque médico-clínico – e, com efeito, será maculado pelas práticas ladainésicas da nosografia – enquanto signos que marcarão a sua subjetividade por toda a sua vida. Signos engendradores de preconceito, de temor e que, nas suas diversas manifestações, são inteligidas como formas de periculosidade.

Pudemos verificar de forma sumária que a lógica do esquadrinamento das experiências desviantes não é nova. Lógica das classificações: a cada tempo, um modo singular. No entanto, na maior parte do tempo, foi conferida aos desatinos a mácula da negatividade. Lógica que expressou ladainhas de saberes e de práticas produzindo formas de ver e de se falar dos desvios. Por este prisma, consoante Pessoti, o conceito básico de loucura variou muito pouco desde a antiguidade até o presente: “ela é a perda da autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno), seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento” (op.cit., p. 07).

E será o olhar do médico/especialista que, doravante, fará a triagem com os seus signos clínicos de todo aquele que possa diferir de uma média dos comportamentos em cada contexto histórico-social. Inventam-se novas práticas ladainésicas da verdade.

Peremptório acentuar o papel do médico naquela transição do hospital geral para a edificação de uma lógica asilar do final do século XVIII: este será o depositário do estatuto do conhecimento sobre o corpo da loucura ou dos desvios.

Nesta instância, Foucault (1993b, p. 127) postulará a **tríplice condição do direito absoluto da não-loucura** – no caso daqueles que trabalham em nome da razão



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXIV*

*Do conceito  
básico de  
loucura  
mudando  
pouco até os  
dias de hoje*



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXV*

*Da tríplice  
determinação  
sobre o corpo  
do desvio*

científico-médica - **sobre o corpo da loucura** – no caso aqueles considerados desatinados e desviados:

1 – **da competência daqueles que detém o saber sobre aquele que é depositário de ignorância sobre a sua condição** – vemos aqui que a ignorância e o estado de alienação sobre o mal que lhe acomete será um dos índices de captura que justificará juridicamente o confinamento e, com efeito, a tutela do ‘tratamento médico’;

2 – **daquele que possui o bom senso no acesso à realidade: vertendo o seu bom senso para a correção dos erros** (ilusões, alucinações, delírios etc.) daquele considerado alienado – vemos aqui a impregnação dos saberes, práticas e discursos médicos alienando cada vez mais aquele que sofre através da crença: ‘você é um doente mental’;

3 – **da sua condição de normalidade no confronto com a desordem e o desvio daquele concebido como desqualificado** – vemos aqui o poder daqueles que se instituem como ‘normais’ e ‘sãos’, apoiados na ladainha da verdade. Ladainha que introjeta no corpo da loucura as suas condutas, palavras, ações e gestos como norma.

Este será o trinômio fundador de uma lógica que se transformará em hegemônica, até a contemporaneidade: constituindo, consoante Foucault, **a loucura como objeto de conhecimento, tornando-se uma instância possível para a investigação e tratamento através de uma ciência médica.**

Segue-se, desta ladainha de esquadramento dos corpos, a prática de formações discursivas produzidas em meio aos enunciados cotidianos que falam dos desvios, eles mesmos, falando da sociedade e da cultura de que emergem.

Pelo que precede, assim como se ordenam plantas, hortas, a lógica nosográfica/nosológica transforma a multidão de experiências sensíveis – confusas, inúteis e perigosas para a ordem da razão científica – em multiplicidades organizadas.

A razão científica e, ao seu lado, a política e a economia desde o século XVIII encontraram o desafio de organizar em ‘quadros’ aquilo que se apresentava no curso da cotidianidade como manifestação de instabilidade e irregularidade.

Decorre daí o empreendimento de arrumar jardins de plantas e seres vivos; controlar, ordenar, regularizar, observar a movimentação/circulação dos produtos, das mercadorias e da moeda, determinando um quadro econômico estável; vigiar os homens, constatando sua ausência e sua presença, determinando registros para a constituição permanente das forças armadas; dividir os doentes, segmentando por gêneros e espécies as classificações sistemáticas das doenças, dividindo, por sua vez, o



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXVI*

*Da  
organização  
da sociedade  
em quadros*

espaço hospitalar através da arte das distribuições e das análises dos corpos, movidos pelo exercício obsessivo do controle e da inteligibilidade sobre as experiências ininteligíveis (FOUCAULT, 1987). Para entender aquilo que é da ordem da multiplicidade de experiências sensíveis, será preciso um esforço “tático” para arregimentar formas de percorrê-la. O acesso a essa ordem se edifica através do que se fala sobre essa multiplicidade, deixando-a também falar e se visibilizar num primeiro momento para, com efeito, no momento oportuno, dominá-la. A tática da ciência e de outras instâncias do século XIX vem vergar tudo que se desvia no interior das práticas de ordenamento espacial e social. Da mesma forma, a tática da ciência verga tudo que se desvia na direção da taxonomia que, por sua vez, tem a função de reduzir as singularidades individuais em classes, dentre outras operações que se ligam à economia e à política. Pelo que precede, teremos como prática ladainésica de captura dos desvios e da diferença processos táticos de organização da multiplicidade social, econômica e política que, a um só tempo, se constituem em técnicas de poder e de produção de saberes.

Daí se segue que a função do hospital psiquiátrico do século XIX é a de ser o lugar para diagnóstico e classificação: esquadramento botânico facilitando que as espécies de experiências fenomênicas sensíveis sejam, a um só tempo, divididas e geometricamente reunidas numa horta de multiplicidades. Experiências dos ‘alienados’ situadas no novo território de práticas e saberes dos até então doutos alienistas.

Desde então, a prática ladainésica das classificações foi ganhando a sua consistência numa relação complexa com outros enunciados e discursos que emergiam na cotidianidade da vida social, até o contemporâneo. Prática que ganhou outras tonalidades classificatórias com Pinel, Esquirol, Morel, Falret, Kraepelin, dentre outros no século XIX.

Vale ressaltar a perspectiva científico-metafísica de Morel na edificação da etiologia da sua famigerada teoria das degenerescências. **Inspirado na metafísica, Morel relaciona o tipo identitário ideal para a humanidade como aquele conferido nas descrições no Gênesis.** Será, a partir desta idealização, que Morel (AMARANTE, 2003, p. 53) **destinará ao pecado original a origem da degeneração moral:** “o físico vai-se assim impondo sobre o moral e novos desvios vão ultrapassando os limites do humano, caracterizando o processo mórbido”. Nesta instância, **aqueles considerados loucos, criminosos, alcoólatras, revolucionários e artistas, estarão sob o julgo e o crivo de um saber científico, colocando-os sob a mira do poder médico e jurídico.**



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXVII*

*Da Teoria da  
Degeneração  
de Morel:  
ciência e  
religião*

**Todos desviados eram considerados doentes mentais em estado de degeneração.**

Todos aqueles considerados desviados estarão sendo categorizados, segundo a noção de degeneração, proposta por Morel, como perigosos, incuráveis e cronificados.

Curiosa teoria que recoloca o corpo da loucura mais uma vez próxima daqueles que, um dia, ao seu lado estiveram: os seus companheiros de clausura nos tempos dos hospitais gerais e dos calabouços à época das sociedades de soberania. Desta vez, o estatuto do corpo do desvario e da desrazão ganhará o seu parentesco com todas outras formas de desvios que sejam dissonantes aos consonantes padrões da média social.

Outra figura eminente na história da psiquiatria do século XIX foi Kraepelin. O grande mérito de Kraepelin será o de ter inaugurado na psiquiatria os seguintes pontos (AMARANTE, op. cit., p. 57):

- 1- O de fundar uma sistemática nosológica em substituição à nosografia dos alienistas anteriores;
- 2- Através de termos distintos, fará a distinção das alienações endógenas das exógenas;
- 3- Proporá uma classificação que transita desde a sintomatologia, avaliando o curso e a terminação da doença;
- 4- Através da noção de degeneração, conferirá a esta um novo caminho a respeito das investigações relacionadas à hereditariedade: novo olhar sobre as condições hereditárias que, por conseguinte, norteará a psiquiatria até a contemporaneidade.

Será a partir desta **nova perspectiva do princípio nosológico-clínico**, que novas operações no campo da psiquiatria se darão. Seguindo o curso do pensamento de Amarante (op. cit.), poderemos compreender o vulto tomado por este princípio que, tão-somente, dará, a partir da nascente formulação compreendida como ‘unidades nosológicas’, outra orientação acerca do conjunto de aspectos e características singulares a cada doença. As unidades nosológicas terão, com efeito, **um panorama de perspectivas diversas**, quanto a sua **“etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognostica, a idade, o sexo, os hábitos etc”** (AMARANTE, op. cit., p.57).

Cumpre notar que, por meio das suas ‘unidades nosológicas’, Kraepelin operará uma importante novidade no conjunto dos saberes e discursos psiquiátricos que, por seu



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXVIII*

*Da Unidades  
Nosológicas  
de Kraepelin*



*Das Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXIX*

*Das unidades  
nosológicas:  
novas  
perspectivas  
sobre o  
desvio, a  
errância, a  
diferença.*

turno, repercutirá até a contemporaneidade. Esta novidade se refere à **noção de ‘anormalidade’**. Consoante Amarante (op. cit., p. 58) **“surgido como categoria médica no fim do século XIX, o conceito de anormalidade vem possibilitar a apropriação pelo saber médico de tudo aquilo que é percebido como não-normal”**. Desta nova perspectiva, poder-se-á extrair da vida social todo e qualquer ser desviado, indisciplinado, desatinado, desregulado socialmente e, não-somente, ao maluco, serão apontados os regimes de signos de inúmeros gradientes classificatórios.

As unidades nosológicas de Kraepelin trarão em cena a classificação possível não apenas à especificidade etiológica das diversas espécies de doenças mentais, mas, sobretudo, **manifestando a possibilidade de dar ‘terreno’ científico para a patologização quanto às varias formas de ‘anormalidade’**. Esta terrível novidade traz com a sua aparição a transição no saber psiquiátrico da noção de doença mental, que sustentou toda a psiquiatria do século XIX, para a **noção de anormalidade. Noção constituída, desde então, como o novo estatuto para as inúmeras desordens que antes eram não-classificáveis**. Esta nova concepção revestirá toda a arquitetura de discursos, das práticas e dos saberes psiquiátricos do século XX. Nesta esfera, todos aqueles que são instáveis, querelantes, litigantes, mentirosos, criminosos, dentre outros, serão, doravante, analisados pelas regulagens das novas lentes científicas: **nascimento dos anormais**<sup>1</sup>.

Segundo Foucault (2002), será, entre **1850 e 1870, que teremos os novos interesses científicos da psiquiatria vertidos, a partir de então, aos desvios e suas anomalias**. Sob esta perspectiva um novo estatuto foi conferido ao corpo do desvio. Foucault (op. cit., p. 392) assinalará a respeito da medicina mental do início do século XIX que “psiquiatrizava uma loucura que, talvez, não era uma doença, mas que ela era obrigada a considerar e valorizar em seu discurso como doença”.

Esta foi a relação de poder que institui o corpo do desvio como objeto a ser cientificizado como um corpo-patologia. Instituição do corpo do desvio como corpo patológico que dará as condições para que a medicina, no início do século XIX, fique autorizada, a funcionar como um dos poderes sobre qualquer variação dissonante dos comportamentos.

<sup>1</sup> Cumpre notar que, na contemporaneidade, as noções de doença mental e de anormalidade se esposam às práticas, discursos e saberes que estão vertidos na atenção dos ‘usuários dos serviços de saúde mental’. É verificado, na prática, que os discursos dos usuários estão contaminados, a um só tempo, pelas noções de anormalidade e de doença mental: ‘não sou normal...’ ou ‘a minha doença...’. Por outro lado, os profissionais da assistência à saúde mental estão também cronificados por esta perspectiva: tornam-se parte de uma ‘usina de cronificação’ que promove a alienação das causas do sofrimento e do mal estar que ainda nos são obscuras – as práticas, os discursos e os saberes engendram a crença da identidade anômala e doentia.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXX*

Do conceito  
de  
anormalidade:  
ampliação da  
captura da  
diferença sob  
novas  
perspectivas  
discursivas e  
teóricas.

Será, por conseguinte, a partir deste período – entre 1850 e 1870 – o momento derradeiro: a criação de grandes edifícios teóricos que produzirão discursos balizados como verdades oficiais. Discursos que vêm produzir o saber da psiquiatria como hegemônico sobre o corpo dos desvios e da diferença.

Seguindo a ótica traçada por Foucault, traremos em cena o fio da sua análise sobre a edificação de uma nova ladainha da verdade que, por seu turno, seguirá os princípios, a saber:

I – A nascente psiquiatria em cena, a partir do meio do século XIX, **vem edificar como mandato científico**: “Primeiramente, **organizar e descrever**, não como sintomas de uma doença, mas simplesmente como síndromes de certo modo válidas em si, como síndromes de anomalias, como síndromes anormais, toda uma série de condutas aberrantes, desviantes etc”(op. cit., p. 395);

II – **A noção de doença mental** na psiquiatria do início do século XIX **estava atrelada à presença do delírio**. A medicina do meado do século XIX precisaria incluir na sua ‘sindromatologia’ a noção de delírio – para que os anormais pudessem ser ‘medicalizados’ e, com efeito, permitindo que se construísse, a partir deste novo estatuto, “[...] uma verdadeira medicina mental, uma verdadeira psiquiatria do anormal” (op. cit. p. 396). O anormal será convertido em doente. Segue-se daí o surgimento das grandes categorizações e classificações do delírio: delírio de posse, de perseguição, dentre outros mais;

III – **A terceira noção característica deste momento** da nascente psiquiatria moderna será “[...] o aparecimento (e creio eu ser esse o ponto essencial) da **curiosa noção de ‘estado’**, que foi introduzida por volta dos anos **1860-1870 por Falret** e que encontramos reformulada posteriormente de mil maneiras, essencialmente com o termo ‘fundo psíquico””(op. cit., p. 396).

Versando a respeito deste tema, Foucault nos dá as condições, pelo fio da sua análise, para compreendermos **o estatuto de anormalidade** disseminada pela corrente dos tempos, até a contemporaneidade.

A noção de estado torna-se objeto psiquiátrico privilegiado (FOUCAULT, op. cit.). A noção de estado não é exatamente uma doença – seu desencadeamento, suas causas, seu processo. Mas, outrossim, o estado “[...] é uma espécie de fundo causal permanente, a partir do qual pode se desenvolver certo número de processos, certo número de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença. Em outras palavras, o



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXI*

Da geografia da verdade eliciada pela medicina na captura dos desvios e desatinos no meio caminho do século XIX.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXII*

Falret:  
esculpindo a  
noção de  
estado – fundo  
psíquico.

estado é a base anormal a partir da qual as doenças se tornam possíveis” (op. cit., p. 397).”

Foucault nos aponta para a diferença entre a noção de estado e a velha noção de predisposição: a última era uma simples virtualidade, “[...] podia-se ser normal e ser predisposto a uma doença. E, por outro lado, a predisposição predispunha precisamente a determinado tipo de doença e não a outro” (op. cit., p. 397).

Do ponto de vista foucaultiano, **o estado**, noção cara a esta nascente psiquiatria moderna, estaria para **uma unidade de base**, como que **oriunda de um centro de onde adviria e caracterizaria aquele considerado anormal**. Desta perspectiva, segundo Foucault, ‘o estado é um verdadeiro discriminante radical’. Os indivíduos normais não seriam aqueles portadores de um ‘estado’. Por outro lado, aqueles que são anormais são detentores de um ‘estado’ que possui como característica a sua ‘fecundidade etiológica’, esta sendo total e absoluta.

**Aquele detentor de um ‘estado’ será, doravante, aquele sobre o qual qualquer coisa poderá ser produzida: desde uma deformidade a um distúrbio funcional, de um impulso a um ato de delinqüência.** O ‘estado’ será esta unidade de base de onde se extrairá tudo o que poderá se efetuar naquele que, a partir de então, será atribuído o estatuto de anormal.

Para a nascente psiquiatria moderna do último terço do século XIX, **o ‘estado’** estará na condição essencial de ser uma “[...] **espécie de déficit geral das instâncias de coordenação do indivíduo. Distúrbio geral no jogo das excitações e das inibições; liberação descontínua e imprevisível do que deveria ser inibido, integrado e controlado (...)**” (op. cit., p. 397, grifos nossos).

A ‘ausência de unidade dinâmica’ - presente nos anormais - traz a condição de engendramentos de novas e novas cadeias ‘sindromatológicas’, isto é, contribuindo na edificação de mais e mais unidades nosológicas, tal como podemos verificar na contemporaneidade: sempre uma forma e um sentido para ser dado às experiências estranhas humanas que possam diferir do que seja a ‘normalidade’ social de uma dada cultura.

Seguindo o olhar fino e cuidadoso de Foucault, poderemos, ainda, extrair considerações importantes para a condução da nossa pesquisa, apoiados na noção de ‘estado’.

**Duas grandes vantagens são apontadas pela noção de ‘estado’:** a primeira será **permitir a associação explicativa, por analogia, colocando qualquer expressão, seja do corpo-físico ou da esfera comportamental, numa cadeia explicativa, por mais dissonante que possa ser** <sup>1</sup>.

Algum ponto comum será encontrado para a explicação destas expressões. Foucault aponta para a extraordinária capacidade de integração entre aquilo que é expressão do físico com o que é expressão das condutas: “A capacidade de integração da noção de estado nessa patologia, nessa medicalização do anormal” (op. cit., pg. 398).

A **segunda vantagem** será vista pelo plano fisiológico: a partir de então, será conferida a todo comportamento desviado, desatinado, diferente, uma unidade de base fisiológica: “O que é esse estado? É precisamente a estrutura ou o conjunto estrutural característico de um indivíduo, ou que teve seu desenvolvimento interrompido, ou que regrediu de um estado de desenvolvimento ulterior a um estado de desenvolvimento anterior” (op. cit., p. 398).

Condição que construirá o edifício teórico sobre o ‘corpo de fundo’ que irá, tão-somente, justificar e explicar, numa ótica identitária e etiologicamente herdada, isto é, por uma causalidade própria, **o surgimento de um indivíduo que é vítima de si:** “[...] sujeito, portanto, portador desse estado de disfuncionamento” (op. cit., p. 399).

Toda uma produção discursiva e de saberes apoiará as práticas deste último terço do século XIX, sustentada pelas unidades nosológicas de Kraepelin e pelos estudos da hereditariedade: destinando a **origem do estado anormal**. Foucault (2002) apontará para o **‘laxismo causal indefinido’**, produtor de uma arquitetura explicativa de que **tudo poderá ser causa de tudo**, consonante ao estudo da hereditariedade. Deste laxismo causal será extraída a noção de que uma doença hereditária poderá, tão-somente, **explicar a natureza de uma outra doença que não tenha nada a ver com a primeira**. Toda e qualquer doença poderá ser fruto de outra doença de natureza diversa: não somente doenças físicas, mas, outrossim, um vício, a embriaguez, ou qualquer forma de desvio, será explicado por uma herança ancestral: um mal que lhe foi reservado como espólio.

<sup>1</sup> Deleuze & Guattari (1996) nos apresentarão as características que se esposam à noção das analogias: por um lado, teremos as analogias de proporção – algum ponto ou traço de um objeto é comum a um outro: ‘isto é parecido com aquilo’, levando à construção infinita e, em série, de explicações e significâncias até chegar a um grande analogante, ou seja, a uma explicação que se reduzirá a uma unidade de base. A psicanálise se utilizou deste procedimento: ‘o lápis é o pênis’; ‘o túnel é a vagina da mãe...’ etc. Toda uma cadeia causal linear explicativa fará chegar em Édipo; no complexo de castração etc. Por outro lado, encontraremos as analogias de proporcionalidade: ‘isto está para aquilo, como aquilo está para isto’. Procedimento analogizante, também encontrado nas reduções interpretativas psicanalíticas: o cavalo de pernas abertas caído está para a mãe de pernas abertas para o pai. A analogia aqui se caracteriza pela função semelhante e não por um traço característico de um objeto com outro.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXIII*

Da Ladainha  
da  
Anormalidade



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXIV*

Do laxismo  
causal da  
hereditariedade  
e: tudo pode  
ser causa de  
tudo.  
Analogias de  
proporção.



Através do laxismo causal conferido à hereditariedade, estabelecem-se tramas hereditárias fantásticas: um desvio em algum descendente será a explicação para a emergência de um estado mórbido de algum ascendente.

É de capital interesse a análise de Foucault referida à teoria da hereditariedade que, a um só tempo, permitirá, à ‘psiquiatria do anormal’, a construção de um edifício teórico vertido à produção de discursos e saberes que versam sobre “[...] o casamento são ou malsão, útil ou perigoso, proveitoso ou nocivo” (op. cit., p. 401). Cumpre notar, quantos amores, quantos romances foram subtraídos a partir desta lógica! Quantas crianças foram excluídas por serem filhos de bêbados, tarados e outros desviados!

Peremptório acentuar sobre a formulação da teoria da hereditariedade: nascida ou herdada do edifício teórico da degenerescência proposta por Morel em 1857. Do ponto de vista de Foucault: “A degeneração é a peça teórica maior da medicalização do anormal. O degenerado, digamos, numa palavra, que é o anormal mitologicamente – ou, se preferirem, cientificamente – medicalizado” (op. cit., p. 401).

A constituição histórica do degenerado como personagem psiquiatrizado – efeito das taras hereditárias e portador de um estado que não é um estado de uma doença, mas, sim, de um estado de anomalia – permite o poder e a primazia da psiquiatria – enquanto saber e poder – sobre o corpo da diferença e dos desvios. Consoante Foucault (op. cit., p. 401): “De fato, a partir do momento em que a psiquiatria adquire a possibilidade de referir qualquer desvio, anomalia, retardo a um estado de degeneração, vê-se que ela passa a ter uma possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos”.

Assistimos, desde então, a hegemonia de uma psiquiatria moderna nascente que, por seu turno, colocará as suas redes sobre todo e qualquer corpo desviado ou errante: interiorizando o mal; personificando o ‘estado’; dando identidades definidas a cada ‘síndromatologia’; redefinindo o seu mandato social.

Foucault (op. cit., p. 402) afirmará que, considerando o momento “[...] **em que a loucura se apresenta efetivamente como tecnologia do anormal, dos estados anormais fixados hereditariamente pela genealogia do indivíduo, (...) o próprio projeto de curar não tem sentido**”. Desta nova condição, a psiquiatria justificará o seu mandato social, funcionando como um protetor da coletividade, protegendo a sociedade daqueles de quem potencialmente poderá ser vítima - daqueles que são tributários do estado de anormalidade.

Vemos a fundação de um modelo psiquiátrico e de ‘assistência’ que se encaminhou à função maior de ordem, em nome – claro – do ‘progresso social’.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXV*

Do  
degenerado  
reposto na  
árvore da  
hereditarieda-  
de: portador  
de um estado e  
não uma  
doença.

Progresso protegido pelas práticas ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença. Ladainhas de maculação do corpo da alteridade. Corpo que faz parte do plano coletivo, ele mesmo, compreendido como uma das superfícies de emergência de discursos sobre os desvios e a errância. É o que veremos na próxima seção.

### ***I.III - DA COMPLEXA NERVURA DE RELAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DOS OBJETOS***

Não poderemos cair no ingênuo caminho acreditando que a instância psiquiátrica disseminou seus conceitos no interior das suas práticas, tendo, como efeito, estes mesmos conceitos espalhados nas experiências cidadinas, doutrinando passivamente o tecido social. Esta fórmula pode enganar as percepções mais desavisadas. Poderemos começar a interrogar sobre as condições que permitiram o corpo da diferença e do desvio a continuar na contemporaneidade a ser objeto psicopatologizado! Quais as condições que, ainda, permitem conferir ao corpo do desvio e da diferença o estatuto das unidades nosográficas, nosológicas, psicopatológicas?

A crença na teleologia científica produtora de verdades universais se edificou numa tecedura complexa de relações. Relações de onde teremos como elemento constituinte a **‘superfície de emergências’** (FOUCAULT, 2005a). Superfície constituída pela extensão, seja da família, das redes de vizinhança, do meio do trabalho, da comunidade religiosa, no horizonte, seja da comunidade literária, com seus escritos poéticos, fazendo dizer as vozes da alteridade, pela comunidade de pintores que, através da sua arte icônica, fazia ver as várias formas do desvio e da diferença, dentre outras superfícies.

Superfície onde se tecerá – produzindo e reproduzindo -, num feixe de relações desde o século XIX, a emergência do saber psiquiátrico como o mandatário legítimo para ‘tratar’ e ‘encontrar’ as possíveis virtualidades dos desvios que escapavam à média social.

Será na superfície das relações constitutivas do plano social que a emergência da racionalização, dos códigos conceituais, das teorias, se reproduzirá, recebendo o estatuto de verdadeira. Misturas de enunciados que faziam dizer sobre o corpo dos desvios, hibridizando-se com os enunciados proferidos pelas instâncias de delimitação. Seguindo esta perspectiva, teremos nas **‘instâncias de delimitação’** a instituição da medicina



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXVI*

Das  
superfícies de  
emergências:  
constituinte da  
complexa  
nervura de  
relações para a  
formação dos  
objetos

como conjunto de práticas e de saberes sobre o corpo da loucura, regulamentada pela corporação dos indivíduos que compõem o corpo médico, como saber legitimado e reconhecido pela opinião pública, pela justiça e pelo Estado. A loucura e a diferença ganharão, doravante, a marca patológica da instância científica. Instância que rastreia, designa, distingue, nomeia e tributa a loucura como objeto a ser cientificizado, racionalizado. Cabe ressaltar: não foi apenas a medicina quem foi tributária deste papel. O aparelho jurídico legitimou a alienação mental através da crença na “[...] irresponsabilidade, das circunstâncias atenuantes e com o uso de noções como as de crime passional, de hereditariedade, de perigo social” (op. cit., p. 47). Por sua vez, a autoridade religiosa também fará parte das instâncias de delimitação. Instância de decisão espiritual que vem delimitar as experiências separando “[...] o místico do patológico, o espiritual do corporal, o sobrenatural do anormal, e na medida em que pratica a direção de consciência mais para um conhecimento dos indivíduos do que para uma classificação casuística das ações e das circunstâncias” (op. cit., p. 47).

Por conseguinte, será nesta esfera produtora de racionalizações sobre o corpo do desvio e da diferença – efetuada pelas instâncias de delimitação – que encontraremos a **‘grade de especificações’** (FOUCAULT, op. cit.). Encontramo-nos, pois, com a tecedura de sistemas que, por definição, separa, opõe, especifica, agrupa, classifica, faz derivar as diferentes formas de desvios. Diferentes formas de ser que se tornam, desde então, objeto do discurso psiquiátrico. Cumpre observar que, para que o discurso psiquiátrico ganhasse a hegemonia que, ainda, assola o contemporâneo, foi preciso que um conjunto de relações tenha se produzido. Relações entre as instâncias de emergência, de delimitação e de especificação. Assistimos à insistente relação entre as instâncias de decisão médica e jurídica: as condutas transgressoras puderam se tornar objetos de saber, proporcionando o diálogo entre a grade de especificações psiquiátricas e as categorias penais. Desta relação encontraremos o filtro edificado pelos interrogatórios judiciais, policiais e a investigação reciprocamente associada ao filtro das práticas psiquiátricas: a pesquisa dos antecedentes históricos e biográficos, o questionário médico e os exames clínicos.

Encontraremos na tecedura dos feixes de relações - que atuaram no discurso psiquiátrico, edificando a sua hegemonização como universal e absoluto – a relação constituída entre as normas familiares, penais, sexuais e do comportamento dos indivíduos. Desta relação teremos a filtragem dos sintomas patológicos que escapam à média dos comportamentos sociais para, por sua vez, se constituírem nas matérias-



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXVII*

Das instâncias  
de  
delimitação:  
entrelaces das  
instâncias de  
poder



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXVIII*

Da grade de  
especificações  
e a  
classificação  
das diferentes  
formas de  
delinquência,  
loucura,  
desvios.

primas em que as formações discursivas médicas e jurídicas se inspirarão. Estas e outras relações garantiram, desde o século XIX, a produção dos objetos científicos a serem ordenados, classificados, ortopedizados. Objetos que, por definição, são efeitos das relações componíveis entre as superfícies – família, redes de vizinhança, escolas, presídios, trabalho, comunidade religiosa, dentre outras - de onde puderam emergir e se reproduzir os saberes delimitados pelas instâncias científicas, jurídicas e religiosas, misturadas aos saberes locais das superfícies. Produção e reprodução não contínua de formações discursivas, estabelecidas entre um feixe complexo de relações. Relações que, nas suas diversas manifestações, dão condições de produção e reprodução do racionalismo científico no contemporâneo, permitindo o contínuo aparecimento e visibilidade do corpo dos desvios e da diferença iluminados pelos discursos psiquiátricos.

Pelo que precede, poderemos compreender que os asilos, as prisões, as escolas surgiram como lugares de visibilidade de objetos a serem modelizados, ao mesmo tempo em que a medicina, o sistema jurídico e a pedagogia formulavam, no século XIX, enunciados primordiais sobre a loucura, a delinquência e a disciplinarização das crianças.

Assim, a nosografia/nosologia, enquanto forma de expressão, define um campo de dizibilidade – i. e., os enunciados da doença mental – e, por conseguinte, os asilos inicialmente, e, posteriormente os dispositivos de saúde mental – como forma de conteúdo – define um local de visibilidade como espaço que está impregnado dos signos das entidades mórbidas, onde estão contidos os seus objetos ‘doentes mentais’.

Com efeito, teremos, a cada condição histórica, formas de fazer ver e maneiras de fazer dizer sobre os objetos. Condição histórica, ela mesma, criadora da nervura complexa de relações, engendradora dos seus objetos. Assim, o aparecimento do asilo emerge como uma nova maneira de ver e de fazer ver os loucos. Forma bem distinta da maneira da Antiguidade, da Idade Média, ou do Renascimento. “A medicina, por sua vez, assim como o direito, a regulamentação, a literatura, etc., inventam um regime de enunciados que se refere à desrazão como conceito” (DELEUZE, 1988, p. 58).

E será pelo jogo dinâmico das vozes e dos olhares que o saber nascerá. Saber, ele mesmo, filho das núpcias daquilo que é visível e dizível/audível. Sonoridades de enunciados que emergem de superfícies entrelaçadas de diferentes domínios. Domínio família, domínio das artes, dentre tantos outros domínios. O entrelaçamento complexo destes e de outros domínios fazem dizer e fazem também nascer saberes. O saber será



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XXXIX*

Das maneiras  
de se fazer ver  
e formas de se  
fazer dizer  
sobre os  
desvios em  
cada condição  
histórica

inteligido na sua constituição como o entrelaçamento e composições possíveis dos planos de emergências de visíveis – que fazem ver objetos como conteúdo, contidos nas estruturas espaciais – e, por sua vez, pelos enunciados que compõem a partitura sonora de discursos sobre os objetos de uma dada condição histórica. “O que se pode concluir é que cada formação histórica vê e faz ver tudo o que pode, em função de suas condições de visibilidade, assim como diz tudo o que pode, em função de suas condições de enunciado” (DELEUZE, op. cit., p. 68).

Segue-se daí que a hegemônica lógica da psicopatologização dos desvios e da diferença não poderia ser edificada exclusivamente pelas instâncias de delimitação médico-científicas. O louco, o devasso, o degenerado se tornaram objetos do conhecimento pela complexa nervura de relações entre as inúmeras superfícies de emergência, as instâncias de delimitação e as grades de especificação.

Formas de fazer ver a loucura e maneiras de se falar sobre ela são tecidas no contemporâneo: não da forma de outros tempos. Formas de fazer ver e de se falar, das quais os ambulatórios de saúde mental são tributários. Este será o nosso ponto de incidência a partir da próxima seção.

#### ***I.IV - DO NASCENTE AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL NAS TERRAS BRASILIS.***

Neste primeiro momento, faremos uma breve excursão histórica sobre os ambulatórios de saúde mental no Brasil. Desejamos desenhar algumas imagens sonoras e visuais a respeito de um dispositivo que, durante muito tempo, é tributário da lógica de produções de práticas ladainésicas sobre os desvios.

O primeiro ambulatório psiquiátrico no Brasil nasceu na gestão de Juliano Moreira, no Hospital Nacional de Alienados, situado na cidade do Rio de Janeiro, no início do século XX. Este ambulatório foi destinado àqueles encaminhados ao serviço sanitário do HNA. O objeto de trabalho desta unidade era a de acolher os casos de perturbações mentais que eram inelegíveis para a internação. Casos de epilepsia, histeria, dentre outros, foram de forma gratuita examinados e medicados: assistência que poupou o Estado das despesas que decorreriam da possível internação destes casos (ENGEL, 2001).



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XL*

Da complexa  
nervura de  
relações  
constituintes  
engendradoras  
dos objetos de  
conhecimento



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLI*

Do primeiro  
ambulatório  
psiquiátrico no  
Brasil



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLII*

Do  
ambulatório  
do Engenho  
de Dentro na  
pesquisa do  
tipo normal e  
o tipo de  
degenerado.

Em meio aos relatórios e congressos científicos que apregoavam a necessidade peremptória de mais verbas para a abertura de novos asilos, teremos, na década de 20 do século XX, a inauguração do ambulatório do Engenho de Dentro: fundado sob a lógica da nascente Liga Brasileira de Higiene Mental, pelo diretor da colônia, Gustavo Riedel, em 1921.

As suas funções eram as de dar acompanhamento ao egresso, mas, por sua vez, “[...] a de disseminar aconselhamento genético a título de prevenção de distúrbios mentais” (RESENDE, 1987, p. 54).

Cabe acentuar que, ao lado das suas funções de tratamento e orientação, o ambulatório se destinaria, segundo o Dr. Plínio Olinto - então chefe do ambulatório Rivadávia Corrêa da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro:

**Uma que vai produzindo seus frutos... se refere à nossa preocupação constante de indagar das causas da loucura para indicar a sua profilaxia. Outra... mais ampla..., mais difícil, menos humanitária talvez, porém muito interessante... como complemento da primeira. É o estudo acurado, paciente, minucioso, longo, dos degenerados que acodem à consulta, carregados de tara neuropsicopática... A observação de cada um sob o ponto de vista psicológico, a psicometria individual por meio de testes ou armada de aparelhos de psicologia experimental, conseguirá, num futuro não remoto, estabelecer o tipo normal do brasileiro e o tipo de degenerado, pelo menos no Distrito Federal (ENGEL, op. cit. pg. 304).**

A ladainha classificatória da degeneração ainda se fazia presente neste momento. Será oportuno darmos um pequeno recuo para meados do século XIX, no sentido de podermos nos encontrar com as práticas ladainésicas da verdade referidas à produção dos **conhecimentos eugênicos nas terras brasis. Conhecimentos que, nas suas diversas expressões, vêm contaminar o imaginário social: reinscrevendo suas ressonâncias até o contemporâneo.**

**Encontraremos já em 1857 os aconselhamentos médicos aos matrimônios.** Na sua tese sobre o histerismo, o Dr. Cordeiro apresentará a condenação do casamento entre parentes próximos e, por conseguinte, propunha as condições de saúde do cônjuge: que gozasse de boa saúde, apresentasse um temperamento sanguíneo linfático, fosse moderado no prazer, fosse paciente e discreto, podendo conferir à sua família uma [...] “sã habitação” e uma “boa nutrição” (ENGEL, op. cit., p. 166).

A gestão dos casamentos pelos médicos não se reduziria apenas aos ‘assuntos nupciais’, mas também **dirigida às condições que promovessem a justificativa de divórcio.**



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLIII*

Dos  
aconselhament  
os médicos  
aos  
matrimônios  
em 1857.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLIV*

Dos  
casamentos  
higienizados  
pelo olhar dos  
especialistas  
brasileiros.

Nesta esfera, encontraremos a tese do Dr. Justino Alves Pereira Júnior em 1911, defensor de “[...] que as moléstias mentais constituíam um motivo forte e legítimo para a anulação do casamento”, desde que, conforme afirmava o professor Souza Lima, fossem diagnosticadas como “incuráveis e transmissíveis por contágio ou herança” (op. cit, p. 167).

Consoante Engel (op. cit., p. 167), encontraremos, no artigo 20 da lei do casamento civil, a garantia “[...] aos pais, tutores e curadores de menores e interditos, o direito de ‘exigir do noivo ou da noiva de seu filho, pupilo ou curatelado, antes de consentir no casamento, certidão de vacina e exame médico’”.

**Vemos a inscrição das teorias do fisiologista inglês Francis Galton,** desenvolvidas desde os anos 60 do século XIX: teorias apoiadas por noções darwinistas, sendo, por seu turno, considerado o pai das teorias eugênicas.

Podemos assistir ao **saneamento das experiências cidadinas, tributárias de um ideal ladainésico de purificação racial, revestida de saberes e discursos científicos.** Os discursos e saberes científicos apoiados pela ótica eugênica vieram acentuar o preconceito sobre o corpo do desvio e da diferença, posto que Galton definiria em 1889 a eugenia como a:

[...] ciência do melhoramento do patrimônio hereditário que, de modo algum, se limita a uniões judiciosas, mas que, no que diz respeito ao homem, se preocupa em dar em certa medida, às linhagens mais adaptadas ou mais bem dotadas, mais oportunidades em relação àquelas que o são menos (ENGEL, op. cit., p. 168 e 169)

Encontraremos um dos precursores do ideal eugênico no Brasil, na figura do **Dr. Renato Kehl: fundador da Sociedade Eugênica de São Paulo.** A nascente instituição tem o seu **ano de nascimento em 1917.** Este douto especialista afirmará em 1920 que os objetivos da eugenia seriam o de estudar: “[...] os meios pelos quais se evita o abastardamento das raças, determinando as vias pelas quais se perpetua a geração de indivíduos sãos, robustos e belos...” (op. cit., p. 170).

A proliferação das idéias eugênicas no Brasil, nos meios médicos, se deu através dos discursos e artigos publicados nos principais jornais brasileiros.

Todo um complexo trabalho de higienização e assepsia da sociedade deveria ser promovido, para que se evitassem a natalidade desviada e degenerada. A perspectiva higienista promoveria as condições de ‘procriações sãs’: através de uma educação



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLV*

Do saneamento das experiências cidadinas brasileiras: inspiração dos princípios eugênicos de Galton.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLVI*

Dr. Renato Kehl: precursor dos princípios eugênicos pela Sociedade Eugênica de São Paulo: estudando os meios pelos quais se evitam o abastardamento.

eugênica (ENGEL, op. cit.). Evitar-se-ia, através da eugenia, a reprodução dos ‘homens de mal’: os vagabundos, os bêbados, criminosos, enfim, os degenerados de todas as espécies. Por outro lado, teríamos, com efeito, os ‘homens de bem’, i. e., os homens normais. Estes estariam longe dos defeitos morais, físicos e psíquicos encontrados naqueles degenerados que receberam hereditariamente suas mazelas. O controle dos casamentos, através do exame obrigatório de sanidade pré-nupcial, era uma das recomendações da lógica higienista/eugênica. Ainda era recomendada a esterilização da ‘multidão de aberrados’ que, por meio das suas deficiências, contaminam a humanidade.

Retomando a nossa breve excursão histórica sobre as práticas ladainésicas da verdade referida ao corpo do desvio e da diferença pelo início do século XX, encontraremos nas palavras do Dr. Henrique Roxo, tecidas em 1904, a respeito da teoria do branqueamento do cérebro para os negros (ENGEL, op. cit.). Teoria que versava sobre a evolução que não havia comparecido nesta ‘raça’. Estes teriam ficado retardatários em relação à ‘raça branca’. No entanto, não seria pela sua cor escura que a marca da inferioridade se expressava. Mas, outrossim, em relação ao seu cérebro. O cérebro dos negros, para esta teoria, era “[...] pouco afeito ao trabalho, um órgão que de grandes esforços não era capaz” (op. cit., p.174). Cabe ressaltar que esta teoria indicava a capacidade de atividade cerebral dos negros inferior à capacidade intelectual dos brancos. Esta perspectiva acreditava que um negro ‘com esta tara hereditária’, ao ter filhos com uma negra, pudesse – ao longo de um processo de exercícios cerebrais – procriar proles “[...] com o cérebro tão evoluído quanto o de um branco. Seria tão inteligente quanto este” (op. cit., p. 174).

Este era o domínio micropolítico de onde os psiquiatras brasileiros apostavam na possibilidade de ‘evolução biológica’ das ‘raças inferiores’, mediante a ação do meio ‘civilizado’ e da educação. Por conseguinte, poderiam atingir o mesmo nível de desenvolvimento intelectual da raça branca.

Seguindo o fio desta lógica, em vez de se branquear a pele negra, ter-se-ia, através da educação branca, o ‘branqueamento do cérebro’.

**Será, nos anos de 1923, que a Liga Brasileira de Higiene Mental será criada por Gustavo Riedel, tendo como objetivos as estratégias preventivas apoiadas nos ideários eugênicos.**



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLVII*

*Da Teoria de  
branquear o  
cérebro dos  
negros*



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLVIII*

*Da ação  
psiquiátrica na  
direção das  
experiências  
sociais e os  
princípios  
norteadores da  
prática.*



Teremos, a partir desta lógica, **a extensão das ações de medicalização do social, não apenas restritas às paredes e aos muros dos hospícios, mas, outrossim, se estendendo em rede na direção de todas as experiências sociais.**

Segundo Engel (op. cit., p. 178), “[...] a missão do psiquiatra não apenas tornava-se cada vez mais ampla, mas assumia também uma dimensão social e política cada vez mais profunda”.

Comparecerá nas palavras do douto especialista, Dr. Carlos Penafiel, a extensão das **ações mandatárias da Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1925**, criando um Instituto de Psicologia Experimental, com os seguintes princípios:

- 1º – Servir à ordem e à justiça (polícia preventiva e polícia judiciária);
- 2º – Servir à educação da criança no lar e na escola...;
- 3º – Servir à economia social ou à ciência econômica para que possa alargar o seu domínio e o futuro das capacidades individuais sem que estas cessem... de ser sociais na sua destinação.

Assistimos à produção ladainésica de práticas históricas vertidas ao controle social, que versam sobre a normatização da sociedade e para o controle das virtualidades (FOUCAULT, 2003). Controle sobre todo aquele que virtualmente/possivelmente poderá desonrar, sacudir, estremecer e bagunçar as normas sociais. Ladainha de higienização reproduzida pelos ideários eugênicos – e outros – que puderam circular nas terras brasilis: através dos jornais, palestras, congressos e, com efeito, no interior dos manicômios e daquele então ambulatório Rivadávia Corrêa da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro.

Compreendemos, portanto, que o ambulatório, desde o seu nascimento no Brasil, funcionou como uma *apojatura* da lógica asilar. *Ambulatório apojatura dos hospícios*, assim como as notas musicais de apoio. Notas ornamentais que se inclinam à nota ‘real’. Decorre daí que a lógica que era visibilizada e enunciada no interior dos ambulatórios, desde o seu nascimento, segue a tecedura melódica e rítmica, em maior ou menor grau, dos ideários ladainésicos que circulavam nos hospícios. Ideários que circulavam no interior dos ambulatórios: estes não eram manicômios, mas, que, por seu turno, produziam outras formas de manicomialização das existências.

Pelo que precede, mudam-se os nomes, mudam-se os personagens, mudam-se os tempos, mudam-se os discursos, mudam-se as práticas, mudam-se as estruturas de atenção, mas, tão-somente, o tema não muda: pulverizar a diferença, o desvario, aquilo que é estranho aos olhos das organizações sociais que visam estritamente seguir a cadência melódica e rítmica dos seus princípios ‘racionais’, ‘lógicos’ e ‘objetivos’.

Cadência que segue a fórmula de se inventar maneiras de se dizer e de se ver o diverso da natureza e a natureza da alteridade pelos signos do negativo. Cadência rítmica descontínua de reprodução de práticas, elas mesmas, distintas em cada condição histórica. Distinção de práticas produtoras e criadoras de diferentes objetos. Objetos que serão visibilizados e enunciados por estruturas/dispositivos e pela cadência discursiva que centripetiza qualquer dissonância dos padrões médios sociais aos seus centros de poder.

Centros de poder que centripetizaram à sua ordem, no decurso dos contingentes momentos históricos, as inúmeras experiências desviadas, reduzidas aos signos do negativo que poderiam ser inteligidas sobre outras perspectivas. No entanto, durante a maior parte do século XX, a atenção psiquiátrica no Brasil seguiu a lógica hospitalocêntrica, não tendo a primazia de outras ações.

**Na década de 40, encontramos-nos com a existência de poucos ambulatórios psiquiátricos oficiais**, criados por Aduino Botelho, com a inauguração do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), sendo Botelho o seu primeiro diretor. **Na década de 60, mais precisamente em 1961, os ambulatórios psiquiátricos eram em número de 17 em todo o país** (CERQUEIRA, 1984).

**Foi, no período que se seguiu à revolução de 1964, que ocorreu a massiva contratação dos leitos psiquiátricos nas clínicas da iniciativa privada. Diga-se de passagem: esta lógica dos atendimentos privados está afinada ao tom da nascente ideologia privatista do movimento de 1964** (RESENDE, op. cit.).

**Nesta esfera, encontramos uma rede ambulatorial em estado incipiente, funcionando como uma rede de triagem para a psiquiatrização nos manicômios.** Foi, entre os anos de 1965 e 1970, que ocorreu a torrente maciça de pacientes encaminhados pelos ambulatórios ou por outros recursos médicos aos hospitais psiquiátricos da rede privada: saltando de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final destes cinco anos. A empresa manicomial ganha força somada ao controle frouxo da duração das internações.

**Cumpramos ressaltar, neste ponto, a presença de uma clientela que veio somar a estes lugares: neuróticos e alcoolistas em número representativo.**

Castel, (apud. RESENDE, op. cit.) - pensando sobre esta mesma ocorrência na situação americana -, afirmará que **o hospital como um lugar de tratamento para os**



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
XLIX*

Dos poucos ambulatórios existentes na década de 40 e 60 do século XX, no Brasil.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
L*

Ambulatórios funcionando como uma rede de triagem para a hospitalização manicomial.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
LI*

Do aumento de neuróticos e alcoolistas nos hospícios.

**desviantes e marginais percebidos como perigosos**, foi o espaço conferido àqueles com um ‘rótulo nosológico impreciso’.

A ótica conferida por Resende (op. cit., p. 62) especula que “[...] sob o elástico rótulo de neurose ou outra categoria nosológica igualmente imprecisa, se escondam problemas sociais diversos que têm no asilo a única solução possível”.

Cerqueira (op. cit., p. 31) ampliará a nossa perspectiva a respeito do tema em tela, apresentando-nos **uma dimensão tenebrosa sobre a produção de espaços-leitos** para aqueles que poderiam estar sendo acompanhados em ambulatórios de saúde mental ou em postos de saúde e outras intervenções extra-hospitalares:

**Apesar das restrições as internações por neurose, estas foram: 5.186 em 1965, 15.766 em 1970, 70.383 em 1975 e 85. 769 em 1976. O próprio presidente do INPS, em recente declaração à imprensa, atualizou estes números para 1977: 200.000 internações psiquiátricas desnecessárias, ao custo de um bilhão de cruzeiros. Disse também que a Federação dos Hospitais, poderoso órgão das empresas de saúde, estaria contra os planos de atendimento extra-hospitalares do INPS porque estes reduzem os lucros dos hospitais.**

A inexistência de dispositivos extra-hospitalares era a regra: **‘nos ambulatórios repetiam-se, em tom diferente, os mesmos processos de cronificação e uso excessivo de medicamentos’** (op. cit., p. 174 e 175, grifos nossos).

Tom que, ainda, pode ser encontrado, em maior ou menor grau, nas práticas dos ambulatórios de saúde mental do contemporâneo. Práticas que, ainda, podem estar acompanhando a perspectiva centrípeta do olhar científico como a única no acompanhamento da diversa experiência de sofrimento humano. Experiência humana que sofreu e, ainda, sofre a interferência de práticas que reproduzem, em diferentes tons, os ideários e tecnologias que produzem distintos e novos objetos. Objetos criados pelas práticas ladainésicas da verdade para a captura do desvio e da diferença.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
LII*

Do aumento vertiginoso de neuróticos nos hospícios: 200.000 em 1977.



*Práticas  
Ladainésicas  
da verdade  
LIII*

Os ambulatórios faziam transposições em outros tons dos processos de cronificação e uso de medicamentos

## ***I. V - OUTRAS CONSIDERAÇÕES***

Vimos, no curso deste capítulo, as condições históricas engendradoras da tradição de uma lógica de subordinação da diferença aos ideários que produzem práticas com formas singulares de ver e de se dizer sobre o corpo dos desvios e da diferença. Lógica reproduzida no decurso dos tempos. Lógica que pode ser encontrada, em

maiores ou menores tons/transposições, nos dispositivos de saúde mental do contemporâneo.

Pelo que precede, podemos indagar sobre os ambulatórios de saúde mental: como se encontram? quais são as suas práticas? quais são as formas de se fazer ver e as maneiras de se dizer sobre as diferenças que são encontradas no seu interior? como se configuram as trocas sociais nestes espaços?

Encontraremos algumas considerações sobre os ambulatórios no Brasil no relatório analítico de 2005 da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, tendo como título em epígrafe: ‘O grave desafio para a consolidação da Reforma Psiquiátrica’. Neste relatório é apresentado o quadro dos acolhimentos aos transtornos mentais menores/leves que os CAPS não dão conta e que, por seu turno, a rede básica não estaria, naquele momento, também acolhendo. Segundo o relatório, esta falta de acolhimento dos transtornos mentais menores pela rede, como um todo, ocorre por motivo da falta de orientação da própria coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde – que pode ser visto pela parte ANEXOS I – DOCUMENTO 1, ÍTEM: 3).

Na seqüência, teremos o quadro demonstrativo da magnitude dos transtornos mentais com as suas diversas especificações:

**Magnitude dos Transtornos Mentais**

Fonte: CNSM –MS, com base em diversos estudos de prevalência.

**\*Transtornos Mentais Prevalência:**

- Transtornos Mentais Severos e Persistentes 3,00%
- Transtornos Mentais Leves 10,00%
- Dependência de álcool e outras drogas (12 – 65 anos )12,00%
- *Epilepsia 1,40%*

Cumprir notar que o percentual dos casos de transtornos mentais leves é da ordem de 10,00%. Este índice aponta para uma relação de 100 pessoas a cada mil com algum tipo de transtorno mental leve. Neste domínio, compreende-se que este tipo de demanda está referido, na sua maior parte, aos ambulatórios de saúde mental espalhados pelo Brasil.

Por conseguinte, no relatório de Gestão 2003 – 2006 da Coordenação Geral da Saúde Mental – Ministério da Saúde -, temos um levantamento ainda parcial sobre os

dados que possam demonstrar a configuração e o modo de funcionamento dos ambulatorios:

Podemos considerar que avançamos nos últimos anos na superação da dicotomia CAPS *versus* ambulatorios, muito embora esta discussão exija ainda maior amadurecimento. Não avançamos, ou avançamos muito pouco, no entanto, na apreensão qualificada dos dados sobre o número, a configuração e o modo de funcionamento dos ambulatorios (862 serviços, segundo levantamento realizado pela Coordenação de Saúde Mental em dezembro de 2006). De fato, é necessário que o campo da Saúde Mental discuta estes serviços de forma mais aprofundada, articule melhor a relação entre CAPS – ambulatorios – território e entre ambulatorios - atenção básica e território, formulando diretrizes de funcionamento destes equipamentos, ainda sob a normatização da PT SNAS 224, de 1992.

Neste campo, ainda há muito a ser feito. Em geral, os ambulatorios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores - cerca de 9% da população (todas as faixas etárias) - e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. São referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa - a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes. Entendemos que, em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, rediscutindo o papel dos ambulatorios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes.

Os ambulatorios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatorios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Porém, em municípios que ainda não possuem CAPS e municípios menores, é necessário que os ambulatorios existentes se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores. Para isso, é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos CAPS. Essa discussão ainda precisa de um maior aprofundamento para a definição de novas diretrizes nos próximos anos. Levantamentos mais sistemáticos do dispositivo ambulatorial estão em andamento (2007, p. 19).

Pelo que precede, podemos visualizar a posição dos ambulatorios de saúde mental: estes estão ainda à deriva. Este último relatório aponta para algumas indicações que versam sobre a aproximação da forma de atendimento dos ambulatorios: para estes “é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos CAPS”. Muito tempo e muitos debates precisarão acontecer para desenrolar este

complexo dispositivo. No entanto, para avançar em alguns pontos, poderemos indagar: os ambulatórios estão servindo a que interesses na contemporaneidade, na medida em que atendem a uma grande massa de usuários sob as mais diversas condições de sofrimento?! Quais novas direções e ações poderão se efetuar pelos equipamentos ambulatoriais? Como fazer neles comparecer os princípios do SUS como indicadores de novas práticas/ações e de novos saberes/discursos? E, afinal, qual é a lógica que, ainda, se dissemina dentro do ambulatório de saúde mental? Quais serão as práticas que produzem maneiras e formas de se fazer ver e falar a respeito do diverso da natureza humana e, com efeito, da natureza da alteridade? Será possível criar práticas com outras perspectivas na cotidianidade dos ambulatórios? Práticas que não se situem na clínica, mas, que, por seu turno, tenham como objeto a produção de vida?!

Estas e outras indagações serão analisadas e trabalhadas nos próximos capítulos.

## ***INTERMEZZO II***

### ***tRaÇaNdO oLhArEs***

No curso do primeiro capítulo, pudemos caminhar sobre as várias condições de onde emergiram saberes, práticas e discursos legitimamente constituídos para a capitulação das diferenças e dos desvios. Condições que, nas suas diversas manifestações, edificaram estratégias de filtragem, hierarquização, esquadramento e ordenação do corpo trepidante da diferença. Diferença que assola a lógica da razão com seus estranhamentos e incertezas. Estremecedora diferença que, a um só tempo, desestabiliza os centros da ordem racional, mas, por seu turno, é capturada por seus dispositivos de poder e suas ladainhas da verdade.

No nosso percurso, assistimos à capitulação da loucura e dos desvios como objeto a ser cientificizado pela psiquiatria, nos idos do final do século XVIII, início do XIX. Tivemos a visibilidade da emergência dos conhecimentos coercitivos edificadores de padrões e esquadros comportamentais. Desde então, os desvios e a diferença são patologizados e compreendidos pelo estatuto da morbidez. Morbidez, doravante triada pela episteme nosológica como casos clínicos.

Ao final da nossa caminhada, encontramos-nos com a situação atual dos ambulatórios de saúde mental: ainda temos uma imagem parcial sobre a sua configuração no Brasil.

Retomando o curso da nossa pesquisa, entraremos na vida dos ambulatórios de saúde mental. Cabe ressaltar que a perspectiva traçada não se propõe a desenhar e a se referir à magnitude de todas as experiências dos ambulatórios do Brasil. Delimitaremos o que será enunciado através de entrevistas colhidas dos profissionais dos ambulatórios e das autoridades do campo da saúde mental. As proposições, corolários, demonstrações e escólios desenvolvidos estarão também – não na sua totalidade - referidas às experiências que tive e ainda tenho como trabalhador de saúde mental num ambulatório. Por sua vez, não poderemos afirmar que todas as experiências referidas são praticadas por todos os profissionais. Existem profissionais engajados em criar novos dispositivos na assistência ambulatorial, colocando em permanente análise suas práticas.

Não serão expostos os lugares e as cidades das entrevistas dos profissionais/trabalhadores em saúde mental, nem os nomes destes e dos usuários, sendo identificados como usuários de um ambulatório ou profissional de um ambulatório.

## ***CAPÍTULO II***

### ***Modulações tonais***

# ***Das Práticas Ladainésicas da Verdade sobre os Corpos do Desvio e da Diferença nos Ambulatórios de Saúde Mental***

*Cômmodo, assai ritenuto, tristonho, mezzo voce, lagrimoso*

No curso do capítulo I, trilhamos por inúmeras condições históricas engendradoras de práticas ladainésicas da verdade para a captura dos desvios e da diferença. Práticas que foram modulando seus tons de tempos em tempos, dependendo dos interesses de cada momento. Desejamos, no percurso deste capítulo, visibilizar, a um só tempo, certos *tons* e certas *escalas* – não tão musicais – mas, por sua vez, tons discursivos e escalas de circulação geométrica dos corpos nos ambulatórios.

Cumpramos observar que apresentaremos o nosso caminhar através de proposições, demonstrações, postulados e escólios. O nosso objetivo com este procedimento narrativo é o de traçar conexões de idéias, assim como os caminhos são geometricamente tecidos por linhas/direções dinâmicas (ESPINOSA, 2000). Moveremo-nos de forma geométrica na produção ideativa e afetiva nas trilhas que as experiências dos ambulatórios nos oferecem.

Tomaremos como objeto de análise as formas de se fazer ver e maneiras de se dizer sobre a loucura, os desvios, tudo o que possa diferir da média social. Maneiras de dizer e formas de ver o diverso da natureza e a natureza da alteridade encontrada na cotidianidade destes estabelecimentos. Maneiras e formas de modulações tonais de práticas que, em maior ou menor grau, reproduzem as ladainhas da psicopatologização dos desvios. Ladainhas modulatórias que encontram outras superfícies de emergências para se entrelaçarem e molecularizarem a sua lógica - assim como as passagens de um modo ou de um tom para outro em meio ao curso da música. Modulações de práticas, discursividades e formas de se fazer ver aquilo que é da ordem da alteridade.

Vale ressaltar que os traçados de idéias apresentados neste capítulo não necessariamente se reduzem à cotidianidade dos ambulatórios: outros dispositivos também podem reproduzi-los.



### **PROPOSIÇÃO I**

A verdade científica biomédica se capilariza no plano social, reinscrevendo-se nas práticas e nos discursos pela passagem do tempo, trazendo-nos uma das suas invenções: o ambulatório de saúde mental.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A demonstração desta proposição poderá ser vista na parte: ANEXOS – 4, ÍTEM: 2.

### **COROLÁRIO I**

Daí resulta que a lógica hegemônica biomédica produz a vascularização dos seus discursos, saberes e práticas por onde houver a mínima passagem.

### **COROLÁRIO II**

As brechas por onde a lógica médica busca se legitimar se produzem em condições históricas que favorecem à sua hegemonização.

### **ESCÓLIO**

Com efeito, pelo que foi enunciado, entenderemos que a lógica hegemônica biomédica se disseminou pela extensão do planeta em meio às condições propícias para isto. Encontraremos no Relatório Flexner a produção de mais uma operação histórica para a hegemonia da lógica biomédica. Nos anos de 1910, a Fundação Carnegie publicou o resultado deste relatório que expressava a situação crítica da medicina neste período (CAMARGO, 2006). Este relatório propunha inúmeras propostas e soluções para o quadro do ensino médico. Segundo este relatório, a criação de escolas médicas se dava de forma espontânea e independente das universidades, bem como desprovidas de equipamentos.

O quadro encontrado por Flexner revelou a existência de cursos de formação em medicina com a duração de um ano, inexistindo pré-requisitos para o ingresso na Faculdade. Cumpre ressaltar que este relatório foi, dentre os inúmeros documentos elaborados sobre esta situação, o que recebeu, no período entre 1910 a 1930, os recursos avaliados em 300 milhões de dólares para a sua implementação. Este valor expressivo não é trivial: havia o apoio da Associação Médica Americana (AMA) ao lado das grandes indústrias farmacêuticas para a produção e para as operações práticas deste relatório. A AMA tinha dentre outros interesses o de garantir a lógica alopatíca que

estava, sobretudo, ameaçada pela homeopatia. Neste domínio, os discursos – apoiados pelo relatório Flexner – eram os de que a medicina precisaria ser mais científica. Desta esfera, “[...] a medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista institucionaliza-se hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica” (op. cit, p. 02).

A lógica proposta pelo relatório Flexner invadiu as universidades e suas formações não apenas médicas, mas, sobretudo, todas aquelas que pretendem dar cientificidade aos fenômenos dos desvios humanos. No entanto, a cientificidade proposta por este relatório ajudou a ampliar a visão dos indivíduos como objetos a serem estudados e, por seu turno, como consumidores de tecnologias.

Desta esfera, a lógica manicomial, hegemonizada pela clínica biomédica, ganhou força com a disseminação das propostas flexnerianas.

## **PROPOSIÇÃO II**

Os ambulatórios de saúde mental, desde o seu surgimento no Brasil, manifestaram a sua aliança, em diferentes tonalidades, aos matizes da lógica manicomial.

## **DEMONSTRAÇÃO**

A experiência nos assinala através dos tempos que os ambulatórios sempre ajudaram a disseminar o ideário do modelo biomédico.

Encontraremos um dos primeiros ambulatórios de assistência psiquiátrica criado na gestão do Dr. Juliano Moreira, localizado no Hospital Nacional de Alienados, conforme as *Práticas Ladainésicas da Verdade XLI, da seção IV, capítulo I*. Este ambulatório atendia aos casos de ‘perturbação mental’ que não havia indicação de internação. Cabe ressaltar que este atendimento era estritamente médico. Atendimento que fazia escorrer a lógica biomédica e, através desta, a proliferação em massa dos ideários científicos, contaminando, por sua vez, o imaginário social.

Seguindo o surgimento dos ambulatórios no Brasil, encontraremos o ambulatório do Engenho de Dentro, na década de 20 do século XX, fundado sob a ótica da nascente Liga Brasileira de Higiene Mental. Ótica tributária da arquitetura teórica da eugenia, como vimos pelas *Práticas Ladainésicas da Verdade XLII, da seção IV, do capítulo I*.

No curso do século XX, encontraremos, na década de 40, a existência de poucos ambulatórios psiquiátricos oficiais, consoante as *Práticas Ladainésicas da Verdade XLIX, da seção IV, do capítulo I*. Neste período, encontraremos uma rede ambulatorial

que repetia, em tons múltiplos, os mesmos processos de cronificação e uso excessivo de medicamentos: lógica tributária dos dispositivos manicomiais. Na década de 70, encontraremos o apogeu da naturalizada aliança entre o manicômio e o ambulatório de saúde mental:

Poderemos demonstrar a proposição precedente pela parte: ANEXOS 5, ÍTEM:  
2.

### **COROLÁRIO I**

Segue-se destas afirmações que o ambulatório de saúde mental funcionou como tributário de uma rede de triagem para os hospícios, dando consistência e insistência à razão manicomial.

### **COROLÁRIO II**

Se uma coisa alimenta a outra, de forma que ambas se alimentem de uma mesma substância, decorrerá daí o fortalecimento de ambas as coisas, na medida em que se alimentam de coisas que lhes são comuns. Com efeito, compreende-se que uma coisa será a necessidade da outra, para que ambas se conservem na existência, fortalecendo-se mutuamente.

### **ESCÓLIO**

A retroalimentação efetuada pela íntima aliança entre os equipamentos manicomiais e ambulatoriais se deu de muitas formas. Aliança que, por definição, atravessa os tempos, as práticas e os discursos. As alianças entre os múltiplos saberes estiveram vertidos ao processo civilizatório da ordem e do progresso.

Os saberes jurídicos, científicos e religiosos misturaram-se, cultivando a obediência do corpo social. Dominação que, consoante as *Práticas Ladainésicas da Verdade XII, XIII e XIV, da seção I, capítulo I*, vem afirmar a legitimação no campo administrativo e jurídico dos dispositivos psiquiátricos que serão destinados ao plano social. Legitimação da tutela de um modelo que, por definição, se diz da ciência médica – corroborada pelos saberes jurídicos que lhes dão a autoridade - sobre o corpo daquele que, será, doravante, ao entrar em sua lógica, conceituado como “alienado mental”, “doente mental”, “degenerado”, com “transtornos mentais”, e um vasto cardápio de designações com gradiências tonais diversas.

### **PROPOSIÇÃO III**

Em meio à ditadura no Brasil, os ambulatórios de saúde mental fortaleciam a lógica da medicalização do mal estar social.

## DEMONSTRAÇÃO

A demonstração desta proposição poderá ser vista na parte ANEXOS 5, ÍTEM: 7.

### COROLÁRIO I

Decorre desta demonstração que os ambulatórios de saúde mental não podiam dar voz aos usuários.

### COROLÁRIO II

Se uma dada situação inspira medo, pela possibilidade de repressão, a escolha de uns poderá ser a de se assujeitar às normas legitimadas, morrendo em vida. No entanto, outros poderão buscar as fissuras e brechas para o traçado de outras possibilidades. Possibilidades que poderão estar à espera daqueles que não se deixam morrer enquanto pulsam e vibram como ato de resistência.

### ESCÓLIO

Como vimos pelo *COROLÁRIO II E ESCÓLIO DA PROPOSIÇÃO II*, os saberes se esposam com as forças dominantes para serem legitimadas. Encontramos no princípio da autoridade científica o exercício de saberes que se apóiam em regimes de poder. Regimes de dominação que, por sua vez, autenticam estes mesmos saberes como verdadeiros, servindo aos seus interesses. Interesses que faziam e fazem calar a voz da população. Silêncio ofertado e maquinado também pelos equipamentos de saúde mental.

A ditadura impossibilitou a emergência de novas propostas, valorizando o primado das teorias organicistas nas intervenções em saúde mental. A teoria organicista atendia ao momento político ditatorial, facultando a fragmentação das experiências sociais. Enfiando cada um para dentro da sua doença particular e identitária.

Com efeito, trabalhos com grupos eram vistos como a possibilidade de agregação e fortalecimento do coletivo. As propostas ‘impossíveis’ à época - as inovações com os grupos de psicanálise – poderiam esquentar o caldo de reivindicações por mudanças políticas no Brasil. Consoante Coimbra, o mandato social que a ditadura conferiu à população foi a de que esta estivesse preocupada em cuidar da sua família, de estudar e de trabalhar para o crescimento do Brasil. Por conseguinte, da política cuidavam os militares (COIMBRA, 1995).

### **PROPOSIÇÃO IV**

Em meio à medicalização da sociedade, os ambulatórios organizavam as suas práticas, de forma que cada usuário fosse invisível.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A proposição precedente poderá ser demonstrada pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 1.

### **COROLÁRIO I**

Os manicômios proporcionaram a invisibilidade da errância e do desvio nas experiências sociais. Os ambulatórios engendravam a invisibilidade de quem por eles transitavam, não reconhecendo histórias e conflitos em suas imagens. Reconheciam doenças que precisavam ser medicalizadas.

### **COROLÁRIO II**

Aqueles que são passageiros sem identidade, sem história, entraram numa viagem. Com efeito, numa viagem em que não possuíam a menor noção do lugar a que se dirigiam. Quem estava com as mãos na direção: a Ciência e o Estado.

### **ESCÓLIO**

Essa vontade de fazer o bem - seja pela ciência, em nome da verdade científica ou pela religião em nome de Deus -, é coisa bem antiga. Isto pode ser demonstrado pelas inúmeras *Práticas Ladainésicas da Verdade a serem revisitadas nas seções I e II do capítulo I*. O bem prometido pelas intervenções psiquiátricas dos ambulatórios de saúde mental aos seus usuários sem prontuários era o de que estes não seriam internados no manicômio. No entanto, o mal que se incrustava na 'alma' de cada um era o de tornar-se prisioneiro. Prisioneiro da cronificação efetuada pela lógica da medicalização e, por seu turno, a de ser silenciado. Silêncio produzido pela medicalização que seda a palavra e os desejos. Seda tudo aquilo que pode ser ameaçador à normatividade social. Ameaça que foi contida com prescrições sem prontuários. No entanto, os usuários estavam entregues de corpo e alma para receberem uma nova receita, uma nova prescrição. Prescrição atrás de prescrição. Máquina reprodutora de cronificação: morte lenta e silenciosa em vida!

### **PROPOSIÇÃO V**

O tempo para conversar tiraria o tempo para medicalizar o próximo.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Esta demonstração poderá ser clarificada pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 3.

## **COROLÁRIO**

Quem não é bem recebido numa consulta, melhor seria se retirar e ir embora. Mas, no entanto, o magnetismo da razão científica aprisiona com suas verdades cada um ao manto transcendente dos especialistas.

## **ESCÓLIO**

Ao sentir mal-estar, cada um poderá procurar algum tipo de ajuda diferenciada. Uns procuram pais-de-santo; outros buscam as igrejas; ainda outros procurarão os especialistas. Estes, como peças constituintes de uma sinfônica máquina de saberes, discursos e práticas, são representantes oficiais das verdades científicas.

A população, não conseguindo compreender o mal que lhes acomete, acredita na forma como é tratado; acredita nas palavras que lhes conferem; acredita e se submete à ordem científica. Receber uma receita naqueles tempos da década de 70 era – e continua ainda sendo – ser tratado. Esta afirmação poderá ganhar melhor visibilidade pela parte ANEXOS 6 – ITENS: 2 e 6.

## **PROPOSIÇÃO VI**

Os atendimentos de meio minuto teoricamente não eram legitimados, mas, enquanto prática, era o trabalho a ser feito.

## **DEMONSTRAÇÃO**

Esta proposição poderá ser demonstrada pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 8.

## **COROLÁRIO**

Pelo que se segue da demonstração precedente, os meios eram justificados em nome da ciência que precisava medicalizar todos que ali estavam presentes. Muita gente + poucos especialistas sentados = intervenções em meio minuto em pé.

## **ESCÓLIO**

Sendo a razão manicomial legitimada por saberes da ordem científica, os ambulatórios seguiam também os seus passos. Passo a passo, a litania da medicalização precisava operar o controle e a disciplina. Controle que, por definição, não precisará dos muros dos hospícios para a maioria da população. Doravante, controlar-se-á à distância pelas terapias medicamentosas.

Seguindo o curso da demonstração precedente, temos a visibilidade de práticas que naturalizavam o mecanicismo e a fragmentação das relações ambulatoriais.

Mecanicismo que fazia operar a esteira da produção em massa dos corpos desesperados que precisavam de ajuda.

Lógica da produção, justificada como o único trabalho que poderia ser feito – a não ser o de enviar o usuário direto para o hospício. Via de regra, toda uma organização espacial permitiu o engendramento de uma economia do tempo dos atendimentos. Economia derivada dos modos de organização hierárquicos dos saberes e da forma de circulação dos usuários na ‘máquina ambulatorial’, como veremos pelas **PROPOSIÇÕES XI & XII**.

### **PROPOSIÇÃO VII**

A disciplina encontrada nos ambulatórios de saúde mental fazia/faz parte de uma arquitetura disciplinar herdada da lógica militar.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A disciplina encontrada nos ambulatórios de saúde mental da década de 70 está fundada na arte das distribuições (FOUCAULT, 1987). Na disciplina, como técnica das artes das distribuições, encontraremos a produção da ‘cerca’. Produção de um espaço onde possa acolher a heterogeneidade dos corpos.

No curso da produção dos espaços de controle da diferença, tivemos espaços de “[...] encarceramento dos vagabundos e dos miseráveis: houve outros mais discretos, mas insidiosos e eficientes” (op. cit., p. 122).

Seguindo esta afirmação, poderemos apontar para uma homologia das técnicas disciplinares militares com as encontradas no interior dos antigos ambulatórios de saúde mental. Homologia que, por definição, dá visibilidade sobre a produção de equipamentos – dentre uma heterogeneidade de outras agências sociais – que serviam, de direito, para tratar as desordens do plano social, mas que, de fato, serviram para garantir ‘a ordem e o progresso’.

### **COROLÁRIO**

A cerca, como técnica da arte das distribuições disciplinares, se reproduziu enquanto estratégia de fixar e acalmar a população em heterogêneos dispositivos. A lógica da ordenação dos espaços se disseminou através das técnicas disciplinares militares oriundas do século XVIII.

## ESCÓLIO

Assim como os soldados, em meio à metade do século XVIII, tornaram-se algo que se fabrica, os corpos da população se modelaram aos vários dispositivos criados em nome da disciplinarização. Assim como os corpos, que antes eram inaptos, foram corrigidos pelas técnicas de docilização para se tornarem soldados – corpo que se manipula, corpo que se modela, corpo que se treina, corpo que obedece –, encontraremos a docilização dos corpos, desde então, nos dispositivos escolares, nas fábricas, nos hospitais, nos conventos (FOUCAULT, op. cit.).

Com efeito, nos ambulatórios de saúde mental também encontraremos a prática da docilização dos corpos. Será dócil um corpo que poderá ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado.

Assistimos, doravante, à gestação das técnicas disciplinares disseminadas por várias agências sociais, inclusive nos ambulatórios de saúde mental. Criam-se aparelhos para inclusão dos corpos desviados.

Temos a visibilidade do modelo de inclusão por exclusão, característico das instituições disciplinares, desde o século XIX. Excluem-se aqueles desviados e errantes das experiências sociais, incluindo-os em aparelhos de normatização social.

## PROPOSIÇÃO VIII

A ciência médica psiquiátrica ganhou poder ao longo de certas condições históricas, validando as suas verdades, tendo como sustentação o sistema jurídico que a legitimou.

Decorre daí a produção de métodos que permitiram o controle do corpo social e o exercício da disciplinarização.

## DEMONSTRAÇÃO

A invenção da ‘anatomia política’ (FOUCAULT, op. cit, p. 119) efetuada pela disciplinarização dos corpos não se dirigiu à intervenção de cuidado com o corpo. Seus interesses dirigiram-se ao exercício de “[...] trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica – movimentos, gestos atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo” (op. cit., p. 118).

Pelo que vimos, na **DEMONSTRAÇÃO da PROPOSIÇÃO V**, os usuários eram atendidos em pé pelos especialistas. Atendimentos exercitados passo a passo para a sua memorização. Exercício de uma memória que fazia circular com rapidez os corpos que



ali se submetiam. Submissão dos movimentos, dos gestos, das palavras e da velocidade. Produção de um poder sobre o corpo docilizado mecanicamente por uma relação disciplinar.

### **COROLÁRIO**

O exercício da memória disciplinar edifica a arquitetura de uma anatomia política que produz o assujeitamento dos desvios à norma social.

### **ESCÓLIO**

Foucault (op. cit., p. 119) aponta que o poder disciplinar vem aumentar as forças do corpo – numa economia da utilidade – e, com efeito, diminuindo essas mesmas forças naquilo que elas têm de potente e de criador. Em resumo, a um só tempo, a disciplina fabrica corpos exercitados e treinados para alguma utilidade e, ainda, corpos ‘dóceis’ submissos.

Em meio à produção utilitária e docilizada dos corpos, teremos, por conseguinte, o exercício da repetição e do hábito. Segue-se da força da repetição e do hábito a produção de uma anatomia política engendradora de sujeição. Sujeição que cada corpo encontra em escalas ordenadas de regras preestabelecidas que são justificadas como úteis.

Não há como pensarmos os processos de docilização dos corpos sem que estes estejam acompanhados do exercício mnêmico. Exercício que produz as teias nas quais cada corpo se prenderá. Prisão que se efetuará pela decomposição do corpo à multiplicidade de processos invisíveis e inauditos/malditos. Processos que muitas vezes escapam às percepções. Processos malditos que gestam uma anatomia política cujo objetivo é o de aumentar a aptidão a um dado modelo a ser seguido e, por seu turno, aumentar o desejo de ser dominado/dependente. A produção do fluxo desta anatomia política depende da força mnêmica de cada corpo, para que se efetue a disciplinarização a contento.

A este respeito, encontraremos, nas palavras de Aulerives Maciel Júnior (2000), o postulado que afirma a existência de uma memória corporificada na atualidade, não como lembranças de um passado e, sim, como uma memória com funções normatizadoras. Funções que vão formalizando, em meio aos espaços percorridos, uma memória funcional. A repetição periódica das funções, associada ao ordenamento do tempo, dos fluxos, que se efetua no seio das instituições que compõem os aparelhos

de Estado, incidem diretamente sobre a vida de quem possa aí circular. Age-se hipnoticamente pela força do hábito e pelas linhas escalares de regras traçadas costumeiramente.

Cumpra destacar que a produção de uma memória funcional se dará pelo controle do tempo. As consultas nos ambulatórios são marcadas religiosamente, semanalmente ou mensalmente. Vale ressaltar que muitos atendimentos são feitos de dois ou de três em três meses. Segue-se desta afirmação que, em última instância, os ambulatórios funcionam com marcações de consultas para o controle da sua atividade.

Esta regulação do tempo é uma velha herança. Herança das comunidades monásticas (FOUCAULT, 1987) que se disseminou rapidamente através dos ciclos de repetição. Ciclos que foram tomados de empréstimo pelos estabelecimentos escolares, nas oficinas, nos hospitais. O rigor do tempo destes estabelecimentos é tributário da regularidade temporal das práticas/operações encontradas nos conventos.

Seguindo a enunciação precedente, podemos apontar para o quadriculamento cerrado do tempo administrado pelas práticas encontradas nos ambulatórios de saúde mental. Cada um deverá chegar dentro do seu horário, na medida em que precisará obedecer ao regime de uma economia do tempo.

**Economia que limita a possibilidade de outras circulações e contágios entre as múltiplas experiências dos usuários que ali circulam.** A força do hábito, pelo engendramento de uma memória funcional – aquecida pela repetição normatizadora da regulação do tempo e das circulações nos espaços do ambulatório – produz a naturalização da repetição e do costume.

Na esteira do pensamento de La Boétie (2001), poderemos afirmar, em última análise, que o envenenamento das forças de criação e de expressão política se dá pelo exercício do hábito e do costume aos procedimentos repetitivos. Procedimentos dos quais os usuários não participam das suas formulações de práticas e gestão dos encontros. Por conseguinte, participam da produção da servidão e da obediência que vai sendo tomada/engolida de pouco a pouco, envenenando o poder crítico/instituinte de contestação.

## **PROPOSIÇÃO IX**

As verdades científicas disciplinam os corpos, tornando-se absolutas.

## **DEMONSTRAÇÃO**

“Os médicos é que sabem o que tenho... eles estudaram para isso... quem sou eu para dizer o que eu tenho!!!...”. Palavras de uma pessoa do grupo de heterogênese. Suas palavras indicam o enfeitiçamento/encantamento que toma conta dos modos de sentir, pensar e agir nos ambulatórios de saúde mental de outrora e, por seu turno, nos da contemporaneidade. O fortalecimento dos centros de poder se dá através do enfeitiçamento/encantamento vertido na direção das populações pelas múltiplas formas de absolutismo. Absolutismo que traz como promessas as garantias de vida, mesmo que tenha sobre ela a sua dominação.

Segue-se desta afirmação que “[...] os mitos religiosos ao lado das supertições filosóficas e dos preconceitos cientificistas findam por engendrar individualidades místicas e irresponsáveis” (NASCIMENTO, 2002, p. 100). Supertições que, por definição, sustentam-se nas religiões, em filosofia ou em qualquer escola teórica. Qualquer pensamento centripetamente fechado em si mesmo reinstaura a sensação do absoluto e do transcendental, desde as idéias de seres supremos – sejam estes Deus, Ciência, Estado – aos ideários teóricos que versam sobre as estruturas profundas do inconsciente ou sobre as doenças mentais. O que assistimos é a doutrinação persistente e insistente que “anula dos indivíduos a possibilidade de uma ação responsável e consciente, enquanto estes se encontrarem sob o arbítrio de uma entidade todopoderosa, a quem direcionam a causa e o fim de toda a existência” (op. cit., pg. 100).

Seguem-se, deste modo de relação, efeitos danosos. Efeitos que expressam relações sociais hierarquizadas. Relações que, por definição, reinscrevem o cultivo da obediência a quem se mantém fraco e fragilizado: separado das suas forças.

## **COROLÁRIO**

O encantamento/enfeitiçamento decorrente da relação com os saberes se efetua, nas suas diversas manifestações, pelas polidas palavras e pela maestria dos gestos, dos olhares da postura dos corpos dos especialistas.

## **ESCÓLIO**

Assim como os soldados foram disciplinados a modular os seus gestos, seus passos, a dinâmica, a entonação da fala e seus movimentos, da mesma forma os especialistas aprenderam a se localizar no espaço, utilizando mesas entre si e os usuários; a olhar profundamente sobre aquele que se coloca diante de si, mantendo uma

postura monástica e silenciosa. Postura da qual emergirão as prescrições que dificilmente serão contestadas pelos usuários, consoante a parte ANEXOS 6 – ITENS: 2 e 6.

Estes, por sua vez, entram no encantamento das explicações do especialista. Diga-se de passagem: na maioria das vezes, este não explica a natureza das afecções do usuário, como poderemos ver pela parte ANEXOS 7, ÍTEM 1. As palavras, os gestos, o silêncio, os movimentos do especialista edificam a domesticidade dos corpos dos usuários, exercitada pelos ciclos de repetição das consultas.

### PROPOSIÇÃO X

O temor em contestar o saber do especialista nasce da idéia de que o usuário tem de si: como aquele que possui um saber desqualificado pelo preconceito cientificista.

### DEMONSTRAÇÃO

A experiência pode nos dar visibilidade acerca da proposição precedente. Um especialista afirmou para uma usuária de um ambulatório que esta precisaria tomar remédios para o resto da vida. Ela, por sua vez, concordou: “eu acreditei nas palavras dele... eu me acostumei com a idéia de ter que tomar remédio pra sempre... aí eu acho que eu nunca vou melhorar... só pensando que vou tomar estes remédios... será que eu não posso mudar... será que ele tem uma bola de cristal pra saber sobre o que vai ser de mim?”. A indicação das palavras que o especialista conferiu à usuária vem apontar para um tipo de poder que, em suas diversas manifestações, é encontrado nos ambulatórios de saúde mental: *o princípio de autoridade* (NASCIMENTO, op. cit., p. 93). Princípio que foi construído pela relação de forças entre a ciência e os outros saberes/poderes. Princípio que foi legitimado/naturalizado à Ciência. Legitimação do mandato que o Estado e o poder jurídico conferiram à Ciência para a regulação dos desvios que são turbulentos e estremecem a ordem social burguesa/capitalista.

Em meio ao que foi apresentado acima, podemos nos emprestar das palavras de Nascimento, pela *DEMONSTRAÇÃO da PROPOSIÇÃO IX*. Encontraremos, no fluxo das experiências nos ambulatórios de saúde mental, o preconceito cientificista. Preconceito que, por definição, vem produzir e reproduzir o poder absolutista de conhecimentos que se dizem representar a ordem científica. Representação das verdades sobre aqueles que serão concebidos como desqualificados. Desqualificação do saber sobre si, qual seja, da visão que cada usuário tem do seu sofrimento.

Com a desqualificação de todo e qualquer saber que esteja longe dos cânones da ciência psi ocidental, os usuários dos equipamentos de saúde mental, bem como os cidadãos da cidade, aprendem, por um ‘ouvir dizer e por experiências vagas’ (ESPINOSA, 2000), as verdades tecidas sobre as híbridas formas de ser que se desviam da norma. Aprendem ouvindo que são doentes; ouvem dizer que a sua doença não tem cura; que precisarão tomar remédios pelo resto da vida. A sensação de muitos usuários é a de se conhecer vagamente.

Por conseguinte, será conferido, a todo e qualquer conhecimento longe do alcance das verdades científicas, o estatuto de credence, de superstição, de esotérico ou qualquer outra designação. Só a verdade - que possui o estatuto de científica - é a que valerá. Produz-se, por seu turno, dependência das verdades absolutistas à grande massa da sociedade que não é estimulada a pensar sobre aquilo que determinam sobre ela. Assistimos à produção/reprodução de uma população que é exercitada a obedecer e a se assujeitar através das práticas ladainésicas da verdade.

Consoante Nascimento (op. cit., p. 96), “[...] a pretensa incapacidade da população em gerir sua própria vida vem do preconceito cientificista”. Preconceito que engendra, pelas autoridades do saber, toda uma arquitetura de estratégias de hipnose em massa. Hipnose de idéias, de certezas, de garantias, que contaminam, de forma viral, as idéias e os afetos da população.

## **COROLÁRIO**

Aquele que se assujeita ao saber do outro poderá estar fazendo parte de uma aliança.  
Aliança a que se deseja submeter.

## **ESCÓLIO**

A doutrinação dos usuários em saúde mental aos discursos, saberes e práticas dos especialistas, não se efetua ao acaso. A rigor, existe uma íntima aliança entre o corpo dominado e o corpo que domina. Um precisará do outro para que se mantenham neste atual estado de relação. Segundo Deleuze (sd., p. 10) - inspirado em Nietzsche: “Uma coisa possui tanto mais sentido quanto haja forças capazes de dela se apoderarem. Mas a própria coisa não é neutra, e encontra-se mais ou menos em afinidade com a força que actualmente dela se apodera”.

## PROPOSIÇÃO XI

A disciplinarização e o exercício do poder sobre os corpos dos usuários também se dão pelo princípio do quadriculamento.

### DEMONSTRAÇÃO

Foucault (op. cit., p. 123) apontará para o quadriculamento como o princípio que, por definição, versa sobre a localização imediata de um dado corpo. Cada um estará no seu lugar e, por conseguinte, em cada lugar, teremos um corpo dado. Nesta instância, os aglomerados por grupos não serão permitidos pela arte das distribuições das técnicas disciplinares.

Permitir-se-á a decomposição do coletivo, buscando analisar a diversidade dos corpos. Diversidade que, nas suas múltiplas manifestações, produz confusão nos dispositivos disciplinares. Na esteira do pensamento de Foucault “[...] o espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quando corpos ou elementos há a repartir” (op. cit., p. 123).

Desta esfera, será preciso controlar a circulação difusa dos corpos. Controle que, tão-somente, impedirá a coagulação coletiva que pode ser perigosa ao controle que deseja a repartição dos corpos por similaridades e maneiras de ser.

Importará, por sua vez, estabelecer as presenças e as ausências; saber a localização de cada um e como encontrá-los; fazer com que as comunicações tenham o caráter da utilidade em exercício do controle; interromper outras comunicações que possam fervilhar e aglutinar o coletivo; poder, a cada instante, vigiar o comportamento de cada um; apreciá-lo à distância.

Conforme vimos pela **DEMONSTRAÇÃO da PROPOSIÇÃO IV**, o ambulatório citado tinha sua geometria institucional definida com um grande salão onde os usuários esperavam ser atendidos nos consultórios dos especialistas. Um salão grande dá a visibilidade necessária sobre todos os corpos que ali comparecem. Visibilidade de onde se vê sem ser visto, num modo aproximado do panóptico delineado por Foucault (1987). Procedimento que dá a luz à geopolítica institucional: conhecendo, dominando e utilizando cada corpo que ali comparece, para que se incluam nos saberes e práticas cientificamente legitimados. Procedimento que faz ver o diverso da alteridade, agrupando-o em grupos psicopatológicos.

## **COROLÁRIO**

O espaço ambulatorial é quadriculado como a cela dos conventos.

## **ESCÓLIO**

A arquitetura dos ambulatórios de saúde mental orienta-se pela privatização dos espaços. Privatização que, por definição, vem garantir o espaço privado do usuário com o especialista. Especialista que – ao ter tempo – escutará as ‘confissões’ do usuário. Será necessária uma certa solidão entre os especialistas e os usuários, para que estes possam declarar um ao outro seus pontos de vista.

A produção da ascese é exercitada na solidão dos atendimentos que, a rigor, aconteciam/acontecem nos ambulatórios. Ascese que, por definição vem do grego *áskesis*: exercício espiritual. Exercício que é rememorado a cada consulta. Rememoração dos conceitos e dos encaminhamentos que lhes são conferidos para a plenitude da sua ‘cura’.

Cumprе ressaltar que a relação dos usuários com o especialista traz a sensação, por momentos, de estarem diante do poder divino de Deus. Poder que está representado pelo lugar de autoridade e de sapiência sobre as suas vidas. Relação que, em suas diversas manifestações, traz, por um lado, a sensação do usuário como aquele que está desprovido do seu saber de si e, por outro lado, encarna-se num modo de relação em que a revelação da verdade e do conhecimento de si se dá pelo saber científico, representado pela figura do especialista.

## **PROPOSIÇÃO XII**

O mandato social conferido aos ambulatórios de saúde mental não se restringiu apenas ao cuidado dos ‘doentes mentais’. Mnemicamente se fixa e se produz um ‘*ethos*’ obediente às distribuições espaciais.

## **DEMONSTRAÇÃO**

Vimos anteriormente, pelo *COROLÁRIO da PROPOSIÇÃO VII*, que a cerca, como técnica da arte das distribuições disciplinares, se reproduziu enquanto estratégia de fixar e acalmar a população em heterogêneos dispositivos. Por seu turno, vimos que toda uma lógica da ordenação dos espaços se disseminou através das técnicas disciplinares militares oriundas do século XVIII.

Neste domínio, encontraremos no interior da vida dos ambulatorios de saúde mental, desde o seu nascimento no Brasil, o **princípio das localizações funcionais** (FOUCAULT, 1987). Princípio que se diz do cumprimento de uma apropriação sobre toda e qualquer mobilidade dos formigamentos humanos.

Um dos atributos deste princípio será o de decompor aquilo que for estranho aos preceitos e normas sociais. Deriva-se daí a necessidade de decompor/distribuir o espaço com o maior rigor.

Como vimos numa proposição precedente, os ambulatorios de saúde mental da década de 70 eram divididos num grande salão e pequenas salas de consultas médicas. Toda uma observação anterior às consultas poderia ser efetuada pela recepção dos serviços. Os olhares se mantinham atentos sobre aqueles que virtualmente poderiam ser perigosos, não só pelas experiências urbanas, mas também no seu interior.

Vimos, pela parte ANEXOS 5 - ÍTEM 1, que aqueles ambulatorios não possuíam prontos-remédios. Mesmo sem a presença destes dispositivos de organização administrativa e médica, havia a distribuição dos usuários no aparelho ambulatorial. Um espaço de administração e organização dos corpos se mistura e se articula com o mandato social de cuidar e curar as doenças que ali se apresentavam. Articulação entre as tramas organizacionais que disciplinam os corpos no espaço. Exercício naturalizado da obediência que se dá pela força do hábito e do costume.

### **COROLÁRIO**

Será preciso - para as práticas e saberes institucionalizados nos ambulatorios - que os usuários estejam organizados para receberem um a um a sua intervenção.

### **ESCÓLIO**

Foucault (1987) afirmará que a disciplina faz nascer um espaço útil do ponto de vista médico, quando se referia à distribuição dos marinheiros nos hospitais marítimos. Na esfera dos ambulatorios de saúde mental, o espaço torna-se útil, torna-se funcional para aquela prática médica do meio minuto. Espaço organizado para afixar e isolar qualquer produção de coagulação coletiva. Constitui-se, neste espaço organizado do ambulatorio, uma seriação que forma um quadriculado permanente. Qualquer tipo de inconstância daquilo que é determinado pela norma administrativa e médica, poderia ser decomposto para não aquecer o caldo de outras possibilidades existenciais que ali pudessem fervilhar. Era preciso garantir um aparelho ambulatorial que dividisse no



espaço qualquer tentativa de produção coletiva. Estratégias de se fazer ver coletivos dispersos sem chance de coagulação política.

### **PROPOSIÇÃO XIII**

A crise dos saberes, discursos e práticas dos aparelhos de saúde mental se produziu em meio à década de 70/80. Crise que se deu ao mesmo tempo em que os movimentos sociais populares se reorganizavam neste período.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A década de 70/80 nos apresenta as instituições em crise. Crise que, em suas diversas manifestações, produz a possibilidade da efervescência política do caldo coletivo. Caldo que foi esquadrihado e individualizado pelos aparelhos que serviam aos interesses do Estado/capital estrangeiro: escola, penitenciárias, órgãos repressivos com suas celas de torturas, manicômios com suas celas fortes, ambulatórios com suas salas/celas de confessionário de meio minuto, dentre outros dispositivos de controle social.

O esquadrihamento efetuado pelo regime ditatorial que, por sua vez, convocou os saberes e práticas científicas para sua empreitada, acentuou a concepção burguesa da subjetividade. Concepção que, por definição, incrustou de forma solipsista cada um para dentro dos seus interesses individuais e familiares, consoante o **ESCÓLIO DA PROPOSIÇÃO III**. Em meio ao fervilhamento das forças sociais, a década de 70/80 possibilitou a reformulação do discurso e da prática de inúmeras instituições.

Segundo Chauí (apud SADER, mimeo), neste momento, encontra-se a crise da igreja, reformulando o seu discurso e sua prática, apoiada à matriz enunciativa da teologia da libertação. Por conseguinte, tivemos a crise das esquerdas que estavam ainda sofrendo o impacto das derrotas anteriores. Neste período, as esquerdas não reformularam sua “matriz discursiva marxista”, mas, no entanto, traziam consigo um plano teórico consistente acerca dos temas sobre a luta na relação com o capitalismo e a exploração decorrente desta relação.

Domínio engendrador de uma nascente matriz discursiva do novo sindicalismo. Sindicalismo que vem repensar seus discursos, incorporando os enunciados da matriz marxista hibridizada aos discursos populares. As crises das instituições propiciaram a edificação de novos ideários e práticas que se espalharam, doravante, no plano social.

## COROLÁRIO

Ao lado dos aparelhos ambulatoriais e manicomiais encontraremos a psicologização do cotidiano ofertada por especialistas “PSI” à classe média da década de 70, em meio aos movimentos sociais populares que fervilharam o caldo político do país.

## ESCÓLIO

Seguem-se da afirmação do *COROLÁRIO* precedente o aumento e a preocupação com o investimento relativo à interioridade subjetiva. Intimismo subjetivo que foi produzido ao lado dos movimentos sociais que esquentavam o caldo político no país. Consoante Coimbra (1995), a visão intimista é valorizada ao extremo na década de 70. Valorização da individualização que desvaloriza, por outro lado, o domínio público/político. Domínio que é esvaziado pelas máquinas de repressão, da mídia, dos aparelhos ligados à saúde mental. Estas máquinas disseminaram a lógica da individualização. Individualização que, por definição, valorizava o sentido da vida no domínio do privado. Nesta esfera, encontramos com a oposição e incompatibilização entre o domínio público e privado. A desvalorização do domínio público foi engendrada, em maior ou menor grau, pela hipnose ofertada pela mídia e pelos especialistas ‘psi’. Denotava-se o sentido do negativo quando a militância política se expressava. Esta é rejeitada. O ceticismo no plano político era acentuado pelos ideários de que os interesses individuais e familiares estariam em primeiro lugar.

Em meio a este projeto de produção de si, os especialistas fornecem a legitimação científica ao ajustamento social. Tudo se torna, a partir de então, psicologizável. A família de classe média está em crise. À família serão conferidos os especialistas que estão nos seus consultórios e agências sociais (DONZELOT, apud COIMBRA, op. cit).

Seguindo as afirmações anteriores, poderemos compreender que, nas suas diversas expressões, a vida da sociedade brasileira, em meio à década de 70, fervilhava, por um lado, pela crise das instituições. Por outro lado, os aparelhos de repressão, os equipamentos de ‘cuidado’ – manicômios/ambulatórios de saúde mental -, os meios de comunicação dentre outros, buscavam disciplinar o caldo sócio/político que pudesse ‘formigar’ de um momento ao outro. No interior desta cena, numa face, tivemos os especialistas ‘psi’ que compareceram para ajudar na adaptação à realidade individual que se operara pela lógica disciplinar autoritária e absolutista do regime ditatorial. No entanto, numa outra face, muitos especialistas que ocupavam os aparelhos ambulatoriais desejavam implementar nestes estabelecimentos aquilo que faziam para a

classe média em seus consultórios particulares. Encontraram resistências do modelo ambulatorial tributário da lógica manicomial e controlado pelas agências de repressão.

Este escólio poderá ter o seu prisma ampliado pela experiência relatada na parte ANEXOS 5, ÍTEM: 6.

#### **PROPOSIÇÃO XIV**

Assim como as novas práticas em saúde mental eram cerceadas, a mídia, por sua vez, era controlada pelos serviços de inteligência. Controle que, por definição, servia para contaminar a cotidianidade com a lógica disciplinar, forjando sentidos negativos para todo aquele que saísse da ‘linha’.

#### **DEMONSTRAÇÃO**

Os serviços de comunicação eram controlados pelas agências de inteligência do regime ditatorial. Segundo documentos ‘confidenciais’ daquele período, poderemos compreender que a lógica operada pela disciplinarização da vida social precisava dos canais de comunicação para a sua disseminação. Estes documentos podem ser visitados na parte ANEXOS 2.

#### **COROLÁRIO**

Os saberes, discursos e práticas são veiculados de forma distorcida pelos órgãos de imprensa no período ditatorial. Outros saberes também foram distorcidos do seu uso e função para serem utilizados como dispositivos de esquadramento e controle da ditadura.

#### **ESCÓLIO**

O 1º Exército solicitou a aplicação de testes psicológicos a um grupo de terroristas de ambos os sexos, com nível de escolaridade de grau médio e superior. A utilização do saber psicológico tinha como objetivo determinar quais seriam os traços dominantes dos terroristas brasileiros. No entanto, o documento não é assinado por nenhum profissional ‘psi’: fato que nos faz guardar dúvidas sobre o autor/autores deste documento. Este documento poder ser examinado na parte ANEXOS 3.

#### **PROPOSIÇÃO XV**

Em 1978, deflagra-se o processo da reforma psiquiátrica no Brasil bem como todo um processo de crise política que se refletiu na lógica ambulatorial.

## **DEMONSTRAÇÃO**

A proposição acima pode ser demonstrada pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 9.

### **COROLÁRIO**

Aqueles que dominavam um dado espaço e sentem a presença de outros se sentirão ameaçados. Assim como os outros seres da natureza, aqueles que já marcaram o seu território se sentirão ameaçados com a presença de estranhos.

### **ESCÓLIO**

Pelo que se segue do corolário precedente, o território ambulatorial é tributário da razão manicomial. Contribuinte de uma lógica que disseminou a crença da doença mental e dos tratamentos fundados numa clínica reducionista do modelo biomédico.

Com a abertura política, os novos enfrentamentos se proliferaram nos equipamentos de saúde mental. Aqueles que se mantinham ‘confortavelmente’ em seus territórios legitimados pela autoridade do saber científico-médico começaram a se incomodar pela presença de outros saberes. Saberes que, tão-somente, vinham propor outras alternativas na assistência em saúde mental. Alternativas que foram tateando e produzindo propostas, na medida em que anteriormente só havia a medicalização e a internação.

## **PROPOSIÇÃO XVI**

Quando não existe, será preciso criar.

## **DEMONSTRAÇÃO**

Esta demonstração poderá ser vista pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 10.

### **ESCÓLIO**

Ao imaginarmos como foi a penetração dos outros especialistas, em meio ao território já marcado pela especialidade psiquiátrica, poderemos sentir o borbulhar de uma efervescência. Efervescência que, por definição, começa a colocar em experiência de crise as instituições do ambulatório de saúde mental.

Instituição do atendimento em meio minuto; instituição da falta de prontuários; instituição de instrumentos de trabalho inadequados, como a falta de cadeiras para os usuários; instituição de ausência de marcação para a próxima consulta dentre outras já assinaladas; instituição da psiquiatria, enquanto saber hegemônico sobre o corpo do

desvio/diferença; instituição das intervenções individualizadas sem a possibilidade de intervenções grupais; instituição da organização esquadrinhadora dos usuários dentre outras instituições. Todas estas instituições que faziam parte da norma psiquiátrica nos ambulatórios de saúde mental foram colocadas em crise. Crise daquilo que já estava ali posto, como instituído (LOURAU, 2004).

### **PROPOSIÇÃO XVII**

Os ambulatórios de saúde mental ainda reinscrevem/reproduzem em vários tons o modelo biomédico na assistência.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A demonstração desta proposição poderá ser vista pela parte ANEXOS 4, ÍTEM:

4.

### **COROLÁRIO**

Se uma coisa não dá conta, precisar-se-á criar outra para dar.

### **ESCÓLIO**

Os ambulatórios de saúde mental não davam conta dos casos mais graves. Via de regra, estas pessoas eram encaminhadas direto para o manicômio. Com a reforma psiquiátrica, novos dispositivos foram criados para atender às pessoas em situação de crise, sem direcioná-las, num primeiro momento, à internação. Um dos objetivos da reforma é o de promover a criação de dispositivos substitutivos que possam atender ao problema dos usuários, desviando-se do naturalizado caminho da internação.

Este escólio poderá ser compreendido também pela parte ANEXOS 4, ÍTEM:

10.

### **PROPOSIÇÃO XVIII**

O modelo ambulatorial em saúde mental reflete a internação.

### **DEMONSTRAÇÃO**

A proposição em epígrafe poderá ser demonstrada pela parte ANEXOS 4, ÍTEM:

3.

## **COROLÁRIO**

Com o aumento dos ambulatórios da década de 80, foi possível diminuir as internações no hospício.

## **ESCÓLIO**

Os ambulatórios de saúde mental contribuíram para a diminuição das internações, mas deixaram a desejar no acompanhamento dos casos mais graves.

Este escólio poderá ampliar o seu prisma pela parte: ANEXOS 4, ÍTEM: 9.

## **PROPOSIÇÃO XIX**

Uma das deformações operadas no interior das práticas e saberes dos ambulatórios de saúde mental foi a de que este serviu para atender aos especialismos e aos seus especialistas.

## **DEMONSTRAÇÃO**

A demonstração desta proposição poderá ser compreendida pela parte: ANEXOS 4, ÍTEM: 6.

## **COROLÁRIO**

Agarrar-se aos saberes e práticas já conhecidos é mais seguro do que ficar deles desprovido, no momento da assistência. Quando um especialismo não dá conta da sintomatologia apresentada pelos usuários, utiliza-se o mecanismo ao...ao!

## **ESCÓLIO**

A experiência nos dá a visibilidade necessária ao que foi proposto pelo **COROLÁRIO** precedente. É trivial que os usuários se ‘encaixem’ aos saberes e práticas dos especialismos. Especialismos aos quais os especialistas são filiados. Cada especialista subsumirá/reduzirá as expressões do usuário às teorias/práticas a que se filiou.

A fórmula poderia ser descrita da seguinte maneira: usuário com suas demandas a se encaixar nos saberes/discursos/práticas dos especialistas. A rigor, o que podemos aprender com a experiência é a institucionalização do usuário aos saberes, discursos e práticas que se disseminam insistentemente nos ambulatórios de saúde mental ou, por conseguinte, a institucionalização do modelo ao... ao. Modelo que, como vemos pela experiência, produz a transinstitucionalização dos usuários: estes, indo de serviço em serviço, de um profissional ao outro, nos estabelecimentos de saúde.

Poderemos ampliar o alcance do nosso olhar em relação a este escólio pela parte: ANEXOS 4, ÍTEM: 11.

## PROPOSIÇÃO XX

Os ambulatórios de saúde mental reproduzem a lógica segmentar que esquadriha os corpos constituindo ‘hortas vivas’ por espécies, classes e gêneros.

## DEMONSTRAÇÃO

Vimos, pela **DEMONSTRAÇÃO DA PROPOSIÇÃO XVIII**, que o ambulatório é organizado por clínica e segmentado. Toda uma segmentação será conferida aos corpos que ali possam se assujeitar.

O modelo assistencial predominantemente encontrado nos ambulatórios de Saúde Mental insiste em reinscrever a lógica “separatista” e segmentar, apoiada por referências do modelo médico – historicamente preservadas e revalidadas. Os atendimentos aos usuários – neuróticos, psicóticos, familiares etc. – ocorrem fundados numa demarcação territorial psicopatológica: grupos de neuróticos; grupos de psicóticos; grupos de mulheres; grupos de adolescentes, atendimento de psiquiatria, de psicologia, de terapia ocupacional, de musicoterapia, dentre outras.

A rigor, toda instituição possui “organicamente” uma arquitetura de fluxos ‘*segmentarizados linearmente*’ (DELEUZE & GUATTARI, 1996): da sala de espera para a sala do médico; da sala do médico para a sala do terapeuta; da sala do terapeuta para a sala da oficina; da sala da oficina para o banheiro; do banheiro para o refeitório etc. Por seu turno, encontraremos a ‘*segmentarização circular*’ apresentada pela marca simbólica inscrita na porta da sala da Direção: de onde se proliferam enunciados de saber e de poder - de onde ‘tudo’ se sabe e de onde ‘quase’ tudo pode se ver – ao modo um pouco desviado do panóptico demonstrado por Foucault (1987). Cumpre notar que esta segmentação também ganhará visibilidade naquelas práticas e especialismos que aprisionam os usuários nas suas centrípetas ‘teias/correntes teóricas’.

O ambulatório segmenta o seu viver, assim como as segmentações são vividas na cotidianidade: de casa para o trabalho; do trabalho para o banco – segmentação linear; meu quarto, minha casa, meu bairro, minha cidade, meu país – segmentação circular; homem/mulher, criança/adulto, doente mental/especialista – segmentação binária.

## COROLÁRIO

O modelo disciplinar que ainda pode ser encontrado nos ambulatórios de saúde mental organiza os lugares e as fileiras para a produção das suas hortaliças de entidades mórbidas na operação que se inclui para se excluir de outras experiências do plano social.

## ESCÓLIO

Pelo que se segue da *demonstração* precedente, encontraremos no modelo disciplinar dos ambulatórios a produção de inúmeros segmentos. Segmento consultório/confessionário: onde cada um poderá confessar os seus infortúnios. Consultório/confessionário, enquanto espaço arquitetural para aquilo que se mantinha escondido possa encontra vazão para ser revelado, seja nas profundezas do inconsciente, seja na superfície da própria consciência.

Cabe ressaltar que, nas suas diversas modulações, o ‘segmento consultório’ pode ser caracterizado como os espaços mistos. Espaços constituídos pela disposição das salas, dos móveis, por onde circulam os usuários. Toda uma geopolítica de controle/dominação pode ser encontrada na forma de organização dos espaços e, com efeito, na forma de circulação em meio a estes espaços.

Encontraremos o ‘segmento lugar funcional’: segmento que permite a realização da circulação do usuário de um lugar ao outro – de uma sala à outra, de um atendimento ao outro. São espaços que facilitam a circulação de forma disciplinar, estabelecendo um recorte segmentado nos fluxos na circulação de cada um. Fluxos que são predeterminados pela administração que ali demarca o território a ser circulado.

Por sua vez, deparamo-nos com o ‘segmento fila’. Por mais que as filas nas recepções dos ambulatórios não sejam visíveis na contemporaneidade – na medida em que as pessoas esperam sentadas -, encontramos com outro tipo de fila: a fila de espera.

A lista da fila de espera para o atendimento nos ambulatórios foi o dispositivo criado, para que os usuários não ficassem se amontoando na recepção dos ambulatórios. Como em todo equipamento disciplinar, será preciso não deixar os aglomerados se reunirem. A reunião dos usuários que desejam ser atendidos pode ser perigosa ao bom andamento da vida nos ambulatórios. A fila – mais uma característica do modelo de esquadrinhamento dos corpos – vem garantir a obediência, mas, por seu turno, uma melhor economia do tempo. Economia que, por definição, é regulada pelas vagas que



surgirão ao longo também do tempo. As filas de esperas nos ambulatórios de saúde mental se alongam; no entanto, elas são invisíveis.

Uma outra forma de segmentação e repartição dos inúmeros modos de ser dos usuários se dá pela constituição dos ‘quadros vivos’ (FOUCAULT, 1987). A infinidade de formas sintomatológicas é arranjada em quadros nosológicos/nosográficos/psicopatológicos. Arrumam-se e ordenam-se as formas existenciais fora da normalidade – da média social – assim como se ordenam plantas nos jardins e nas hortas. O processo de produção da classificação sistemática da errância e do desvio da média social vem atender ao princípio do esquadramento: distribuindo os corpos, analisando-os e tornando-os inteligíveis aos olhos da cientificidade dos especialistas, assim como foi exposto pelas *Práticas Ladainésicas da Verdade XXVI, da seção II, capítulo I*.

### **PROPOSIÇÃO XXI**

As segmentações encontradas no ambulatório de saúde mental poderão ser justificadas pela necessidade da organização dos serviços aos usuários, garantindo que o seu funcionamento seja científico e ordenado.

### **DEMONSTRAÇÃO**

O governo dos comportamentos e condutas dos usuários é, a rigor, demarcado, formulado, organizado, aprioristicamente pelos gestores locais. Os usuários não são convidados a participar das formulações referidas ao funcionamento do estabelecimento. Um dos princípios encontrados no SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, LEI 8080/90) é o da participação da comunidade na formulação das estratégias de assistência. Este princípio não é trivialmente considerado pelos gestores dos ambulatórios de saúde mental. A rigor, não é oferecido o espaço de expressão aos usuários e à comunidade, para que participem das decisões sobre os modos de funcionamento e de organização dos processos de produção do trabalho nos ambulatórios.

### **COROLÁRIO**

Melhor governar com disciplina - a partir do ponto de vista institucional - do que arriscar aquilo que vem dando certo, via de regra, para os gestores e especialistas.

## ESCÓLIO

Pelo que vimos pela *DEMONSTRAÇÃO da PROPOSIÇÃO XIX*, o ambulatório se configura em geral para responder à capacidade dos técnicos e não se configura para atender à demanda. O predomínio da organização do serviço se faz a partir de quem presta o serviço. Desta forma, o conhecimento dos técnicos é hegemônico. Há uma hierarquização invertida: não se atende a uma determinada demanda, atende-se à capacidade dos especialistas de atender àquela demanda, consoante a *DEMONSTRAÇÃO da PROPOSIÇÃO XVII*.

Seguindo esta última afirmação, poderemos compreender que esta hierarquização invertida se dá pela produção de dois pontos de vista. Existe o ponto de vista do espectador (BEZERRA, 1987) que, por definição, é o lugar que se interessa em observar os usuários nas determinações dos seus gestos, maneirismos, formas de articular o pensamento dentre outras expressões. Em meio a estas determinações, o especialista/observador estará interessado em colher histórias de vida que possam, em última instância, estar separadas do mal-estar que ele encarna no instante presente. Vale ressaltar a reprodução deste ponto de vista: podemos pensar em toda uma complexa rede de instituições que permitiram as pessoas falarem para, através das falas coletadas, elas próprias se transformarem em catálogos de classificações nosográficas. A medicina, a psiquiatria e outras instituições assim o fizeram no decurso dos últimos 200 anos. O ponto de vista do observador é aquele que produz a cesura, a separação, ela mesma, mantenedora do lugar de poder que o especialista pode exercer.

Por conseguinte, teremos o outro ponto de vista – o ponto de vista do agente – como aquele que possui o olhar encarnado do sofrimento. O usuário é aquele que sente o seu mal! Este nunca será igual a outro sofrimento! Este sofrimento é singular e único!

Enquanto o especialista tenta subsumir a realidade da experiência sensível do usuário aos seus indicadores de psicopatologias/nosografias/nosologias, este último, por sua vez, poderá ter outro olhar sobre si e sobre o funcionamento das práticas que se operam a cada dia na instituição. No entanto, o que se vê nas experiências dos ambulatórios é a falta de tempo – ou de interesse - de muitos especialistas e gestores para conhecerem o outro ponto de vista. O ponto de vista de quem circula regularmente por estes espaços. Circulações que se dão por uma organização, da qual os usuários não foram convidados a participar, quando da sua elaboração.

## PROPOSIÇÃO XXII

Governam-se homens, crianças, vidas e consciências.

### DEMONSTRAÇÃO

Em meio ao que foi enunciado no *ESCÓLIO DO COROLÁRIO DA PROPOSIÇÃO XXI*, assistimos ao predomínio da organização dos serviços ambulatoriais em saúde mental vertidos à capacidade dos especialistas atenderem a uma determinada demanda. Segue-se desta afirmação que a organização dos serviços serve mais aos interesses dos especialistas e gestores do que aos usuários. Organiza-se sem a participação daqueles que consomem as inúmeras intervenções. Intervenções que não sofrem o ponto de vista daqueles que as consomem. Ponto de vista de quem poderia ajudar na elaboração e avaliação sobre a vida institucional/ambulatorial. Os usuários, os familiares e pessoas da comunidade não são convidados a comparecer nas discussões institucionais, a um só tempo, pelo preconceito cientificista e pelo temor dos profissionais e gestores pelos efeitos que poderão advir da força deste encontro. O preconceito cientificista é aquele que garante o controle dos discursos, dos saberes e das decisões institucionais. Uma vez que os especialistas possuem um saber qualificado e hegemonicamente autorizado pelo Estado, decorrerá daí que nenhum indivíduo que não faça parte da corporação técnica poderá ter acesso ao debate. O debate precisará se manter asséptico e depurado das 'perigosas' misturas entre subjetividades. Vê-se, por conseguinte, o exercício da obediência àquilo que já estava, desde então, posto para ser cumprido e vivido!

Nunca presenciei debates sobre práticas e teorias onde estivessem presentes usuários, familiares, gestores e técnicos na cotidianidade de um ambulatório de saúde mental. Muito menos nas reuniões de equipe: espaços rituais que subsumem as questões administrativas e os casos clínicos. Como ocorreriam as reuniões com a participação de outras pessoas interessadas? Que outros pontos de vista poderiam sofrer as discussões sobre uma dada situação – seja clínica, seja institucional, seja social, dentre outras? São questões que poderiam ser pensadas e sentidas por aqueles que se situam nestes dispositivos e em outros.

Retomando o nosso ponto de incidência sobre as formas de organização das práticas da verdade na cotidianidade dos ambulatórios encontraremos-nos, pois, com práticas que exercitam a pedagogia da consciência e da confissão. Pedagogia que vai

sendo exercitada pelos procedimentos, técnicas e métodos constituintes dos especialismos. Método da subordinação dos usuários aos saberes e práticas daqueles especialistas que estão filiados centripetamente nas suas correntes teóricas: não se permitindo sofrer as interferências de outros pontos de vista para além do seu.

Toda uma pedagogização aos métodos, de direito, privada aos especialistas é destinada e dirigida aos usuários. Direção de como será o atendimento: disposição de mesas e cadeiras; sobre o tempo destinado; sobre o que se enunciar – sobre o passado, sobre o futuro, sobre o presente, sobre seus hábitos e seus interesses, dentre outros quesitos. Quesitos que são elencados, na sua maior parte, na direção do interesse dos especialistas.

**Já pensei em me matar muitas vezes por que não agüentava mais me lembrar do meu passado... minha mãe teve 31 filhos... só sete sobreviveram... eles iam morrendo depois de nascer muito fracos... nossa vida sempre foi muito sofrida... eu não quero mais ficar lembrando disso... mas, meu terapeuta insistia em ficar me perguntando como era a vida na infância... como era viver com meu pai... como minha mãe me tratava...(usuário de um Ambulatório de Saúde Mental)**

As enunciações deste usuário apontam para o engendramento de relações terapêuticas vertidas aos interesses dos especialistas. Interesses produtores de condicionamentos nas formas de sentir, pensar e agir dos usuários. Condicionamentos que, pela força do hábito, repercutirão na vida do usuário para além dos espaços institucionais. Este levará consigo os exercícios habituais que aprende costumeiramente nos encontros terapêuticos. Traz consigo o ponto de vista das intervenções: neste caso, o caminho é a direção do seu olhar às relações do passado como engendradoras do sofrimento atual.

Cumprir notar que não poderemos colocar os usuários numa posição vitimizada. No entanto, a sua fragilidade emocional faculta a sua subserviência às práticas/saberes/discursos que circulam nos ambulatórios. Fragilidade que, nas suas diversas manifestações, o impulsiona na direção da obediência às inúmeras regras, bem definidas e delimitadas, no seu trânsito por estes estabelecimentos. Obediências a um “[...] **campo balizado por uma verdade oficial**”, (NASCIMENTO, op. cit. p. 101, grifos nossos) que, em última análise, condicionam a relação terapêutica aos interesses

ditos científicos. Inversão de interesses, na medida em que o interesse primeiro deverá ser sempre o do usuário/pessoa que sofre.

As palavras precedentes do usuário dão a visibilidade sobre uma pedagogização dos ‘atos de verdade’ (FOUCAULT, 1997). Atos que se dizem, numa das suas faces, herdeiros do exame de consciência e da confissão. Herança maldita – amaldiçoando os interesses dos usuários, na medida em que estes se encaminham aos interesses dos especialistas e, por conseguinte, mal – dita, pelo fato dos usuários claramente expressarem o descontentamento sobre esta forma de direção das suas expressões.

### **COROLÁRIO**

Os procedimentos dos especialistas se misturam com o “ato de fé”.

### **ESCÓLIO**

Este corolário é evidente por si mesmo. Os especialistas se doutrinaram em seus especialismos. Cada um se doutrinou às verdades que cada teoria/saber lhes inculcou na cabeça. Doutrinas que receberam o estatuto de verdadeiras. Verdades que são colocadas a serviço dos modos de vida dos próprios especialistas. Cumpre notar que será preciso um apetite singular a cada um para escolher a doutrina em que se especializou/filiou. Cada especialista tem apetite por aquilo em que se doutrinou e, por seu turno, dissemina a lógica da sua doutrinação aos usuários que comparecem às suas consultas. Assim como os especialistas se doutrinaram em suas teorias através de rituais conceituais e de práticas que anunciam e visibilizam seus conceitos, os usuários se alimentam deste mesmo edifício de palavras, discursos e práticas.

Daí resulta a tecedura da trama de doutrinações: primeiro, a doutrinação do especialista nos saberes/práticas/discursos de uma ou outra determinada teoria em que permanece filiado. Segundo, a doutrinação do usuário à doutrina do especialista. Doutrinação que será edificada aos poucos. Edifício doutrinário de teorias e práticas que vai sendo elevado paulatinamente: assim como se constrói uma casa – tijolo por tijolo. Vimos pelo *ESCÓLIO da PROPOSIÇÃO VIII* o tema de uma memória que se constitui pela repetição periódica das funções e pelo ordenamento fixo das linhas que tais funções integram. Repetição que ordena e que ensina pela força do hábito e do costume.

Vimos, por este escólio, como se engendram formas de viver condicionadas a uma memória com funções normatizadoras. Será no exercício do costume e do hábito, que a

naturalização dos modos de se relacionar na clínica operarão, nas suas diversas modulações, formas de produção de usuários servis. Servidão que despotencializa a sua vocalidade política. **Vocalidade que é barrada de inúmeras maneiras: pela medicação excessiva e descontextualizada dos processos de produção do sofrimento; pelas respostas prontas dos especialistas; pela cronificação dos usuários nas práticas e discursos; pela rotinização das suas vidas ao círculo vicioso dos atendimentos massivos e institucionalizados; pela não participação nas decisões da vida ambulatorial.**

Pelo que foi enunciado na *demonstração* precedente, o usuário conseguiu escapar das teias do hábito e do costume na relação com o especialista. Costume que, de direito, está conferido ao especialista que se doutrinou a investigar o passado, como condição de explicação da natureza das afecções do presente.

De fato, entendemos claramente, por esta demonstração, que o interesse deste procedimento não era o do usuário. Mas, outrossim, ligava-se ao ato de fé do especialista condicionado/habitado/acostumado/viciado em proceder desta maneira. Vício que habitua gradualmente todo aquele que se assujeita ao saber do especialista, sem colocar em análise os interesses deste próprio saber. Cumpre observar que o ato de fé do especialista também está ligado à sua experiência pessoal onipotente que, tão somente, versará: “nunca sofrerei deste mal que acomete quem eu trato”, conforme podemos verificar pela parte: ANEXOS 6, ÍTEM 3.

### **PROPOSIÇÃO XXIII**

O ato de fé do especialista é a expressão da sua exomologese.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Por definição, a exomologese é um “ato de fé” (FOUCAULT, 1997). Ato que é indispensável ao cristão “[...] para que as verdades reveladas e ensinadas não sejam simplesmente questão de crenças que ele aceita, mas de obrigações através das quais ele se engaja [...]” (op. cit. p. 102). Cabe ressaltar que a exomologese, definida enquanto um ato de fé, está ligada à obrigação de manter suas crenças, de aceitar a autoridade que legitima as suas crenças, de fazer, por seu turno, uma profissão pública destas e, ainda, de viver conforme às suas prescrições.

Cabe ressaltar, pelo que resulta destes apontamentos, que a exomologese dos especialistas é encarnada como ato de fé. Via de regra, os especialistas não colocam em análise os fundamentos que, de direito, são os princípios que sustentam suas teorias.

Daí resulta o ato de fé incondicional aos preceitos dos especialistas. Especialistas centripetamente fechados em suas doutrinações. Doutrinações que, por sua vez, tornam-se verdades absolutas, desqualificando todo e qualquer outro saber que possa dele se distinguir, como vimos pela *demonstração da proposição X*. Toda e qualquer forma de insubmissão, indisciplina, irreverência aos princípios ofertados como verdadeiros pelos especialistas, são posturas inconciliáveis com as relações hierarquizadas que podemos encontrar na vida ambulatorial. É trivial acreditar que os abandonos nos atendimentos são decorrentes da ‘resistência’ ou da ‘não-adesão’ aos tratamentos: ‘são eles que não estão prontos para trabalhar suas questões ou não se adaptam às técnicas e procedimentos’.

Esta ‘atitude defensiva’ poderá, por sua vez, ser a expressão silenciosa da insatisfação dos usuários com as práticas e discursos que encontra na cotidianidade ambulatorial. Assistimos à produção e reprodução de práticas ladainésicas da verdade, desta vez na cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental.

### **COROLÁRIO**

Da exomologese do especialista - enquanto prática de vida e prática clínica - encontraremos as técnicas de ‘direção espiritual’: *exagoreusis*.

### **ESCÓLIO**

Procede-se aqui da mesma maneira que na *demonstração da proposição* precedente. Definiremos, na trilha do pensamento de Foucault (1997), as técnicas de ‘direção espiritual’ ligadas à noção de *exagoreusis*. Técnica que tem como estatuto a condução do “[...] exame de sua própria consciência e o dever de dizer a totalidade dos movimentos do pensamento numa formulação que se propusesse exaustiva: *a exagoreusis*” (op. cit. p. 103). No entanto, teremos que ter a prudência necessária para não nos adiantarmos.

Como foi apontado anteriormente, o engendramento da doutrinação do especialista se edifica como um ato de fé. Ato de fé que estará ligado ao processo de produção da sua formação. Cumpre notar que, assim como na instituição monástica encontraremos a relação do noviço com o mestre, encontraremos nas

universidades/faculdades/cursos de especialização uma relação de obediência condicional aos preceitos e princípios que regem um ou outro determinado saber/teoria.

Neste domínio, não será na relação de distinção etária que a obediência do noviço ao mestre ou, por conseguinte, do futuro especialista ao mestre universitário, se estabelece. Não será por conta de ser mais idoso o mestre, que o noviço/futuro especialista obedecerá aos ensinamentos. Consoante Foucault (op. cit. p. 104), “[...] a capacidade de dirigir é um carisma e a obediência deve constituir, na forma da humildade, uma relação permanente consigo mesmo e com os outros”.

Resulta desta afirmação que a doutrinação, seja de um noviço na relação com o mestre ou, com efeito, o especialista na relação com o mestre universitário, se dá através de uma relação de poder. Poder que, por definição, exprime uma relação de forças, uma relação que, em maior ou menor grau, é a do domínio de um sobre o outro. Domínio que edifica o assujeitamento aos princípios que versam sobre uma ou outra teoria, consoante a *demonstração e escólio da proposição XI*.

Cabe ressaltar que a subordinação a uma determinada doutrinação possibilitará uma titulação legitimada. Titulação que conferirá ao especialista a possibilidade de exercer o seu ofício apoiado pelas crenças que tributariamente a elas estará ligado/assujeitado – ou não! No entanto, os títulos são autorizados pelo Estado, por delegação social. Titulação que está condicionada ao mandato que cada especialidade se destinou ‘ao serviço da sociedade’.

No interior da relação de forças, onde se encontram especialistas e usuários, encontraremos o exercício e a prática de uma das crenças reinscritas desde tempos seculares. Prática da vigilância permanente de si mesmo. Técnicas gestadas a partir do século IV destinadas ao governo dos homens e realizadas nas instituições monásticas. Técnicas que se dizem da apreensão do movimento do pensamento, do exame profundo para a compreensão da sua origem e do deciframento de onde todo e qualquer pensamento pode ter derivado. Prática da *exagoreusis*. O exercício de apreender o movimento do pensamento, de poder examiná-lo na sua profundidade. Exame do movimento do pensamento que, nas suas diversas possibilidades, tem o objetivo de compreendê-lo, de encontrar a sua origem e, por conseguinte, do seu deciframento. Se estes pensamentos vêm de Deus ou do diabo.

A prática da *exagoreusis* “[...] constitui o domínio de exercício de um exame de consciência que, vê-se bem, tem o papel de tornar possível a unidade e a permanência da contemplação” (FOUCAULT, op. cit., p. 104).



Os especialistas precisarão, em meio às suas especializações, estarem profundamente ligados ao exame de consciência sobre aquilo que estão aprendendo. Mas, a experiência nos revela que este exame está mais ligado às avaliações dos conteúdos que serão quantificados em testes, trabalhos ou provas para sua aprovação, do que a um exame crítico sobre aquilo que aprendem, escutam e observam em meio ou após as suas formações.

No entanto, para os usuários dos ambulatórios de saúde mental, a técnica da *exogoreusis* é ofertada pelos especialistas na sua forma tradicional, refletindo ressonâncias das práticas monádicas. Dentre os inúmeros procedimentos pertencentes aos especialismos, encontramos aquele que orienta o exame da consciência: diga como é a sua vida! Ou, ainda em outros termos, diga o que vem à sua cabeça!

Abrir espaço para que os usuários expressem verbalmente as verdades que se escondem no fundo de si. Verdades que são fundamentais e indispensáveis para a ‘cura’. Cura que se dará pela expressão daquilo que estava no fundo da sua existência, revelando-se à sua consciência. Exercício heurístico: métodos e regras dirigidos ao encontrar, descobrir, desvelar o que estava escondido. Assim como se salvavam as almas pelo exame de consciência, ainda, no contemporâneo, a ‘cura’ se efetuará através do movimento de revelação do inconsciente à consciência dos pacientes.

#### **PROPOSIÇÃO XXIV**

O Estado compra a força de trabalho do especialista para que este sirva de mercadoria.

#### **DEMONSTRAÇÃO**

Quando o Estado compra o trabalho do especialista, este trabalho tem um valor. O valor do trabalho do especialista será trocado por uma relação contratual. Num primeiro momento, poderemos afirmar que existe uma relação, chamada por Marx, de subsunção formal: o Estado compra o trabalho e aponta as condições a que o especialista terá que se submeter.

O Estado, por conseguinte, comprará a força de trabalho do especialista – seu corpo, seus conhecimentos e energia –, para que esta sirva de mercadoria, tanto para o Estado quanto para o usuário. Marx (2003, p. 63) apontará: “O produto, para se tornar mercadoria, tem de ser transferido a quem vai servir como valor-de-uso por meio de troca”.

Desta esfera, o trabalho do especialista terá valor-de-uso para o Estado, na medida em que o primeiro servirá aos interesses do último – valor de uso – por meio de troca – trabalho = salário. Interesses que são remunerados pela compra da força de trabalho/especialista que, por definição, se torna mercadoria para o Estado que, por sua vez, tributa à população os impostos destinados aos fins sociais.

Por conseguinte, a força de trabalho/especialista se torna mercadoria para o usuário, na medida em que este último o utilizará em sua vida – os conhecimentos, indicações, prescrições etc. = valor de uso. Com efeito, não são visíveis - na relação entre o especialista e o usuário - as condições primeiras para tornar o trabalho do especialista em mercadoria para o usuário. Cabe ressaltar que o trabalho do especialista, convertido em mercadoria, é mais visível na relação com o Estado.

### **COROLÁRIO**

Os usuários acreditam que os serviços ofertados pelos ambulatórios de saúde mental são dados de graça pelo Estado.

### **ESCÓLIO**

Geralmente o que assistimos nos ambulatórios de saúde mental é o agradecimento dos usuários, como se estes estivessem recebendo gratuitamente os serviços efetuados. Os usuários não têm clareza sobre o modo de financiamento destes equipamentos. Muitos não sabem que os impostos pagos nas mercadorias que consomem cotidianamente também financiam os serviços que ali são executados. Segue-se desta afirmação, que os usuários não compreendem que são, igualmente, os investidores dos serviços ofertados pelos ambulatórios.

Em resumo, o trabalho do especialista - trabalho comprado pelo Estado, financiado pelo povo, para ser ofertado aos usuários dos ambulatórios - adquire uma forma social. O trabalho do especialista transforma-se em um valor-de-uso, por ser útil àqueles que os consomem, mas, por seu turno, tem um valor-de-troca, na medida em que os produtos do trabalho do especialista têm um valor que se dá por meio de um processo social de troca. ESTADO – FINANCIADO PELO POVO - A COMPRAR – TRABALHO – ESPECIALISTA – OFERTADO – AO USUÁRIO/POVO – A REFINANCIAR AO ESTADO – A COMPRAR – TRABALHOS, SERVIÇOS QUE TENHAM VALOR DE USO SOCIAL = VALOR-DE-TROCA.

## PROPOSIÇÃO XXV

O trabalho do especialista no ambulatório de saúde mental tem um valor-de-uso e valor-de-troca.

### DEMONSTRAÇÃO

Compreendido que a mercadoria, enquanto valor-de-uso, é aquela que se destina a satisfazer as necessidades humanas, poderemos, por outro lado, analisar que o trabalho do especialista – trabalho comprado pelo Estado – se transforma em mercadoria na medida em que é trabalho trocado por uma relação contratual salarial ofertado e transferido para os usuários.

Consoante Marx: “Quem, com seu produto, satisfaz a própria necessidade gera valor-de-uso, mas não mercadoria. Para criar mercadoria, é mister não só produzir valor-de-uso, mas produzi-lo para outros, dar origem a valor-de-uso social” (op. cit., p. 63)

Temos, nesta instância, o duplo caráter do trabalho materializado na mercadoria. Marx assinalará que o produto, para que se torne mercadoria, precisará ser transferido a quem vai servir como valor-de-uso através da troca. Segue-se desta afirmação que “[...] nenhuma coisa pode ser valor se não é útil; se não é útil, tampouco o será o trabalho nela contido, o qual não conta como trabalho e, por isso, não cria nenhum valor”. (op. cit., p. 63).

Desta afirmação, compreende-se que, por definição, aquilo que é um valor-de-uso ou um produto só poderá ser mercadoria na medida em que nela **está corporificado, materializado, trabalho humano abstrato**. Segue-se desta indicação que o produto do trabalho do especialista torna-se mercadoria na medida em que nele está contida força de trabalho abstrata.

Força de trabalho medida pelo tempo dispensado a cada atendimento/intervenção, por sua capacidade técnica e pela sua ‘implicação’ no processo de produção do trabalho. Trabalho humano abstrato contido no produto – tratar, diagnosticar, encaminhar, prescrever, dentre outras indicações e intervenções – corporificado, por conseguinte, no usuário. **Em última análise, no usuário temos a corporificação/materialização do trabalho humano abstrato do especialista.**

## **COROLÁRIO**

No corpo do usuário ter-se-á a corporificação/materialização do trabalho humano abstrato do especialista.

## **ESCÓLIO**

Cumpra observar que o trabalho do especialista – cuidar, diagnosticar, tratar, encaminhar, ou qualquer intervenção que lhe cabe – materializa no corpo do usuário aquilo que é, de direito, trabalho humano abstrato. Trabalho que esconde o valor-de-troca – com o Estado e com os usuários -, na medida em que suas intervenções - enquanto valor-de-uso - se processam na manifestação de encontros sociais.

## **PROPOSIÇÃO XXVI**

O trabalho humano abstrato do especialista está misteriosamente invisível aos olhos dos usuários.

## **DEMONSTRAÇÃO**

O trabalho humano abstrato do especialista é fetichizado, nos termos de Marx (op. cit., p. 94), de sorte a estar misteriosamente imperceptível aos olhos/sentidos dos usuários, quando os consome. Estes, ao consumirem os procedimentos dos especialistas – mercadorias –, incorporam trabalho humano abstrato materializado em seus corpos. As mercadorias ofertadas pelos especialistas – o trabalho que oferecem – assumem um caráter misterioso na medida em que não aparecem, enquanto mercadorias. O trabalho humano abstrato corporificado no corpo/usuário aparece como doação de serviço para este último.

## **COROLÁRIO**

A mercadoria – trabalho humano abstrato do especialista – se encarna na matéria-prima/corpo usuário.

## **ESCÓLIO**

Pelo que se segue da demonstração precedente, o Estado, nas suas diversas instâncias, recombina/modulou/tomou emprestado/integrou uma antiga tecnologia do poder. Tecnologia tomada de empréstimo das instituições cristãs – com outras passagens tonais de discursos e práticas -, compreendidas como o poder pastoral. Esta tecnologia, integralizada nas práticas do Estado, será fundamental para a abordagem das indagações tecidas ao início do nosso trabalho.

O cristianismo – sendo a primeira religião organizada a edificar a instituição Igreja – vem postular a seguinte premissa: certas pessoas poderão servir às outras como pastores. No entanto, esta designação vem expressar, na prática, uma determinada forma de poder. Quatro determinações são apresentadas pelo poder pastoral: 1 – o pastor exerce um poder que, por definição, objetiva garantir a salvação de cada um do ‘rebanho’ para o outro mundo de Deus; 2 – Ao contrário do poder real – que fazia comparecer em sua lógica o sacrifício dos seus súditos para a salvação do reino -, o poder pastoral vem ampliar a forma de comando. O pastor é aquele que está preparado a se sacrificar pela vida e pela salvação do rebanho. 3 – Na lógica do poder pastoral, encontrar-se-á o cuidado não apenas do ‘rebanho’ – enquanto coletivo/comunidade –, mas, por sua vez, será encontrado nesta lógica pastoral o cuidado a cada indivíduo, por toda a sua vida. 4 – No interior deste exercício de poder, teremos as práticas do conhecimento da mente, da exploração das suas almas, da confissão/revelação dos seus segredos mais íntimos. Por um lado, práticas de conhecimento espiritual e saber da consciência e, por outro lado, a capacidade de controle dos seus pensamentos e desejos.

Foucault assinala que o Estado é a matriz moderna da individualização, ou seja, uma nova forma do poder pastoral (2006). Forma de poder pastoral que foi integralizada/recombinada com outros saberes e práticas que ‘arrebanha’ o conjunto do corpo social. No entanto, o Estado sendo tributário da lógica do poder pastoral, não terá, ele mesmo - como seu ponto de incidência ou aplicação -, o objetivo da salvação espiritual. A direção do Estado - destinada ao povo - será a de assegurar outros tipos de ‘salvação’: saúde, segurança, condições de trabalho, de moradia etc. Cabe ressaltar sobre a proliferação das ações filantrópicas exercidas pelo Estado para a manutenção da ordem e da sua lógica. As famílias, pessoas/benfeitores foram convocadas para assumir funções que, por definição, são funções pastorais. Por conseguinte, as instituições públicas sempre tiveram este ‘ranço’ da ‘salvação’ das populações/coletividades e das pessoas/individualidades. Decorre daí que uma grande parte dos usuários dos ambulatórios de saúde mental acredita que as intervenções ‘são doadas’, ‘são de graça’.

Segue-se, ainda, da afirmação do *corolário* precedente que, na relação contratual com o Estado, o especialista está como o operário: não é proprietário dos meios de produção, isto é, não é proprietário dos objetos materiais que comparecem no interior do processo de trabalho. Poderemos caracterizar os meios de produção do especialista como matéria prima – o usuário – e os instrumentos de produção – como seus

conhecimentos, ferramentas, local do trabalho, mobiliário dentre outros, que incidem, por sua vez, no processo de produção e intervenção sobre a matéria-prima-usuário.

Poderemos, a partir de um ponto de vista mais rigoroso, fazer a distinção entre matéria-prima e matéria-bruta. A última é encontrada na natureza, sem nenhuma forma de intervenção ou de trabalho humano. Por outro lado, a matéria-prima é aquela que foi encontrada na natureza e sofreu o trabalho humano (HARNECKER, 1979). Em meio a estas definições, poderemos apontar para a condição do usuário de saúde mental como a matéria-prima dos equipamentos de saúde mental, na medida em que o usuário já sofreu/se envolveu às intervenções e às modulações dos processos sociais normativos. Daí decorre que o trabalho humano abstrato do especialista estará encarnado na matéria prima/usuário, intervindo na sua forma em que, primariamente, chegou.

### **PROPOSIÇÃO XXVII**

Há uma homologia entre os especialistas e os operários das manufaturas/indústrias: não são proprietários dos meios de produção.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Os especialistas, não sendo proprietários dos meios de produção, cumprem um mandato que está contido no seu contrato de trabalho. Seguindo esta afirmação, teremos uma relação de subordinação por parte do especialista às regras do jogo que cumprirá no processo de produção do trabalho, quando envolvido com a matéria prima – usuário – e com os instrumentos de trabalho. Esta relação de subordinação às regras do jogo – atender um número X de usuários, assim como se produzem tantos produtos/peças numa indústria – poderá ser compreendida como uma relação contratual definida como subsunção formal (FEHER & ALLIEZ, mimeo). O Estado compra a força de trabalho do especialista, mas, por sua vez, este último terá que produzir uma cota de atendimentos/dia. Durante o tempo de produção/atendimento nos ambulatórios, será preciso cumprir a relação formalizada entre ambos.

Mandato que enuncia a seguinte injunção: o Estado compra a sua força de trabalho para que dê a forma que lhe interessa – ao Estado - sobre a matéria prima já transformada pelas experiências sociais. Experiências sociais que já modelaram a matéria-bruta-singular-humana que, desgastada, encontrará um dos lugares para o seu reparo/recondicionamento: o Ambulatório de Saúde Mental.

Mandato de reparo, de reforma, dos corpos que não conseguem se movimentar em meio às maquinações da lógica capitalística. Lógica que, por definição, se espalha como as ervas daninhas em meio à grama: rizoma (DELEUZE & GUATTARI, 1996). Lógica que se entremeia em todos os segmentos do plano social, vertendo-os aos seus interesses de lucratividade e de exploração.

Quando não der mais para se movimentar, no processo de produção da lógica capitalista, ter-se-á sempre um lugar para produzir a assepsia tão necessária ao seu funcionamento: incluem-se em equipamentos do Estado para se excluir de outras experiências. Os desvios não podem atrapalhar o movimento da lógica burguesa/capitalista.

### PROPOSIÇÃO XXVIII

O seu trabalho é comprado. Cuide de preservá-lo.

### DEMONSTRAÇÃO

A experiência nos demonstra a relação de assujeitamento do especialista dos ambulatórios de saúde mental para com o Estado. Este vende a sua força de trabalho ao Estado que, por sua vez, movimenta a lógica do Mercado no seu interior. Lógica que faz lembrar: “o seu trabalho é comprado, cuide de preservá-lo”.

Na contemporaneidade, assistimos às avaliações dentro da máquina do Estado: avaliações do modelo neoliberal que deseja, tão-somente, trabalhadores flexíveis, criativos e hábeis para todas as situações. Trabalhadores/especialistas que possam se modular para dar continuidade à lógica do assistencialismo que garante o movimento do mercado no interior do Estado. Segue-se, desta afirmação, que o que é pedido aos profissionais é o espírito de militância: apesar da baixa remuneração.

Será preciso garantir a lógica dos benefícios dos serviços do Estado ao usuário. Seguindo a lógica dos ‘benefícios’, nada poderá ser conquistado pelas lutas sociais, mas, outrossim, tudo deverá ter o ‘tom’ e a ‘coloração’ do assistencialismo **dos serviços públicos** para a população, gerando o sentimento de dependência e de sujeição.

### COROLÁRIO

O mercado produz ideários que serão movimentados nos cursos de formação dos especialistas. Por sua vez, a relação contratual entre o Estado e o especialista subordinado duplamente - modulado pelos ideários do capital e o de estar nas mãos do

Estado - despotencializa a dimensão política nas experiências dos ambulatórios de saúde mental.

### ESCÓLIO

O mercado de formação/especialização ajuda a produzir os especialistas que, por seu turno, movimentam a sua lógica nos processos de produção da assistência nos ambulatórios de saúde mental. As universidades/faculdades, na sua maior parte, privilegiam cursos com práticas e conteúdos que, por definição, são da ordem dos especialismos subjetivos, comportamentais ou biológicos, não privilegiando a dimensão política. Os especialistas, com seus **trabalhos imateriais** (ALLIEZ & FEHER, mimeo), predominantemente trabalhos ‘cerebrais’, contaminarão os ambulatórios de saúde mental com a despolitização da clínica. Deformação da clínica pela sua deformação reducionista-acadêmica orgânico/comportamentalista/intimista.

Preparam-se especialistas para o mercado com a visão escotomizada, privilegiando uma ou outra instância do complexo emaranhado de possibilidades que é a experiência humana. No entanto, o ato de se especializar numa determinada área é poder ter condições de lutar para garantir algum lugar ao sol. Lugar que o mercado oferece e promete através dos seus inúmeros *‘softwares de formação permanente’*. Cursos e pós-graduações que, nas suas diversas formas, funcionam como softwares que modulam e plugam os futuros especialistas numa rede freqüencial de discursos, saberes e práticas que interessam ao mercado. Produção do assujeitamento/alienação que uma grande parte de especialistas não consegue perceber/analisar.

Da hipnose da formação acadêmica voltada para o mercado que, por sua vez, funciona de inúmeras maneiras no interior do Estado, conduzindo à exploração do especialista. Este terá que trabalhar e produzir um número ‘X’ de atendimentos/intervenções. “Eu já trabalhei num ambulatório onde eu tinha que atender mais de 40 num dia”, palavras de um psiquiatra. A sua produção é medida no tempo como na manufatura. Produção de um número ‘X’ de intervenções será a garantia de continuar sendo avaliado positivamente, preservando a sua necessidade nos negócios do Estado. Vale ressaltar, tomando de empréstimo as palavras deste psiquiatra, sobre as condições difíceis em que alguns – ou muitos – profissionais de saúde mental acabam por enfrentar: muitas vezes, subordinando-se a gestões autoritárias que desejam estritamente a produção. Gestões que não desejam colocar em análise aquilo que possa estar cristalizado na cotidianidade dos serviços.



## PROPOSIÇÃO XXIX

O processo de produção de trabalho nos ambulatórios de saúde mental é, em geral, alienado.

### DEMONSTRAÇÃO

Seguindo a *proposição* precedente, será importante destacar que esta proposição não pode ser oferecida à integralidade dos profissionais de saúde mental. Existem muitos que não se fecharam centripetamente nos seus saberes e práticas. No entanto, ainda, podemos verificar processos de produção de trabalho nos ambulatório de saúde mental de forma alienada. Processo alienado, uma vez que, cada especialista se enclausura no seu castelo de conhecimentos teóricos/práticos. Os especialistas, em geral, se acorrentam em suas correntes teóricas. Clausura de certa forma construída desde o momento em que escolheu se ‘fechar’ numa teoria ou noutra. Em razão desta escolha que ‘garante’ os conhecimentos para o seu processo de produção sobre as matérias-primas, assistimos à cena de uma assistência movida por trabalhos parciais.

Assim como encontrávamos na manufatura de carruagens (MARX, 2003) numerosos artífices com especialidades diferentes – o carpinteiro de seges, o estofador, o costureiro, o serralheiro, o correeiro, dentre outros –, encontraremos no ambulatório os múltiplos especialistas com as suas **tarefas parciais**.

O psiquiatra modula e regula a produção bioquímica do usuário – pois, conforme um usuário, “o psiquiatra diz que não dá tempo para conversar sobre a vida, porque há muitas outras pessoas para atender lá fora... conversar sobre a vida seria bom, mas, isso eu tenho que fazer na terapia...” continua o usuário.

Por sua vez, o terapeuta não tem tempo para conhecer as redes por onde o usuário tece as suas experimentações na cidade, conhecendo apenas os efeitos destas experimentações pelas palavras/gestos dos usuários em ato, apenas no momento da consulta. Não há tempo, também, para produzir agenciamentos do usuário na rede intersetorial: encaminha-se para a assistente social: “o meu terapeuta pediu para vir aqui na senhora para a senhora me indicar um lugar para eu conseguir a carteirinha do transporte...”. Assistimos à fragmentação do usuário: em cada especialista receberá um tipo de trabalho parcial. Em cada especialista receberá uma intervenção sobre o seu corpo/matéria prima.

Encadeiam-se práticas que estão longe de cumprir o princípio de Integralidade do SUS. Verificamos, de fato, clínicas reduzidas e fragmentárias que operam a

produção do assujeitamento e fragmentação da demanda do usuário aos discursos, saberes e práticas que são, nas suas diversas manifestações, divididas por operações de decomposição/fragmentação do trabalho. O usuário não interfere no processo de produção do seu cuidado: aceita passivamente o que lhe é administrado nas mais diversas terapias, assim como vimos pela parte ANEXOS 6, ÍTEM 2.

### COROLÁRIO

Os especialistas dos ambulatórios de saúde mental, absorvidos ao mandato que lhes foi conferido – o de tratar a população –, mantêm-se neste lugar, sem analisarem onde se situam no processo de produção do trabalho.

### ESCÓLIO

Marx (op. cit. p. 393) afirmará que: “É justamente por continuar sendo a habilidade profissional do artesão o fundamento do processo de produção, que o trabalhador é absorvido por uma função parcial e sua *força de trabalho se transforma para sempre* em órgão dessa função parcial” (grifos nosso).

E, em sendo um órgão dessa função parcial na assistência do ambulatório de saúde mental, os especialistas vão garantindo o seu lugar ao sol, enquanto trabalho convertido em mercadoria. Os especialistas, assim como os artesãos na manufatura, se fazem necessários, pois, o seu contrário, seria a dispensa dos seus serviços. No entanto, o trabalho efetuado pelos especialistas dos ambulatórios é **trabalho alienado, na medida em que desconhecem que as relações de produção em que faz parte são fragmentadas**. Processo de produção que não é analisado no seu conjunto, para que possam ser avaliadas e traçadas novas direções à assistência. Fragmentação que, por definição, gera a invisibilidade de conjunto do processo produtivo.

A fragmentação do processo produtivo está também aliada ao processo desgastante de rotina e ‘taylorização’ do processo de atendimento. Será preciso atender tantos pacientes por dia, assim como se apertavam tantos parafusos por minuto nas grandes manufaturas. A relação com o trabalho vai se tornando monótona, fria e apática – talvez ainda: patética.

A fragmentação do processo produtivo nos ambulatórios em saúde mental pode ser verificada nas situações extremas, visíveis pela falta de reuniões de equipes em muitos destes estabelecimentos: o negócio é produzir - a produção não pode parar!

Poderemos ampliar a perspectiva deste escólio pela parte: ANEXOS 5, ÍTEM: 13.

## **PROPOSIÇÃO XXX**

A melancolia e o tédio são as tonalidades encontradas nos ambulatórios de saúde mental.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Da repetição contínua, efetuada pelas práticas dos especialistas durante o processo de produção do trabalho nos ambulatórios, verificam-se o tédio, o desânimo e a apatia, consoante a parte ANEXOS 06, ÍTEM 13. Uma vez que os especialistas não “modulam em outros tons” suas práticas e discursos, não colocando sobre as mesmas um intercessor crítico para cartografar as tramas de captura a que se assujeita, acabam, por sua vez, modulando/capturando os usuários aos seus saberes/discursos e práticas.

Assistimos à produção e reprodução do assujeitamento. Assujeitamento às condições de trabalho – baixos salários/aumento de produção; chefias corporativas que acreditam num ou noutro modelo teórico e não se abrem às novas propostas de intervenções; burocratização na assistência, diminuindo o fluxo e a dinamicidade na assistência; institucionalização e transinstitucionalização dos usuários que passeiam de instituição em instituição; falta de profissionais e medicamentos na rede; falta de vagas com marcação de consultas para daqui a meses ou sendo listado na famigerada fila de espera; falta de participação dos usuários nas decisões e avaliações do processo de produção do trabalho ambulatorial, dentre outras situações.

### **COROLÁRIO**

O tom melancólico e apático encontrado nos ambulatórios se entremeia com a trama da lógica capitalista que deseja, tão-somente, a produção contínua e alienada e a não análise dos processos de captura.

### **ESCÓLIO**

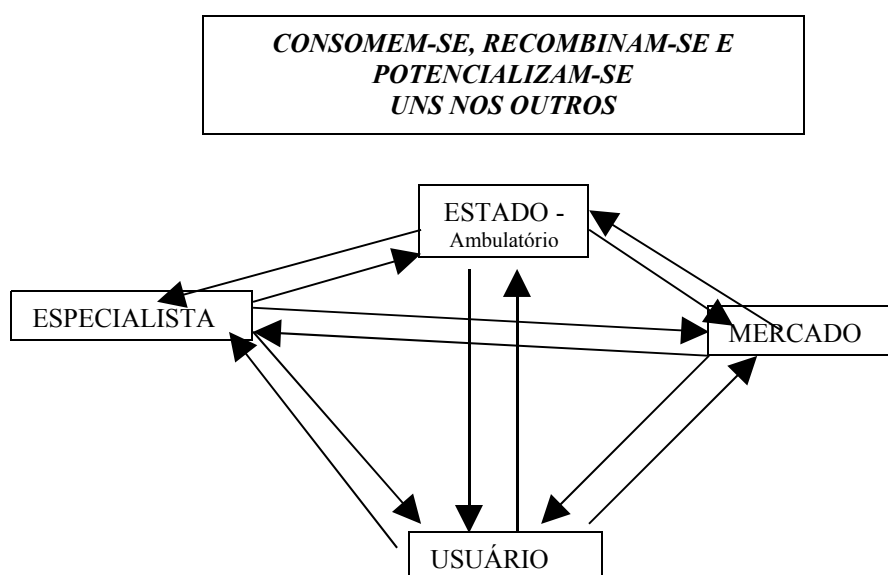
O assujeitamento do usuário às verdades dos doutos especialistas lhes confere o estatuto e a entrada na carreira de ‘doente mental’. Carreira que garantirá o funcionamento da lógica capitalista no interior dos equipamentos de saúde mental: usuário que garante o emprego do especialista que, por sua vez, garante a produção e reprodução da lógica do mercado, travestida de saberes/discursos e práticas vendidas pelos múltiplos cursos e especializações que, por seu turno, são compradas junto com a força de trabalho do especialista pelo Estado que, doravante, é fornecida aos usuários

que ajudam a disseminar esta lógica pela cidade. Esta rede é muito menos linear e se tecendo muito mais em conexões híbridas, retroalimentando-se perpetuamente. Lógica invisível do serpenteado capitalista no interior das maquinações dos ambulatorios.

### PROPOSIÇÃO XXXI

Existe uma rede de consumo e de subordinação reciprocamente associada entre os usuários, os especialistas, o Estado e o Mercado.

### DEMONSTRAÇÃO



Temos o visual de um domínio que, em última análise, aponta para um processo de consumo, envolvendo todas as partes integrantes da rede. Para que um exista será necessário que um consuma o outro. Há uma subordinação entre todos os elementos desta rede: os usuários se subordinam aos especialistas que, por sua vez, se subordinam ao Estado que, por último, se subordina à lógica do modo de produção neoliberal.

Dando seqüência ao curso da problematização que versa sobre as modulações do especialista no interior do funcionamento dos equipamentos do Estado, depararemos-nos com o consumo dos instrumentos de trabalho que também ajudam a modular a sua prática.

O especialista, com efeito, consome os instrumentos de trabalho oferecidos pelo Estado, senão não teria como produzir, bem como consome o mandato que o Estado lhe confere: o de dar conta da demanda, isto é, da matéria-prima que ‘precisa’ ser reparada. No entanto, o especialista se encontra em enrascadas: em muitas ocasiões, não tem as

condições necessárias para uma boa intervenção. Faltam remédios na farmácia da rede; faltam receituários, dentre outros instrumentos básicos de trabalho.

### **COROLÁRIO**

Os especialistas se assujeitam às condições de trabalho, modelando-se passivamente.

### **ESCÓLIO**

Cabe ressaltar que os especialistas acabam se modelando em meio às precariedades citadas na *demonstração precedente*, aceitando passivamente esta situação. Os usuários, na sua maior parte, também se assujeitam às condições impostas aos especialistas. Assujeitamento engendrado por não exercitar a sua vocalidade política, amordaçada pelas inúmeras formas de medicalização do seu mal estar, assim como poderemos ver pela parte ANEXOS 6, ÍTEM: 2.

Em razão destas condições de assujeitamento, vemos que o Estado, por conseguinte, consome o especialista. Consumo da força de trabalho, podendo extrair ao máximo a sua exploração. Produção da sobreimplicação (LOURAU, 2004), extração de mais valia existencial. Até a alma do especialista precisará comparecer para produzir ao máximo para o Estado, na medida em que o Estado lhe compra o trabalho financiado pela tributação de impostos sobre o povo.

Com efeito, encontramos na rede de consumo acima a ‘vampirização’ (ABBÊS, 2002) recíproca entre o Estado e o Mercado. Um precisa do outro para sobreviver. Um sem o outro não se movimenta. Um se implica no outro numa só unidade que se modula aos interesses, não da população, mas, outrossim, da exploração e da produção – no nosso caso referente à saúde mental - de uma medicalização da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para que o primado do assistencialismo possa sobreviver à força dos tempos, será necessário, tão-somente, que a lógica matizada como a dos benefícios de serviços se prolifere pelos equipamentos de saúde, dentre outros. Produz-se o afeto de dependência e de assujeitamento ao coletivo. Assistimos à lógica reinscrita esposada e articulada entre o Estado e o Mercado.

### **PROPOSIÇÃO XXXII**

Os ambulatórios de saúde mental vascularizam a lógica da medicalização do mal estar social com as suas práticas/discursos/saberes.

## DEMONSTRAÇÃO

A sociedade passou a ser medicalizada pela hegemônica lógica da normatização dos vários aspectos da vida social. Toda uma regulação social foi engendrada por discursos, saberes e práticas que se dizem, de direito, serem promovidas pelo Estado: interesses tributários do mercado. Assistimos à realidade - nos ambulatórios de saúde mental e em outros modelos ambulatoriais - de um “[...] número cada vez mais elevado de tensões sociais e psicológicas que se expressam como problemas para a medicina, como ‘doenças’ que demandam por atendimento nos serviços de saúde”. (PORTILLO, apud BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A experiência nos expressa a recorrente situação da sedação da sociedade pelos ambulatórios de saúde mental. Sedação efetuada não apenas por medicamentos, mas, outrossim, por dispositivos que mais paralisam as vidas que ali se institucionalizam. Paralisação dos fluxos de vida efetuados por clínicas que, por definição, valorizam o negativo. Negativo produzido por encontros que não potencializam as singularidades e o que há de positivo nas crises que ali circulam, mas que, sobretudo, precisam – pelos olhares cientificistas - ser ‘curadas’, ‘tratadas’, ‘diagnosticadas’, dentre outras operações.

Segundo a experiência de um especialista de um ambulatório, poderemos encontrar a prática da supermedicalização dos usuários dos ambulatórios de saúde mental que se transforma em fetiche/fixação – pela parte ANEXOS 6, ÍTENS: 3 e 7 e pela entrevista na parte ANEXOS 9 ÍTEM 2.

## COROLÁRIO

Assistimos à fragmentação da experiência sensível dos usuários em diagnósticos, prescrições e em encaminhamentos.

## ESCÓLIO

O que se verifica recorrentemente nestes equipamentos é a produção e reprodução de clínicas reduzidas ao olhar sobre a ‘falta’ e às ‘entidades mórbidas’. “Os profissionais tendem, assim, a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, op. cit., p. 56). A tendência está vertida à busca da precisão e da exatidão.

Este escólio poderá ganhar maior visibilidade pela parte: ANEXOS 4, ÍTEM: 18.

### **PROPOSIÇÃO XXXIII**

Os usuários consomem as verdades científicas, prescrições e intervenções, espalhando-as na cidade.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Dando seqüência à tecedura da nossa rede de consumo, como vimos pela *proposição XXXI*, assistimos ao consumo/potencialização do usuário na direção do especialista. O usuário consome as palavras e todas as verdades científicas que lhes são fornecidas pelo especialista. As receitas e inúmeras intervenções acabam se tornando a moeda que o usuário desejará como um fetiche, conforme poderemos verificar pela parte ANEXOS: 6, ÍTEM: 1 e 7. Vale ressaltar que o usuário se torna a mercadoria para o especialista, na medida em que este último negocia seus conhecimentos e energia com o Estado. Negócio que, por definição, tem o mandato de reparar o material defeituoso da sociedade. O usuário é a mercadoria que precisará ser reparada em nome da Ciência e do Estado. Vemos, no curso destas relações, o consumo de verdades introjetadas pelos usuários que serão, por sua vez, transmitidos/potencializados de forma viral nas suas redes de vizinhança e por suas experiências na cidade.

### **COROLÁRIO**

O especialista consome a lógica do mercado e a potencializa no interior dos ambulatórios de saúde mental.

### **ESCÓLIO**

O especialista consome/potencializa a lógica do mercado. Mercado que modula a freqüência dos seus discursos e dos seus saberes, renovando-os dia a dia, devorando aquilo que era até então verdadeiro, para ser substituído por uma nova descoberta. Encontramos esta modulação na indústria farmacêutica com o seu voraz interesse em substituir as medicações por outras mais caras.

O especialista, por conseguinte, consome do mercado a lógica de um tempo que, por definição, é o tempo da produção que não pode parar. Será preciso ser ágil, esperto, e fazer a ciranda dos atendimentos não parar. O especialista consome do mercado a velocidade e plasticidade, fluidificando-se e flexibilizando-se para trabalhar em muitos lugares ao mesmo tempo.

Neste domínio de consumos/potencializações de parte a parte na rede onde se encontram os ambulatórios de saúde mental, os seus especialistas são consumidos pelo

mercado, na medida em que este último precisa alimentar os cérebros daqueles, para que reproduzam a sua lógica. Os especialistas serão devorados/consumidos/potencializados pelas seduções e facilidades que o mercado lhes oferece. A indústria farmacêutica hipnotiza os especialistas que hipnotizam os usuários, conforme podemos verificar pela parte ANEXOS 6, ITENS: 4 E 7.

Vale ressaltar que são realizados muitos congressos que são financiados pela indústria farmacêutica, bem como há outros benefícios aos muitos especialistas que se enredam à lógica mercantil (BEZERRA JR, 1987).

### **PROPOSIÇÃO XXXIV**

Os especialistas dos ambulatórios de saúde mental tornaram-se o *'homo economicus'*.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Consoante Alliez & Feher (mimeo), encontraremos na figura do *'homo economicus'*, o trabalhador produtor. Neste domínio, os especialistas produzem/funcionam num regime de assujeitamento ao mandato do Estado e da lógica neoliberal capitalista, tentando se manter no interior do seu funcionamento. Trabalha-se, produz-se muito, com pouca análise sobre o processo de produção do trabalho como vimos pelo *corolário da proposição XXXI e poderemos ver pela parte Anexos 6, Ítem 6*.

### **COROLÁRIO**

Os especialistas dos ambulatórios de saúde mental ajudam a engraxar a lógica da produção capitalista em meio às suas práticas.

### **ESCÓLIO**

A produção em série pode ser encontrada nos ambulatórios de saúde mental, submetendo os usuários às intervenções que, por definição, atendem mais aos interesses do Estado/Mercado/Especialistas. Estes últimos ajudam a 'engraxar' a megamáquina capitalista no interior dos serviços públicos em saúde mental quando não colocam em análise os processos de produção da assistência. O trabalhador/especialista dos ambulatórios de saúde mental não está longe da posição/lugar, reconhecida dentro de uma empresa privada.



Segue-se desta afirmação que não basta ser um bom especialista dentro do funcionamento de um ambulatório de saúde mental. Será preciso que esteja sempre a serviço, mesmo que à distância. O especialista será encontrado sempre que for necessário. Caso o especialista receba a ligação do ambulatório, afirmando que um usuário está em crise, alguma solução precisará ser prescrita.

Neste domínio, a relação contratual não será apenas referida à subsunção formal, pelo que vimos *pela demonstração da proposição XXVII*, mas, outrossim, a uma relação em que o capital subsumiu as relações de produção sociais por inteiro: subsunção real (ALLIEZ & FEHER, mimeo). O espaço-tempo da produção se misturou ao espaço-tempo privado. Se o especialista estiver em casa terá que arrumar um jeito para encaminhar da melhor forma possível – mesmo à distância – a condução do caso. Agora se produz em qualquer lugar, em qualquer dia, em qualquer condição. O caso em crise, a rigor, fica reduzido aos profissionais de referência: é trivial que outro especialista não entre no circuito para dar encaminhamentos à questão.

### **PROPOSIÇÃO XXXV**

Os ambulatórios de saúde mental acolhem muitos daqueles que já não possuem mais a eficácia e as habilidades desejadas pelo capital.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Neste domínio, verificamos que os ambulatórios de saúde mental em geral recebem uma população que acaba por desejar ficar ‘encostada’ pelo INSS, dentre outras necessidades. População que não consegue ter o movimento e a eficácia que o capitalismo contemporâneo deseja. O ambulatório de saúde mental acaba por arrumar o ‘atestado’ de incompetência para aqueles que estão, acima de tudo, sentindo o mal estar do atual estado de coisas.

Mal estar que se corporifica nas chamadas doenças mentais. ‘Doenças’ que encarnam e instituem, de direito, o lugar do ambulatório de saúde mental como o reparador das ‘almas desesperadas’. ‘Almas’ que aí encontram o único lugar, talvez, para a sua salvação.

Assim como os hospitais gerais do século XVIII salvavam as almas dos seus doentes, ao invés de curá-los, os ambulatórios de saúde mental acabam por salvar a pele de quem não consegue mais trabalhar e se movimentar habilmente no modo de produção capitalista contemporâneo.

## COROLÁRIO

Aqueles que possam ter algum vínculo empregatício ou não, descontando sua participação mensalmente no INSS ou não, poderá ser ‘enquadrado no vasto ‘cardápio nosográfico-nosológico’ para, quem sabe, receber o seu benefício.

## ESCÓLIO

Geralmente aqueles que conseguem o benefício, quando começam a melhorar durante o seu processo terapêutico, logo em seguida pioram e entram num certo estado de crise, com a aproximação da próxima perícia: “E se eles não renovarem o meu benefício? Eu não tenho condições de voltar a trabalhar...” – enunciação trivial de muitos usuários.

Aqueles que já conseguiram definitivamente o seu benefício, aposentando-se por invalidez, ficam ‘mais’ tranquilos. Mas, é comum que muitos destes façam ‘bicos’ pela cidade para ajudarem na composição dos rendimentos mensais da família. No entanto, o temor em ser flagrado e, com efeito, ser denunciado ao INSS, é grande: “eu faço os bicos porque o dinheiro do INSS é muito pouco... eu tenho que pagar aluguel e comer com meus filhos... eu preciso fazer algum serviço que não seja muito forte... mas eu tenho um vizinho que é muito invejoso e é ruim... ele pode me denunciar para o INSS e eu posso perder o benefício...”. Estas e outras enunciações são freqüentes.

Seguindo o fluxo da indagação deste bloco, poderemos afirmar que os ambulatorios de saúde mental, da forma em que se encontram, se configuram para produzir um espaço possível de circulação funcional aos corpos que não servem mais ao aparelho maquínico produtivo capitalista. Corpos que circulam semanalmente pelos equipamentos ambulatoriais, preenchendo as suas vidas com a lógica biomédica da ‘doença mental’ que, em última instância, poderá lhes conferir o lugar de assistido pelo INSS. Numa palavra, encontraremos aquelas pessoas que sucumbiram ao sofrimento por não conseguirem lidar com a vida sem alternativas nos planos familiares, nas redes sociais e no trabalho. No entanto, defrontaremos, ao lado destas pessoas nos ambulatorios de saúde mental, com aquelas que encontraram como estratégia de sobrevivência o seu ingresso conquistando o benefício do INSS. “Eu precisei adoecer para continuar viva” - disse uma usuária do grupo de heterogênese. “Precisei adoecer para conseguir me manter viva... não tenho condições de trabalhar num mundo que não dá chance pra gente...”.

A expressão sofrida desta pessoa nos indica a condição de uma grande parcela da população: esta acaba por sofrer a ação de uma lógica que não se alinha com a lógica

da produção de vida, nos seus planejamentos estratégicos de lucros. O que vemos é a produção excedente de corpos que não mais se alinham ou se enquadram aos ditames e apetites do capital. Lógica do capital que deseja, tão-somente, homens hábeis, criativos, flexíveis, dinâmicos, com alta resolução em administrar conflitos, dentre outras habilidades. Por seu turno, a axiomática capitalística dos homens hábeis e flexíveis não deseja aqueles que ‘tenderão’ virtualmente a algum tipo de inabilidade nas suas relações, uma vez em que o trabalho precisa funcionar ‘redondinho’.

Os ambulatórios acabam cumprindo o mandato ‘velado’ de funcionar, incluindo aqueles que estão desprovidos de condições para ampliarem suas redes sociais. Retendo, mantendo e dando uma certa circulação aos corpos improdutivos e que não são do interesse do capital. São espaços de ‘concentração’ do ‘material defeituoso’ que, por seu turno, não interessa às dinâmicas e velozes modulações do modelo capitalista. Decorre daí que os ambulatórios de saúde mental podem ser qualificados como a Casa dos Infelizes. Casa que acolhe a diversidade das frágeis experiências manifestadas, em maior ou menor grau, nos planos sociais, familiares, laborativos, emocionais, biológicos, dentre outros planos.

### **PROPOSIÇÃO XXXVI**

Os ambulatórios de saúde mental funcionam em meio à lógica disciplinar e do controle a céu aberto.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Esta proposição pode igualmente demonstrar-se de forma parcial pelas *proposições VII, VIII, IX, X, XII e XIII e suas demonstrações, corolários e escólios*.

Negri e Hardt (apud PELBART, 2003. p. 82) nos afirmarão que “[...] a sociedade disciplinar não conseguia penetrar inteiramente as consciências e os corpos dos indivíduos a ponto de organizá-los na totalidade de suas atividades”. Segue-se desta afirmação que a relação entre o poder e os indivíduos se dava de forma ainda estática. Isto, na medida em que os indivíduos eram incluídos em equipamentos corretivos para serem excluídos das experiências sociais em que inexistiam espaços de circulação ou produção.

Poderemos afirmar, na esteira do pensamento de Negri e Hardt, que a vida contemporânea está subsumida na sua integralidade. Vivemos numa sociedade que é controlada nas suas entranhas. A sociedade de controle “[...] invade a profundidade das

consciências e dos corpos da população, atravessando as relações sociais e as integralizando” (op. cit., p. 82).

Inspirados pelas enunciações destes autores, poderemos desenvolver a proposição em cena. Os ambulatórios de saúde mental, a um só tempo, funcionam dentro do modelo disciplinar e do controle a céu aberto - este último como característico da sociedade de controle (DELEUZE, 1992). A organização social ainda se dá, por um lado, através de dispositivos que incluem para se excluir. Por outro lado, se controla a vida à distância.

O controle em saúde mental pode ser tecido por essa dupla injunção: uma ação individualizante – através de práticas/discursos/saberes – que centripetizam a experiência sensível de cada usuário em ações docilizantes/disciplinares; outra ação mais globalizante: ação biopolítica. Há uma ação globalizante e molecularizada da lógica biomédica em saúde mental que se disseminou no coletivo. Não são mais necessários os muros do hospício para garantir a ordem social. A ação globalizante da saúde mental está espalhada nas experiências sociais; a lógica psicofarmacológica está disseminada nos corpos e nos ideários sociais; a perspectiva cultural da doença mental aparece como imanente a todo aquele que se desvia de uma média que a sociedade burguesa preconiza.

Decorre daí que há formas de poder em saúde mental, ou “biopolíticas”, que se fazem não mais por modelagem, mas por modulação (DELEUZE, 1992, p. 221). A modulação, portanto, é um certo regime de assujeitamento que se faz sem a necessária circunscrição no limite, seja do corpo, seja da instituição. Controle modulatório que moleculariza práticas de subordinação no tecido social. Práticas em que o desejo de cada um é capturado para funcionar nas frequências do desejo do capital.

Encontramos, por conseguinte, modos de controle, a um só tempo, disciplinar e molecular conferidos ao corpo da alteridade pela segmentação e ordenação dos atendimentos – psiquiátricos, psicológicos, dentre outros no interior dos ambulatórios e nas circulações dos usuários pela cidade. Segue-se deste modelo disciplinar e molecular a tentativa de organização dos corpos-matéria-prima-usuário, para que não dêem problemas nas suas redes sociais e experimentações pela cidade.

## **COROLÁRIO**

O controle pode ser feito à distância na medida em que as imagens dos especialistas - através das suas falas, gestos, prescrições, enfim, com o conteúdo das bulas técnicas - são rememoradas a cada consulta.

## ESCÓLIO

Os ambulatórios em saúde mental engendram a lógica de uma *geopolítica*, na qual *quem anda, quem ambula*, invariavelmente é o usuário: o profissional fica à espera deste, consoante a *demonstração da proposição XVIII*. Toda uma memória é produzida por este ‘andar’ de casa ou do trabalho para o ambulatório. Memória funcionalista produtora de um lugar, pelo que se segue do *escólio da proposição VIII*.

Lugar onde será atendido sobre o seu mal, a sua doença. Estranho caminhar, na medida em que nesta sua caminhada, em direção ao ambulatório, vagueia escutando rastros de memória acerca das mesmas indagações sobre a sua vida pelos profissionais: parecendo a mesma melodia da mesma cançãozinha que é cantada mais uma vez: ladainhas científicas.

É, neste seu caminhar, atravessado também pelo sobrevôo dos vestígios das imagens que indicam a posição do seu corpo na relação com o corpo dos profissionais e outros usuários. Todos com os seus lugares e palavras estriadamente definidos e padronizados. Memória exercitada pelo hábito dos seus repetitivos encontros: produção de uma *hipnose geopolítica*.

## PROPOSIÇÃO XXXVII

A demanda que chega aos ambulatórios de saúde mental ainda é compreendida como uma demanda psiquiátrica/psicológica.

## DEMONSTRAÇÃO

A proposição acima poderá ser demonstrada pela parte ANEXOS 5, ÍTEM: 14.

## COROLÁRIO

Se der algum problema que tipifique um estado de ‘anormalidade dos comportamentos médios sociais’, este será naturalizado como um caso para ser normalizado pelas técnicas que se multiplicam nos ambulatórios de saúde mental.

## ESCÓLIO

A rigor, todo um processo de naturalização da demanda nos ambulatórios de saúde mental foi se processando em meio às invenções de propostas que circularam no seu interior e fora dele. Invenções que medicalizaram a vida da sociedade, contaminando a mente coletiva pelas experiências da cidade, como se segue das *Práticas Ladainésicas da Verdade XLV e XLVI*, quando nos deu a visibilidade da

lógica higienista sendo preconizada no interior do ambulatório do Engenho de Dentro; também vimos, pelas *Práticas Ladainésicas da Verdade XLII*, as pesquisas deste ambulatório para encontrar e estabelecer o tipo normal do brasileiro e o tipo de degenerado; além disso, pelo que foi dito pelas *Práticas Ladainésicas XLIII da Verdade*, vimos os aconselhamentos médicos aos matrimônios já sendo administrados pelos especialistas desde 1857. Aconselhamentos que versavam sobre a condenação do casamento entre parentes próximos. Também vimos pelas *Práticas Ladainésicas da Verdade XLIV* as enunciações da bula dos especialistas que afirmavam salvaguardar o interesse da futura família que vai nascer, exigindo a representação da sociedade na figura de um médico que pudesse dizer sobre a aptidão física, vedando o casamento aos tísicos, aos epiléticos e alienados.

A demanda dos ambulatórios de saúde mental é observada pelos especialistas como um fato natural (BEZERRA, 1987). A naturalização se dá mediante o adoecimento do usuário. Este estaria expressando em forma de sintomas os seus conflitos internos. Conflitos que poderão estar remetidos aos comportamentos aprendidos behavioristicamente na sua cotidianidade. Por seu turno, estes conflitos poderão estar naturalizados ao nível do inconsciente e tratados pelos especialistas psicanalíticos. Na esteira das naturalizações dos sintomas, estes poderão se referir à sua experiência existencial e, com efeito, sendo tratados pelos especialistas com formação fenomenológico-existencial. Ainda teremos a naturalização dos sintomas para serem tratados pelos especialistas organicistas que observarão nas expressões verbais, mentais e comportamentais um correspondente bioquímico a ser modulado devidamente. Estes procedimentos técnicos são legitimados cientificamente para serem naturalizados como intervenções aos sintomas apresentados pelos usuários.

### **PROPOSIÇÃO XL**

Uma das caricaturas naturalizadas do ambulatório de saúde mental: a demanda como produto social.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Existe a crença de que a demanda que cresce a cada dia é socialmente forjada. Segundo esta crença sociogeneticista (BEZERRA, op. cit.), seria uma ilusão acreditar numa essência psicológica individual ou num desfuncionamento orgânico como justificativas para a produção do adoecimento. Estas visões reduziriam os desvios que

precisam se ajustar para o bom funcionamento do psiquismo ao plano de um intimismo psicológico ou a de uma reorquestração neuro-físico-bioquímica. Estas perspectivas proporcionam a naturalização de que a demanda dos ambulatórios aumenta na medida em que cada sociedade está recheada de problemas psicológicos ou de doentes mentais: centram cada um na sua doença pessoal.

Consoante a visão dos sociogeneticistas (BEZERRA, op. cit.), cada indivíduo, na sua doença, estaria expressando de outra maneira o que é, de fato, como característico de uma sociedade doente. Numa palavra, se temos doentes mentais, estes são os frutos de uma sociedade adoecida. Sociedade que, por definição, expõe uma grande massa de pessoas às condições de miséria; explora a maioria destas pessoas com uma organização social que não dá alternativas de poder circular em meio aos benefícios e produtos que esta mesma sociedade produz.

Esta grande massa de pessoas, que estariam adoecendo, adoecem como efeito das condições insuportáveis de vida. Daí decorre a crença sociogeneticista que aponta para a crítica sobre os planos psicológicos e organicistas. Estes últimos referenciais estariam colocando o ponto de aplicação das suas teorias e práticas na direção da patologização individual e identitária. Reduzindo, ora sob o prisma intimista dos psicologismos, ora sob o prisma das regulações bioquímicas, a perspectiva causal das ‘doenças mentais’.

Para este campo de saber – sociogeneticista -, o que de fato deve-se verificar é que, nos sintomas apresentados, vêm-se problemas de ordem coletiva e social. Nesta esfera, precisar-se-á superar as desigualdades, todos os tipos de opressão, bem como a alienação em todas as suas formas – alienação política; alienados dos produtos de seu próprio trabalho; alienados dos conhecimentos que poderão lhes sustentar uma posição mais ativa na sociedade.

A não superação destes e de outros índices de alienação faz com que os especialistas cumpram a sina de representantes e reprodutores de um sistema social que aliena e adoecem. Despolitizando os conflitos, tutelando os desviados, medicalizando, de todas as formas possíveis, as demandas que, para a visão sociogeneticista, tem a sua etiologia na sociedade. Esta, por sua vez, nas suas diversas instâncias, está doente e produz seus doentes.

### **COROLÁRIO**

A corrente sociogenética posiciona o usuário doente no lugar de vítima. Vítima de uma sociedade doente.

## ESCÓLIO

Assim como existe a naturalização dos reducionismos aos campos do psicológico e do orgânico nos saberes, discursos e práticas que circulam no interior/exterior dos ambulatórios de saúde mental, encontraremos também explicações sociogenéticas que versam sobre a estrutura social como causa direta dos transtornos mentais. Nesta instância, compreende-se que existe uma íntima ligação entre aquilo que é da ordem da alienação mental com a alienação social (BEZERRA, 1987).

Cumpra observar que a alienação social será, tão-somente, o efeito do modo de organização da sociedade que explora e exclui grande parte dos seus componentes. Organização que dificulta aos indivíduos o reconhecimento do conjunto da produção social como resultado daquilo que foi, de direito, trabalho humano, trabalho social. Trabalho humano abstrato que desaparece e fica mascarado/invisível nas relações comerciais/sociais, assim como vimos pela *demonstração da proposição XXVIII*.

A sensação de impotência, de vergonha por não poder possuir todos os ‘ingredientes’ produzidos pelo modo de produção capitalista, é um fato coletivo. O mal estar narcísico em não poder consumir aquilo que está se produzindo a todo instante é, por definição, um mal que acomete todo o plano social. Daí decorre que a alienação dos bens e produtos sociais é uma experiência, em grande parte, vivida por uma população que se enfraquece economicamente e afetivamente: ou por desvalorização da sua força de trabalho ou, por não poder vendê-la, por falta de emprego ou, ainda, por desqualificação técnica.

Segue-se desta afirmação que a maioria dos membros da sociedade são alienados politicamente. Estão separados e enfraquecidos da sua força crítica e potente de pensar. Estão desprovidos de conhecimentos que permitam olhar um pouco mais adiante. Olham apenas para as ilusões que o capital oferece aos borbotões.

Estas duas formas de alienação não se relacionam com a ‘patologia mental’ (BEZERRA, op. cit.). Uma pessoa politicamente alienada não está condenada a ingressar na lógica ambulatorial. Afirmar que uma ‘patologia mental’ é efeito da organização e da estrutura social doente – excludente e opressiva – será, consoante Bezerra (op. cit., p. 143): “simplificar, sem proveito algum, a complexa e inextricável relação entre a realidade social, e os mecanismos individuais de apreensão destas representações, os modos de constituição dos sujeitos psicológicos”.



## **PROPOSIÇÃO XLI**

Um desafio a ser edificado aos saberes/discursos e práticas que circulam no interior dos ambulatórios de saúde mental: a de superar a lógica universalista dicotomizada pelas instâncias psicológica/biológica/sócio genética.

## **DEMONSTRAÇÃO**

Os ambulatórios de saúde mental são tributários da lógica universalista que se apóia, nas suas mais variadas vertentes, na noção de que o homem é um ser psicológico universal. A necessidade de criar absolutismos teóricos vem apontar para o desejo das certezas e das garantias que condicionem às práticas, caminhos mais seguros. Caminhos mais assegurados pelas invenções de práticas ladainésicas da verdade. Práticas que movimentam, nas suas diversas modulações, a cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental e de outros dispositivos.

Por seu turno, acreditar que todos os homens se comportem às determinações das fases de um desenvolvimento psicológico que, por definição, precisará ser ultrapassada para a não produção de psicopatologia, é herança de um etnocentrismo científicista secular. Assim, se acreditar unicamente que as regulações bioquímicas das expressões emocionais se darão pelas terapias medicamentosas, será, por sua vez, reduzir as expressões humanas a um complexo jogo de sítios neurais defeituosos a serem reparados. Da mesma forma, subsumir as experiências sensíveis dos ‘usuários doentes’ à crença de que sua patologia é efeito de uma sociedade doente, será incorrer no mesmo engano conferido às crenças anteriores.

A subsunção/redução dos sintomas expressos pelos usuários aos cânones científicos faz reinscrever a noção de universalidade. Universalidade apoiada pela lógica que vem facultar o mandato generalizante de se ‘encaixar’ qualquer expressão desviada na direção dos absolutismos científicos. Absolutismos que vêm naturalizar os desvios como doenças, como desvios das estruturas das personalidades, psicologizando e psiquiatrizando o que há de singular e de contestador/revolucionário numa dada experiência. Absolutismos científicos que têm loucura pela verdade. Verdade que move e faz circular inúmeras práticas em saúde mental.

## **COROLÁRIO**

Poder encontrar, no que há de singular nas experiências ‘desviadas’, a marca do coletivo/social.

## ESCÓLIO

Cada experiência singular deverá ser datada histórica e geograficamente: edificação geopolítica, histórico e social. Cada um se constrói em meio às contingências sócio-histórico-geográfico-culturais.

A armadilha da universalidade dos preceitos científicos que escorrem nos ambulatórios de saúde mental aprisiona cada um que aí possa circular nos totalitarismos, ora no interior de uma determinada crença, ora em outra ou em muitas. Crenças tributárias do absolutismo científico que deseja, tão-somente, fixar, padronizar, triar, diagnosticar, prescrever, normatizar, colocar no esquadro, no prumo - como vimos pela *demonstração da proposição XXI* que nos deu a visibilidade sobre a lógica segmentar que esquadrinha os corpos, constituindo ‘hortas vivas’ por espécies, classes e gêneros.

Dar o salto sobre os absolutismos de todas as ordens científicas – psicológicas, organicistas e sociogenéticas – torna-se um dos desafios para os ambulatórios de saúde mental. Será preciso sair da ilusão universalista, edificada pelos ideários caros às sociedades ocidentais: o seu modelo de homem não pode ser estendido aos confins do planeta.

Sair das dicotomizações naturalizadas nos ambulatórios torna-se uma necessidade. O que se vê como natural é a demanda que vai para o setor de psiquiatria que modula as regulações bioquímicas; se a demanda é sobre crise emocional, esta vai direto ao setor de psicologia para tratar das suas emoções; se a questão é social, esta vai direto ao serviço social para se conseguir algum tipo de benefício. Mesmo desenhando as cenas apresentadas de formas caricaturais, estas intervenções são triviais nos ambulatórios.

Cada experiência de crise é única! Cada experiência de dor é singular, mas, no entanto, ela expressa um mundo de relações sociais. Relações de dissenso, relações de poder, relações de forças, relações que produzem trocas sociais de subjetividade e de novas formas de vida que, por definição, constituem um plano que escapa ao plano individual, como veremos no decurso do *Capítulo III*. No entanto, sair das dicotomias - se a demanda é legitimada à assistência nos ambulatórios de saúde mental por receber o estatuto de ser social, orgânica ou referida a um intimismo psicológico/individual – torna-se um dos fins a ser cultivado nestes estabelecimentos: o de podermos olhar naquilo que há de singular na experiência de cada um, as suas misturas com a marca do coletivo/social (BEZERRA, op.cit.).

## **PROPOSIÇÃO XLII**

Do ambulatório de saúde mental para tratar de maluco.

### **DEMONSTRAÇÃO**

Cabe ressaltar que o ideário da proposição acima não se naturalizou trivialmente. Vimos que, ao final do século XIX, os especialistas medicalizaram as condutas sociais prescrevendo formas de viver. Formas de viver tuteladas aos seus saberes e discursos. As operações engendradas pelos doutos especialistas perpetraram, em meio às experiências familiares e sociais, a obediência às verdades balizadas por crenças oficializadas. Crenças e verdades que, tão-somente, se enredaram tanto nas tramas familiares burguesas, quanto nas ‘degeneradas’ famílias do proletariado. As famílias, nas suas diversas condições, foram colonizadas pelos ideários de uma medicina que higienizou as formas de viver (COSTA, 2004).

Vale ressaltar que, seguindo a relação entre Estado, processo civilizatório e Capitalismo, verificar-se-ão as tramas e os enlaces dos múltiplos saberes vertidos à promoção da ordem e do progresso. Baptista (1999, p. 117) nos aponta que “[...] os grandes urbanistas e arquitetos, no final do século passado, no Rio de Janeiro, foram médicos sanitaristas e psiquiatras”. Decorre daí que as operações assépticas do cotidiano tiveram, em meio à sua produção, homens da ciência como arquitetos dos espaços urbanos. Espaços que, por definição, trabalhavam em nome da Ordem, da Ciência e do Progresso.

Seguindo o curso da proposição, poderemos afirmar que os ambulatórios se naturalizaram como ‘espaços de malucos’, na medida em que os saberes, discursos e práticas têm o seu parentesco com os mesmos que funcionavam no interior dos manicômios. Os ambulatórios são espaços que faziam/fazem ver as formas da alteridade e, com efeito, fazem dizer sobre cada uma delas. Assim como no século XIX os hospícios eram qualificados como a Casa dos Loucos (FOUCAULT, 1993b), também os ambulatórios ainda são vistos pela população como o “lugar de maluco”.

### **COROLÁRIO**

Assim como se naturalizou chamar o ambulatório de saúde mental como espaço para maluco, também se naturalizou receber as receitas como índices de tratamento; ainda se naturalizou não ter tempo para o usuário dar o seu ponto de vista sobre o seu sofrimento; e, por sua vez, se naturalizou que quem sabe sobre si são os especialistas,

dentre outras naturalizações que se reinscrevem como violências silenciosas e invisíveis.

### ESCÓLIO

Poderemos nos servir de uma experiência em que um dos integrantes da heterogênese viveu num dos seus dias em que chegava ao ambulatório, para demonstrar o corolário precedente. Imagem desenhada pelos olhares, palavras, afetos e idéias dos usuários e das pessoas que estão do lado de fora, em meio às suas experimentações pela cidade.

“Moço...aí nesse lugar é que cuida de pessoas doidas?!!!” – Esta interrogação foi conferida a um integrante da heterogênese por um operário que estava trabalhando com outros numa rua perto do ambulatório.

Conversaram, os operários e ele, sobre o que achavam deste lugar. Aquele que havia interrogado ao integrante da heterogênese dirigiu a responsabilidade da sua pergunta a outro que estava perto de um muro de uma casa próxima ao ambulatório. Conversaram sobre a forma da pergunta que ele havia feito. Conversaram sobre o preconceito que, ainda, existia sobre as pessoas que são diferentes.

Um deles falou “pois é moço... nós não sabíamos que não poderíamos falar assim... nunca ninguém nos falou disso...”. E, em meio, ao silêncio quebrado eles desenrolaram o papo indagando aos outros sobre como se aprende a achar que ali é lugar de maluco; que maluco é perigoso; que todo mundo que vai ali é maluco.

“A gente escuta por aí... Nós sabíamos que aí nesse lugar era antes um hospício” – antigo hospital psiquiátrico que foi desativado na década de 80. Foi perguntado qual era a sensação deste lugar: “parece que não tem coisa boa aí dentro...”

Estas enunciações expressam o princípio de temibilidade. Princípio que foi edificado para que o olhar dos especialistas fosse o olhar legitimado e habilitado para o rastreamento nas experiências sociais daquilo que era o anormal, em relação ao que é cientificamente compreendido como normal. Os saberes cientificistas proliferaram a sensação de que estes espaços eram os espaços onde os desvios se encontravam. Saberes que incentivam a produção do preconceito sobre o corpo do desvio e da errância. **Produção de uma violência silenciosa** que é encravada pelos olhares e pelas palavras cortantes aos corpos que possam circular pelos ambulatórios de saúde mental. Assistimos às ressonâncias das práticas ladainésicas da verdade nas experiências pela cidade.

Cumpra notar que outras violências aos corpos desviados não são impetradas apenas do exterior, isto é, pelo preconceito das pessoas da cidade sobre estes aparelhos. No interior das práticas ambulatoriais, encontraremos uma nudez destinada aos usuários. Os usuários estão reduzidos à ‘vida nua’, num sentido um pouco desviado da noção proposta por Agamben (2002). Poderemos - em meio ao empréstimo desta perspectiva - afirmar que os usuários dos ambulatórios em saúde mental se tornam desprovidos do tempo para serem escutados naquilo em que precisam; desprovidos de outros olhares - não apenas clínicos - que possam acolhê-los singularmente; desprovidos da vocalidade discursiva, na medida em que não conseguem expressar sobre o de que realmente precisam; desprovidos de sentido, uma vez que se tornam seres a-históricos, de sorte que muitos deles não constroem relações entre o que sentem e os seus modos de se enlaçarem nas tramas sociais; desnudados da sua vocalidade crítico/política: ao aceitarem o crivo das prescrições, recebendo sobre a sua cabeça o estatuto - doente mental - do qual não faz para si o menor sentido, a não ser pela sensação desconfortante da crise em que atravessa.

Os usuários, em maior ou menor grau, vivem, em meio às suas experiências ambulatoriais, a ampliação do desnudamento que vivenciam também nas suas experiências familiares, nas redes sociais e na relação com o trabalho. Constroem-se, em meio às suas relações fragmentadas, em pessoas que não se estimulam - nem são estimuladas - ao exercício crítico sobre aquilo em que acreditam e que desejam para si na relação com o mundo. Grande parcela dos usuários se posiciona como cronificados da lógica do assistencialismo e da medicalização do seu mal-estar. Modelo técnico assistencial que produz seus objetos a serem medicalizados de inúmeras formas. Tomando de empréstimo a noção de biopoder de Foucault (2003), afirmaremos que os dispositivos ambulatoriais mantêm vivos os usuários. No entanto, muitas das práticas que aí insistem em se reinscrever produzem subjetividades submetidas: morte lenta em vida! Morte lenta em vida: vidas objetificadas para ser a matéria-prima a sofrer a ação dos conhecimentos e intervenções dos dispositivos de saúde mental, no nosso caso, os ambulatórios de saúde mental.

### ***INTERMEZZO III***

Caminhamos pelas proposições, demonstrações, corolários e escólios do capítulo II. Deparamo-nos com as operações de controle e de disciplina dos corpos desviantes e erráticos. Operações que, por definição, são tributárias de antigos saberes e práticas, como pudemos ver no capítulo I. Saberes e práticas ladainésicas da verdade que se acoplaram de forma descontínua aos conhecimentos e práticas que ainda se expressam – em maior ou menor grau - nas práticas e saberes que circulam nos ambulatórios de saúde mental. A genealogia e a crítica que compõem estes dois capítulos proporcionam as direções e os alvos em que poderemos incidir através da transfonia ético/estético/política. Transfonia que, por definição, vem apontar para outras possibilidades: a de vivermos a vida no interior dos ambulatórios de saúde mental em meio a outras perspectivas e outros enlances, e, também, para além do seu continente da verdade! Vale ressaltar que o caminho a ser apresentado não é o único: existem muitos caminhos dos rios que desembocam no mar. No entanto, o mar é tecido por correntes perigosas e mortíferas. Caminharemos por um percurso que vem assinalar e desenhar as combinações ou composições de inúmeros saberes e conhecimentos que vão para além daqueles restritos aos especialistas. Movimentaremos-nos, por sua vez, em meio aos conhecimentos dos usuários, ou como nos diria Foucault: ao conhecimento das pessoas (2000, p.13). Passearemos, no próximo capítulo, na composição dos saberes, conhecimentos eruditos, científicos e das pessoas. Composição de saberes/conhecimentos que vêm apontar a crítica ao modelo biomédico das reduções nosográficas/nosológicas/psicopatológicas. Modelo que circunscreve a experiência sensível dos desvios naquilo que há de negativo.

Desviaremos-nos desta ética do negativo para vivermos uma ética das composições: ética da diferença. Ética que vem dar voz à transfonia dos modos existenciais. Cabe ressaltar: a apresentação da perspectiva ético/estético/política se expressará no movimento de Três Invenções: **Invenção a Muitas Vozes e Muitos Olhares; Invenções Transtonais da Existência e as Invenções Instituintes**. Estes três movimentos, de fato, se expressam em ‘platôs’ nos acontecimentos da heterogênese. Expressam-se mais para as fugas de Bach: vozes em contraponto que se cruzam para se desenlaçarem em efeitos que nasceram mediante as necessidades do instante, do jogo de forças, dos encontros entre as transações das nossas idéias e afetos. Expressam-se como efeitos/necessidades das nossas composições.

## ***CAPÍTULO III***

### ***PRIMEIRO MOVIMENTO:***

# ***Invenção a Muitas Vozes e Muitos Olhares: Do Esquadrinhamento dos Corpos à Transfonia Ética dos Modos Existenciais: Para uma eticidade da existência.***

*Animato piú vivo, intenso e affetuoso*

### **III.I – EXCURSÕES INSTITUCIONAIS: ATO I.**

E foi há quase dez anos atrás... Mais uma reunião de equipe, sempre às quartas-feiras, às duas da tarde, num ambulatório de saúde mental de uma cidade do interior do Rio de Janeiro. As pessoas vão chegando, colocando-se nos seus instituídos lugares... O círculo vai aumentando. Estamos em 1998. A equipe está crescendo com a entrada de mais profissionais e outros trabalhadores... Interessante, ainda, perceber que a divisão segmentar binária (DELEUZE & GUATTARI, 1996) entre os ‘profissionais’ e o ‘pessoal da frente’ – recepcionistas, faxineiras, auxiliar disso e daquilo - ainda insiste, persiste ainda hoje em 2007... Estes pouco tomam parte nas decisões da instituição, uma vez que não participam costumeiramente das reuniões. As divisões, hierarquizações, segmentações e esquadrinhamentos do espaço e dos corpos sobrevivem à passagem do tempo... Prática ladainésica da cesura, da separação.

No entanto, nas reuniões de equipe, as divisões e alianças são também expressas pelos corpos que se sentam, instituídos, sempre uns ao lado dos outros. E começa a leitura da pauta do dia. Alguns olhares parecem dizer: ‘de novo... o mesmo assunto...’. A fila de espera está aumentando e é preciso aumentar a produção. É preciso atender mais. Começamos a falar sobre o aumento de profissionais, que é preciso mais profissionais, dentre outras coisas... Cumpre notar que a maioria dos profissionais atendia, individualmente, naquele ano de 1998. Muitos profissionais não tinham especialização em trabalhos com grupos. Estes profissionais com toda a boa vontade se empenharam, por sua vez, em estudar e organizar grupos de espera, de acolhimento, dentre outros. Mas, um certo mal estar circulava no ar na direção daqueles que não atendiam em grupos.

E a reunião foi avançando... Algumas pessoas puderam ser marcadas para entrevistas na psiquiatria. A psiquiatra, por seu turno, convoca atendimento terapêutico

para algumas pessoas que estão sob os seus cuidados. Foi-me perguntado sobre a possibilidade de abrir mais um grupo de psicóticos em musicoterapia. Percebi um magnetismo que me puxava mais para dentro daquela coisa toda, meio amorfa, meio que tentando desafogar o estrangulamento da porta de entrada. Aceitei sem pensar, sendo tomado pelo fluxo de ‘desespero’ de todos nós que estávamos ali.

E foi muito interessante o que veio na seqüência dos acontecimentos. Cabe ressaltar que, ainda nestes tempos, a visão classificatória/nosológica/psicopatológica fazia parte das experiências da minha prática clínica. O olhar era ainda carregado pelas diferenciações da razão classificatória com o intuito de eleger os usuários para os grupos específicos que estavam sob a minha responsabilidade.

E aí..., por ocasião destes acontecimentos, ingressava nesta unidade ambulatorial de saúde mental uma Assistente Social advinda de outra secretaria: Promoção Social. Esta profissional não tinha experiência em Saúde Mental. Sugeri à profissional, durante esta reunião, a seleção dos usuários com características psicóticas e encaminhasse à entrevista em musicoterapia, se fosse o caso. Sugeri, ainda, ao setor de psiquiatria a eleição destes casos para a entrevista em musicoterapia.

E na semana seguinte, eis que eu ali estava a esperar a primeira entrevista... Entra uma senhora que conta a sua relação com o marido... Ao final, pergunto se ela já foi atendida pelo psiquiatra... “Não doutor... só estou com estes problemas com meu marido...” Percebi que ela não tinha nada de psicótica... Sugeri que ela pudesse vir na semana seguinte no mesmo horário para poder conversar mais... Na verdade, eu queria ganhar tempo para conversar com a equipe sobre o ‘equivoco’ do encaminhamento... Atravessou-me uma *sensação de impotência* por ‘*não poder*’ arrumar um lugar para aquela senhora num outro grupo de mulheres ‘neuróticas’, pois este já estava lotado.

Numa outra entrevista, a situação se repete: não era nenhum psicótico, mas, desta vez, um senhor que estava encostado pelo INSS e vinha sendo tratado por um psiquiatra de uma outra unidade. Sentia-se ‘deprimido’ por não poder trabalhar mais. Ao perceber a mesma situação, fui atravessado por uma luz que possibilitou colocar como *ANALISADORES* estes encaminhamentos ‘*errados*’ e as *SOBREIMPLICAÇÕES* advindas deste contexto (LOURAU, 2004).

Percebi que me encontrava *atravancado neuroticamente* ou esclerosicamente na *instituição da razão nosográfica/nosológico/psicopatológica*. Ainda tinha a necessidade de marcar, codificar para eleger e para, por fim, ‘tratar’. Percebi que as minhas instituições foram ‘avariadas’ ou foram ‘arrombadas’ por uma operação de



desvio – os encaminhamentos feitos pela Assistente Social – do curso tradicional e confortavelmente previsível daquele já costumeiramente vivido por minhas intervenções.

Muitas interrogações escorriam pelo meu corpo através da sensação de angústia que, nas suas diversas expressões, vinha questionar a que forças eu estaria a servir. Criar mais um grupo com as características ortopédicas da nosografia/nosologia e da psicopatologia, para quê?!...

Os afetos que me atravessaram, em conjunto com as idéias e imagens, eram os de estar *absorvido* por aquela experimentação que me descolou e me deslocou da estriagem ortopédica que comparecia na direção das intervenções em musicoterapia. A necessidade de classificar e esquadrihar tinha como derivação o movimento de *garantir uma direção mais segura* para mim e para os usuários, colocando-os em grupos homogêneos, i. e., em grupos com características comuns que pudessem acolher cada entidade mórbida.

Desde então, passei a perceber, como precisava de direções seguras que pudessem dar a certeza para onde se estava indo. Por seu turno, outro afeto que comparecia, ainda em meio à utilização deste modelo de *intervenções-nosográficas*, era o de estar *acomodado*: afeto reativo nascido da repetição costumeira de poder – de certa forma – ter os grupos de psicóticos ou de mulheres ou de adolescentes com problemas na escola e na família, numa direção, de certa forma, previsível.

Outro afeto que me acompanhava nas intervenções, bem como nas *‘minhas sobreimplicações’* institucionais, era o de *assunção/dar conta de tudo*: a equipe me encaminhava os casos ‘cabeludos’. “– Manda pro Paulinho que ele dá conta!!!” E acabei gostando deste lugar... Posso ver hoje o lugar de *captura* que desejei. Lembro-me do aperto no peito quando a equipe se sentia pressionada nas ocasiões em que a fila de espera aumentava e não existiam vagas. Eu me prontificava imediatamente a atender algum caso mais urgente!

Neste duplo jogo do capturar, vejo-me naquele tempo escravizado pelas injunções e demandas institucionais que convocava algum ‘santo’ para fazer o milagre e dar conta dos problemas que ali pudessem comparecer. E me impliquei na dupla convocação que sempre retornava: *atender a fila de espera* e ter a *sensação de poder* resolver. Não percebia que *a convocação em resolver os problemas engendrava a lógica da sobreimplicação*: a implicação pessoalizada que extraia mais valia existencial, não só de mim, mas, sobretudo, de qualquer um que pudesse contribuir para

além das suas possibilidades. Esta lógica sobreimplicativa comparecia nestes momentos da reunião através das enunciações: ‘não podemos deixar a fila de espera crescer...’; ‘a fila de espera tem gente que está esperando há meses...’; ‘existem profissionais aqui que não atendem em grupo, só individualmente...’. Eu vestia a camisa do time para tentar desafogar esta situação.

Estas enunciações eram impulsionadas por afetos carregados de injunções veladas que convocavam a sobreimplicação de todos ou de quem quisesse ‘cair nessa tentação’. Meu desejo de me ‘implicar’ sugava centripetamente o mal estar geral, dirigindo-o à minha responsabilidade. Desta *responsabilidade* eu extraía a sensação de *poder dar conta*. Posso ver o quanto de desejo de onipotência se apresentava nas minhas intervenções institucionais. No entanto, a impotência se fazia presente quando os grupos enchiam e não havia lugar para colocar os próximos casos que apareciam nas reuniões de equipe. Como foi enunciado anteriormente, naquela reunião de aproximadamente dez anos atrás, o ‘santo’ foi convocado e ‘baixou’ o ‘paulinho’ narcisicamente apresentando-se para dar o *alívio* necessário à equipe naquele instante. Vale ressaltar que outros profissionais também tentavam ‘desafogar’ a porta de entrada inventando outros dispositivos.

E foi por um instante mesmo, na medida em que dezenas de outros casos foram surgindo e pressionando centripetamente a equipe cada vez mais para dentro das salas, corredores e espaços institucionais. Mas, o belo equívoco da Assistente Social veio me dar a porrada tão necessária para desestratificar e poder remexer as forças instituintes que permaneciam subjugadas àquilo que estava instituído nas minhas intervenções. O ‘erro’ da Assistente Social produziu a operação de pôr em crise a sobreimplicação, a que costumeiramente me subordinava e, por seu turno, dar luz ao lugar ‘conquistado’ e ‘pessoalizado’, derivado desta subordinação sobreimplicativa. Diríamos: uma subordinação que é recompensada por desafogar a equipe, dando ‘chances’ de outros usuários serem atendidos.

Aquilo que foi ‘visto’ por mim – num primeiro momento - como erro da Assistente Social, produziu linhas de virtualidades que, até então, não tinham sido engendradas. Linhas de possibilidades de novas intervenções no ambulatório que se abriram a partir de um acontecimento complexo: reunião de equipe, temas recorrentes, criação de mais um grupo de psicóticos, encaminhamentos, avaliações, entrevistas, digressões, estudos filosóficos, dentre outros aspectos/processos que não são tão claros, ou inconscientes. Neste domínio complexo, teceu-se a invenção de novos

entrelaçamentos de idéias, de afetos, de experiências coletivas. Experiências fundantes de caminhos e processos de composição que fazem bifurcar um plano de possibilidades. Bifurcação onde novos ritmos, novos contrapontos, novas harmonias e melodias com suas tensões dissonantes de desterritorialização encontram territórios consonantes de estabilização daquilo que está sendo criado coletivamente. Criação coletiva que produz “[...] o ímpeto rítmico mutante de uma temporalização capaz de fazer unir os componentes heterogêneos de um novo edifício existencial” (GUATTARI, 1992, p. 32). Criação coletiva em que as suas reagimentações de idéias e de afetos engendram orquestrações de novas existências. Existências de práticas e de saberes, inteligidos como corpos de práticas e de saberes na relação com os corpos daqueles mais fragilizados no seu existir. Com efeito, a heterogênese é, de direito e de fato, filha do coletivo, da vida política, das transações entre-subjetividades.

O ‘erro’ da Assistente Social foi o seu maior acerto, estando muito pouco impregnada com os estratos e fantasmas já instituídos no serviço. Seus encaminhamentos deslocaram - numa operação de desvio - o meu olhar instituído que funcionava, pela força do hábito, codificando as existências, reduzindo-as ao cardápio classificatório. Neste domínio, os encaminhamentos ‘equivocados’ proporcionaram um bom encontro com aquilo que ainda havia de não instituído na minha intervenção. Acontecimento que pululou movimentos dos germens instituintes propagadores de novas direções. Acontecimento que problematizou e produziu outras formas de poder sentir, pensar e agir sobre este episódio e outros que adviriam daí.

Acredito que a ‘intervenção errática’ da Assistente Social ganhou um novo estatuto: produziu devires, novos caminhos, novos trajetos sobre as minhas cronificadas e ‘sintomáticas’ formas de ver e de ‘agrupar’ as pessoas que vivem a cotidianidade do ambulatório. As minhas ‘práticas ladainésicas da verdade’ fomentavam arranjos em arregimentar casos clínicos e psicopatológicos – acompanhando a axiomática nosológica/nosográfica –, sem colocá-las, até então, em análise. Os meus sintomas ladainésicos, movidos pela repetição alienada e fastidiosa, estavam funcionando assim como os pássaros que batem com o bico na janela. A ‘intervenção errática’ da Assistente Social serviu como um intercessor/interferência nesta prática sintomática. Intercessor – feito a criança inventiva que percebe a épura do vôo do pássaro: a criança entra em sintonia – num devir pássaro – para sentir os traçados, as linhas, os trajetos, os desejos do pássaro. Nesta relação geopolítica do desejo, a criança abre a janela um pouco mais para o lado. Aquilo que é, numa face, o vôo chapado na janela/sintoma tem,

numa outra face, a criação (GUATTARI, 1992). Criação que é movida pela repetição: algo na repetição pede a sua diferenciação. Diferenciação movida pelo vetor volátil do desejo que tenta encontrar uma abertura. Abertura que produz a desterritorialização de uma forma ‘sintomática/territorializada/cronificada’ de se expressar – nos vãos com o bico na janela – para a produção de novos territórios existenciais – abrir novos caminhos lá do lado de fora. Segue-se daí que foi preciso entrar na relação com aquilo que é da competência do Fora: a zona intempestiva e de forças turbulentas que sacodem aquilo que está instituído nas nossas práticas, na nossa forma tão subjetivada de ser (FOUCAULT, apud DELEUZE, 1988). Relação com uma zona aberta pela ‘intervenção errática’. Intervenção que teve a consistência para dar uma reviravolta numa dada situação, até então, concebida como natural.

Deste processo de naturalização das práticas ladainésicas da psicopatologização, decorre o processo que se diz de um plano de implicação, em que estamos submersos sem perceber. Estamos implicados na torrente de práticas, discursos e saberes que, de direito e de fato, se constituem no fluxo dos coletivos sociais. Por conseguinte, a ‘intervenção errática’ da ‘virgem Assistente Social’ desvirginou processos de sobreimplicação – quando eu me superimplicava e, com efeito, me deixava levar pela extração de mais valia existencial. Decorre daí que qualquer profissional está implicado nos processos de produção de trabalho de um dado dispositivo: está implicado, na proporção em que já faz parte deste coletivo, colaborando na construção de novas linhas e direções ou, mesmo, se silenciando. Seu silêncio também produz ressonâncias expressivas nos processos coletivos. Por sua vez, podemos - pela força do hábito e do convite que nos é feito, meio como na militância para vestimos a camisa da equipe -, nos sobreimplicarmos nos processos de produção do trabalho: onde cada um será uma peça de onde será extraída mais valia existencial.

Numa palavra, acredito que a criação de um novo modo de produção à assistência em saúde mental, neste ambulatório, se deveu pela fundação de um estranho método. Método/Processo que deu condições de luminosidade sobre a criação de um caminhar sem princípios que já demarquem fixamente os caminhos a serem trilhados.

Método: poderemos dividir esta palavra em duas. Meta = direção e hodos = caminho. Os métodos possuem prescrições desde o início: a meta já tem uma finalidade desde o seu início. Poderemos pensar numa inversão metodológica, ou como nos dizem os Pfs. Passos & Benevides (2006): num *Hodos Meta* – *hodos* (caminho) *meta* (direção). O caminhar é primeiro e os deslocamentos e remanejamentos das direções se dando a

partir dos jogos de forças em que vamos entrando em combate neste e durante este caminhar.

Perceber como este plano de assistência foi criado pelas ‘intercessões’, isto é, pelas provocações e interferências advindas daquele ‘saber desnudado de preconceitos’, da então ‘virgem’ Assistente Social, é poder perceber que tudo isto foi criado pelo meio: *intermezzo*. Num plano de forças polifônico produtor de dissonâncias. Dissonâncias que vibram os corpos fazendo comparecer o dissenso para, por seu turno, dar o toque necessário aos abalos sísmicos que estremecem tudo aquilo que se deseja manter fixo, paralisado no mesmo e naquele tão costumeiro manejo. Manejo consensualmente instituído das formas de cuidado em saúde mental.

Poderemos afirmar aqui, na esteira de pensamento de Passos & Benevides (2006), que o processo de criação da Heterogênese, por ocasião destes acontecimentos neste ambulatório, se deu numa sopa prebiótica de onde não sabemos quem é o agente criador: fórmula cara ao teocídio, uma criação sem princípios ‘duros’, mas, se dando em/num processo instituinte e constituinte.

Deste estranho processo de criação e de caminhar – diremos que num torto caminhar - que é legítimo, por definição, encontramos um processo que se engendrou num *hodos-meta*. Primado do caminhar sobre a meta. Meta que veio a se dar em meio ao processo de constituição de um novo grupo com diferentes especificidades. Desta esfera, diremos, à luz de Deleuze e Guattari (1997), acerca da produção de um ‘alisamento’ dos espaços estriados institucionais: é possível fazer escorrer novas operações nos modos de produção de cuidado e produção de subjetividade em saúde mental.

O *hodos-meta* é, ele mesmo, a dinâmica expressiva do devir, do plano de constituições. Plano que é tecido por ressonâncias intensivo/afetivas. Ressonâncias nascidas das correlações entre-corpos, assim como as moléculas entram em correlações/acoplamentos com outras moléculas no decurso do tempo.

O caminhar – um dos eixos do método - é o processo onde as forças do contemporâneo se anunciam. Processo do caminhar, processo das indeterminações que expressam as dimensões, a um só tempo, do ser e do devir. A meta – outro eixo do método - torna-se a seta/direção e não um fim a ser alcançado. A seta é movida pela força de afecção dos encontros que movem e modulam desejos, afetos e idéias. Seta sem fim em si. Meta/Seta/direções como expressão, como filha dos encontros entre-mundos.

Expressão vetorial/modulatória do conatus/desejo/esforço, da existência, de apostar em vida nas composições coletivas.

Apostar no coletivo será mergulhar na direção dos processos heterogenéticos. Processos que, tão-somente, fazem misturar realidades: fazem esquentar a sopa de subjetividades. Desta mistura de subjetividades, como processo de produção coletiva, os analisadores emergem. Emergências de índices, de elementos catalisadores que fazem sacudir, esfervescer as instituições, i.e., aquilo que se mantém cristalizado e instituído. Analisadores, eles mesmos, os índices/signos que movimentam afectos/perceptos/conceptos: naquele nosso caso tivemos vários analisadores – analisador vagas-para-atendimento; analisador encaminhamento-equivocados; analisador prática ladainésica da psicopatologização, dentre outros. Movimentos analisadores que sacodem os lugares onde insistimos a nos manter situados e filiados.

A aposta no coletivo, nos analisadores e no plano implicacional, nos conduz à experiência desterritorializadora das instituições. Experiência que tem força de afecção sobre os elementos constituintes singulares do coletivo. Cartografar as afecções daí decorrentes é apostar num plano de indeterminações: uma vez que, a cada encontro, um plano de possíveis poderá se tecer. Neste domínio, a produção das cartas dos efeitos/subjetividades que vão se desenhando pela força de afecção dos analisadores nos conduzirá a territórios afetivos que, a um só tempo, expressam as nossas capturas e as nossas liberações. Imagens e sonoridades das nossas clausuras e das linhas libertárias. Da tecedura desta pauta modulatória cartográfica das nossas capturas e das nossas liberações, estaremos já no processo de edificação de paradigmas ético-estético-políticos. Paradigmas, eles próprios, engendrados pela afirmação da diferença. Afirmação do encontro entre seres díspares. Encontro que afirma os tensionamentos entre-mundos singulares. Encontro polifônico que é movido pelas interferências das afecções nascidas de si no curso de um tempo a vogar. E foi assim que me senti neste processo, como co-autor e co-operador, desde o seu nascimento.

Cumprе salientar em meio a estes acontecimentos, um tema recorrente de um “grupo de psicóticos” que ainda ocorria sob a coordenação de um psiquiatra e eu. Esse tema era o de que os usuários tinham que vir aos atendimentos, uma vez que os profissionais e familiares os obrigavam. Por mais que nós não enunciássemos a injunção: “vocês precisam vir aqui para se tratar”, eles sentiam que o comparecimento semanal aos atendimentos era a condição de se qualificarem como doentes mentais. Este tema se deslocava para a questão dos remédios: até que ponto os especialistas obrigam

os usuários a tomarem as medicações? Este era um tema que problematizava e produzia indagações nos encontros deste grupo de psicóticos.

Indagações e palavras loucas?! Indagações esquizas?! Indagações que se revestiam de coerência e, com efeito, denunciavam as artimanhas do poder que esquadrinha, demarca, diagramatiza e prolifera postulados e axiomas universais a serem decretados aos mais variados consumos. Estas enunciações, em meio aos acontecimentos citados anteriormente, sacudiam não só minha cabeça, mas, por sua vez, a minha vida por inteiro.

Comecei a observar toda uma arquitetura de fluxos institucionais, que se organiza a reinscrever uma lógica de segmentarizações duais (louco x terapeuta; neurótico x psicótico etc.), fixando estriagens operadas no nível dos discursos (saber médico e psicológico x enunciados desarazoados e senso comum). Percebendo, por sua vez, que os ambulatórios em saúde mental, a rigor, fixam estriagens no tempo e no espaço – organização dos horários e dos fluxos geográficos geometricamente definidos, de sorte a manterem o domínio e o controle sobre tudo e todos. Estes espaços proliferam contornos de vínculos e demandas fixas, quais sejam, efetuados por estriagens introjetivas e injuntivas, edificadas na ordem dos seus encontros. “– Ele é o doutor e “tenho que” me comportar assim e falar assado...” Vi-me reproduzindo saberes, práticas e discursos baseados em registros e procedimentos homogeneizantes – no tempo, nos vínculos, nos discursos e nos espaços. As indagações deste “grupo de psicóticos” ressoavam em minhas idéias e em meus afetos.

Lembro-me do escândalo quando da apresentação do grupo de heterogênesse pela primeira vez na reunião de equipe: narizes orgânicos se torciam uns aos outros, como que contagiados pela estranheza de um grupo constituído – como diriam os psicopatólogos e os psiconosógrafos – por ‘patologias’ que não poderiam se colocar em relação, i. e., não poderiam conviver devido à possibilidade de iatrogenia. Segui em frente, agradecendo a Assistente Social que ‘me fez ver’ aquilo que não estava conseguindo enxergar, aumentando o coeficiente de transversalidade (GUATTARI, 1987).

Desta esfera, problematizei sobre a recorrente produção de grupos homogêneos que colocava em relação aquilo que aparentemente é ‘igual’. Idéia defendida pela meta de colocar seres parecidos para que estes possam se identificar e encontrar um território comum: pelo menos é o que pensam quando colocam neuróticos ortopedicamente nos grupos de neuróticos e psicóticos nos grupos de psicóticos. Critiquei esta proposta

apontando para a produção de uma assistência dirigida à superidentificação do usuário com aquilo que é o seu ‘mal’, ou com aquilo que é visto como o seu negativo. Valorização das paixões tristes como prática ladainésica das intervenções em saúde mental, no nosso caso, nos ambulatórios de saúde mental.

Teci as idéias que falavam sobre a fundação de uma prática que pudesse acolher a alteridade no seu limite. Tudo isto em meio à exposição dos fatos que me levaram a repensar a minha participação sobreimplicativa inserido no conjunto de saberes, discursos e práticas em saúde mental. Expus as condições sob as quais que aceitei formar mais um grupo de psicóticos e as causas que me impulsionaram para tanto. Apontei para o mal estar recorrente da equipe nascido da impotência em não conseguir atender a toda a demanda. Assinalei que não criaria mais um grupo de psicóticos e que apostaria numa outra política de intervenção. Numa política que acolhesse os mais variados modos de existência que trivialmente são classificados pela razão científica como entidades mórbidas. Muitos sorrisos potentes vieram na direção da composição da heterogênesse, ganhando muitos aliados, desde a gerência do programa de saúde mental, passando pelos coordenadores do ambulatório de saúde mental e por muitos colegas – profissionais e pessoal de apoio, sem contar com o apoio dos usuários e familiares. Cabe ressaltar que a construção desta proposta crítico/ético/política se deu mediante condições favoráveis para tanto: o apoio para a edificação e invenção de novos modos de produção à assistência, na relação com os atores anteriormente citados. Construção de uma intervenção que não saiu apenas de uma cabeça: esta construção seguiu a lógica dos encontros. Encontros entre-subjetividades que abalam o que possa estar instituído nas práticas, no plano teórico ou dos discursos. E foi, graças a este espaço de encontros semanais de reunião, que o nosso caminhar institucional vem se tecendo. Tecedura que segue o *hodos-meta*: não sabendo ao certo qual será a meta final, vamos construindo estratégias nascidas da força intempestiva do contemporâneo. Vamos tecendo a discussão permanente das nossas instituições, mesmo que algumas ainda permaneçam ali, quase como um cristal no vácuo, inalteradas.

Vale ressaltar que este procedimento de construção coletiva *hodosmetaódica* vem se alinhar às trilhas da Reforma Psiquiátrica. Trilhas que indicam a construção permanente de práticas e saberes que possam superar toda e qualquer forma de manicomialização das existências na cotidianidade dos dispositivos e para além das suas fronteiras institucionais. Trilha onde podemos nos apoiar nos princípios do SUS como indicadores de caminhos onde poderão ser construídas novas práticas e intervenções em



saúde mental. Práticas e intervenções que vão sendo tecidas por co-gestões, co-operações produtoras de subjetividade. Co-gestões onde possam se incluir profissionais, usuários, comunidade e gestores. Co-gestões que nos indicam o movimento ético-estético-político das produções sociais de trocas de subjetividade no limite, quer seja entre o diverso da natureza, no horizonte, quer seja da natureza da alteridade.

### **III.II: RESTITUIÇÕES AFETIVO-INSTITUCIONAIS:**

Há quase dez anos, estamos vivenciando uma experiência instituinte fundada numa crítica sobre o modelo biomédico. Modelo que segmenta e esquadrinha as experiências sensíveis dos usuários. Começamos a colocar em ‘combate’ a possibilidade de grupos que pudessem conviver numa heterogênese: pessoas com experiências completamente díspares, contagiando-se umas às outras. Aquele chamado por depressivo; aquela moça conceituada como bipolar; o senhor identificado como esquizofrênico com a história do filho que deseja saber quem foi o responsável de colocar na cabeça do seu pai que este é doente; aquela moça com a sua nova identidade - ‘eu me tornei o transtorno de pânico para os outros’ - e que já ouviu ‘mil e uma histórias’ sobre a sua ‘doença’. ‘Pânico é como diabetes: tem que tomar remédio pelo resto da vida – um médico lhe disse!’ Para além do seu CIC estes receberam a marca do CID – código internacional das doenças. Códigos que maculam as entranhas da subjetividade de cada um. Subjetividades movidas pelos ideários daqueles que têm a loucura em rastrear, em designar, em colocar no esquadro todo aquele que se desvia da média social.

Pensei, inspirado em Espinosa (2000): se a natureza é formada por modos, isto é, por elementos ou corpos completamente distintos uns dos outros, por que não provocar misturas e contágios entre os diferentes? Por que não buscar diálogos entre os corpos desarazoados esquizos e os enclausurados e encapsulados na neurose? Por que não compor acontecimentos em que a alteridade pudesse encontrar espaço para criação e expressão? Por que não colocar em relação os usuários que costumeiramente não se relacionam com outros nos ambulatórios de saúde mental? Foi assim que começamos a acolher o berro, o gesto, a palavra, o delírio, o sonho, o pesadelo, o projeto, a desilusão, o amparo, o desamparo, a razão e a desrazão, Dionísio e Apolo: corpos heterogêneos em pura heterogênese - como numa matilha que busca conservar-se para manter-se,

construir-se e perseverar-se na existência, sempre num estado composicional/ético/estético/político. Nesta ‘processualidade’ composicional instituinte entre as formas de viver completamente distintas, nas suas diversas modulações, encontrei-me e ainda me encontro na condição de ‘artesão’ e também de ‘matéria’: ora sou aquele que toco as outras existências com o meu ponto de vista e ora sinto-me tocado e acolhido pela complexidade de experiências do grupo heterogenético. Participo não para ‘consertar’ as afecções do corpo e da mente: ‘trans-piração’ do modelo médico tradicional – mas, por sua vez, para dar voz a um ‘concerto’ em estado de composição permanente - trans-valorização das crenças totalitárias; trans-existencialização das idéias fundadas no personalismo da sua ‘morbidade’; trans-egologismo, tecendo um novo olhar sobre si – saindo da sua ego-logia para viver uma eco-lógica – do governo de si ao cuidado do outro. Processo movido pela força transfônica, i.e., pelo manifesto das vozes e apetites que se interferem para a produção de novos caminhos e novos sentidos.

No exercício dos acontecimentos, construímos juntos a rede de atenção ao si e ao outro em **três movimentos ético-estético-políticos: na invenção de novos valores** - conhecendo as nossas paixões, ou seja, aprendendo a conhecer e explicar a natureza das nossas afecções (i. e., conhecendo nossos afetos, idéias, apetites e desejos), bem ao modo e estilo espinosano (2000): relacionando-as às crenças e valores pessoais, na relação trans-subjetiva e trans-corpórea - criação de novas referências, menos individual-burguesa e mais coletivo-social; **na invenção transtional da existência** – expressando as nossas paixões através do corpo – desterritorializando os laços egocêntricos e narcísicos, para o exercício das linhas de experimentação que nos leve a vínculos vividos numa esfera pré-individual, pré-personalística e pré-pessoal – aumentando o poder de ser afetado: aspecto dinâmico do conatus espinosano; **na invenção instituinte**: inaugurando a cada encontro uma rede de idéias – *conexiones idearum* – e de afectos – *union corporum*: criação coletiva de novos horizontes. Horizontes que se abrem para colocar em experiência de crise a posição servil e instituída de ‘doente mental’; indagando sobre a sua condição de estar participando de uma ‘terapia’; a de ser ‘possuidor’ de uma doença individual. Subversão da lógica servil, devolvendo o poder de voz e de decisão às suas vidas no ambulatório e na comunidade: saindo da condição de assujeitado para a de ‘sujeito’ político - aprender também a participar das decisões da cidade.

### III.III – DA DIVERSIDADE DOS MODOS EXISTENCIAIS: ATO II.

#### Da sala de espera às salas que separam experiências

Este foi um tema que emergiu em meio aos debates nos últimos grupos de psicóticos e neuróticos. Discutimos um bom tempo sobre a forma de organização do ambulatório: a forma de recepção dos usuários, a sala de espera, como os grupos são organizados para os atendimentos, dentre outros aspectos. Conversamos sobre a possibilidade das misturas entre-experiências daqueles que viviam a cotidianidade do ambulatório. Em meio a estes debates, surgiu o interesse dos grupos se misturarem. E assim se deu uma nova etapa do processo de constituição dos grupos de heterogêneses. Vale ressaltar a data de composição do primeiro grupo de heterogêneses: setembro de 1998. Desta data até o ano de 2000 ainda eu atendia, a um só tempo, os grupos de psicóticos, de neuróticos e de heterogêneses. A continuidade destes grupos se deveu primeiro: ao projeto piloto dos primeiros grupos de heterogêneses – queria poder perceber as diferenças entre as características destes grupos e sentir as diferenças da dinâmica, dos processos, dos seus impasses, colocando-os em relação com as experiências que ainda tinha com os grupos de psicóticos e de neuróticos. Segundo: sem desejar fazer uma análise profunda e última entre estas experiências - entre os grupos de heterogêneses e dos grupos homogêneos - poderia afirmar, de forma sumária, que os temas dos grupos da heterogêneses se tornam mais agudos e mais contundentes, na medida em que a diversidade dos temas e o alcance dos debates são movidos por intensas trocas sociais de subjetividades que, nas suas diversas modulações, expressam singulares e múltiplas experiências. Experiências que ampliam a perspectiva e o horizonte dos valores e crenças de cada um.

Durante um bom tempo no ano de 2000 foi debatido nos grupos de psicóticos a possibilidade de poderem participar de encontros com outras pessoas. Vale ressaltar que a marca ‘grupo de psicóticos’ ou ‘grupo de neuróticos’ não era utilizada seja no ingresso aos grupos, seja durante as sessões. Os ‘grupos de psicóticos e de neuróticos’ aceitaram construir mudanças no nosso saber/fazer. Esta proposta foi levada à reunião de equipe, onde foi aprovada no ano de 2000. Desde então, os grupos são qualificados como grupos de heterogêneses. Cumpre notar: o termo heterogêneses é tomado de empréstimo de Guattari (1992) e da biologia.

A dissolvência dos últimos grupos de ‘psicóticos’ e de ‘neuróticos’ - para a sua nova configuração em grupos de heterogênesse - possibilitou a emergência de novas perspectivas práticas e teóricas.

Quando foi apresentada a proposta da união dos grupos, o discurso foi produzido da seguinte forma: “olha gente, vocês já pararam para perceber quem são as pessoas que utilizam o ambulatório?” As respostas foram as que o ambulatório é o lugar para as pessoas que têm problemas mentais ou ainda como lugar das pessoas que têm algum problema psicológico.

Após a expressão das idéias e dos afetos dos usuários, pudemos avaliar como eram compostos nossos grupos. Uma mulher do grupo de mulheres “neuróticas” afirmou: “nós aqui só temos pessoas que têm problemas de família, no trabalho, com o amor...”; uma outra falou: “e aquelas pessoas que você faz um grupo pela manhã... eu venho aqui trazer a minha sobrinha para fazer fonoaudiologia e vejo que tem pessoas doentes mentais...”. Esta fala serviu como analisador para ampliar a perspectiva da composição dos grupos que compareciam nesta unidade. Algumas pessoas ficaram surpresas com as “divisões que acontecem aqui... porque lá do lado de fora das salas, nos bancos de espera, nós ficamos todos juntos... as pessoas contam as suas vidas lá fora...”.

No curso da conversa, uma moça começou a cantar: “Eu vou ficar... ficar com certeza, maluco beleza....” Peguei o violão e todos cantamos. A música funcionou como uma interferência da arte em meio às nossas idéias. O intercessor artístico funcionou como uma ferramenta sensível/conceitual para a produção de novas idéias sobre a perspectiva da oferta de serviços do ambulatório.

“Pois é... e quando nós perdemos a cabeça com um filho quando ele não quer comer na hora porque já está quase na hora da escola... e quando gritamos com o marido porque ele só fica encostado vendo televisão e não ajuda a arrumar as crianças para a escola... eu perco a cabeça e grito mesmo... eu enlouqueço... e nunca precisei ser internada...” Esta foi uma das enunciações produzidas pela ampliação dos nossos olhares sobre as formas de organização ofertadas pelo ambulatório. Outras pessoas ainda falaram sobre os tipos de atendimento individual – intervenção que muitas que estavam ali já haviam passado – valorizando a atenção que é conferida ao usuário que pode falar muito sobre si. No entanto, a crítica vertida a este modo de assistência foi a de que as “sessões tornam-se muito repetitivas”; “chega um tempo que não tem nada para falar...”; “só ficamos falando sobre nós...”, dentre outras enunciações.

Este grupo também aceitou apostar na perspectiva da diversidade dos modos existenciais, colocando-se em relação o que costumeiramente não se coloca em relação. E, no antigo grupo de mulheres, que, doravante, seria chamado por todos como “o grupo de todos”, “o grupo das misturas de pessoas”, “comunidade”, dá-se o primeiro encontro – que poderia ser concebido como um segundo grande ato no nosso movimento de invenção a muitas vozes e muitos olhares.

As mulheres – que faziam parte do antigo grupo de mulheres “neuróticas” – receberam aqueles que eram os chamados “psicóticos ou malucos”. Vivíamos o momento do fatídico 11 de setembro. Este tema se transversalizou para os dias de guerra dentro de casa. As mulheres, cada uma, traziam as suas experiências de casa – as muitas confusões com maridos e filhos -: ‘a guerra a gente tem dentro de casa... ninguém quer compreender ninguém... cada um quer ficar com as coisas que mais interessam a elas mesmas... cada um fica no seu canto e, quando todo mundo se junta, só dá confusão...’. Em meio a este debate, outra transversalização ocorre: aqueles que foram internados em hospitais psiquiátricos contam sobre a guerra que se institui quando entraram em crise. O debate ganha o tom daqueles que viveram um outro tipo de guerra: trazem em outros tons a sensação de serem capturados pelo poder médico, pelo corpo de bombeiros, pelas paredes dos hospícios. O encontro se torna polifonicamente experiencial. A diversidade de pontos de vista sobre as várias formas de guerras que se encontram, no limite, quer seja da cotidianidade familiar, entre as paredes, quer seja da ordem manicomial dos hospícios, vem desenhar e ampliar a produção de sentido sobre os modos de violência. Modos de violência invisíveis.

Decorre deste jogo de experiências o interesse por um tipo de ‘ciência’, ou de conhecimento, que todos ali vivenciaram: seja em casa, seja nos hospícios.

O intercessor vivencial ‘ser-internado’ interferiu em domínios que eram da ordem da experiência familiar daquelas mulheres: ‘é... eu nunca fui internada... mas, já me senti presa e sem saída lá dentro da minha própria casa...’. Intercessor que produziu uma operação de aumentar o poder de cartografar sobre as várias possibilidades de captura e de saídas. Intercessor ‘ciência-conhecimento/Ser-internação’ que desestabiliza e que coloca em crise o ideal do projeto da família burguesa/capitalista: ‘eu pensava que eu teria uma vida feliz tendo uma família...’.

Entrecruzam-se diferentes domínios – domínio- Ser/internação e domínio- Ser/familiar – operando-se um encontro, um contágio que possibilita a desestabilização das formas habituais de se pensar aquilo já existente e vivido. Desta ‘ciência-

conhecimento' 'ser/internado', por uma operação de contágio e de cruzamento, se faz movimentar e 'pôr' em crise os domínios instituídos pelos laços familiares. Operação transversal que tira da norma, do esquadro, a litania da família feliz. 'Família também é prisão...'; 'família também é sofrimento...!' Assiste-se à operação de perturbação dos eixos conceituais/vivenciais/científicos das experiências sensíveis que cada um tem na relação com o tema 'família'.

E, foi graças ao encontro entre-subjetividades, que a produção de sentido sobre os vários tipos de violência emergiu. Aprendemos, uns com os outros, a valorizarmos a *scientia patibilis natura: ciência do espírito sensível*. Conhecemos a experiência sensível 'ter-ciência-guerra-internação' e a experiência 'ter-ciência-guerra-dentro-de-casa'.

Seguindo o curso do primeiro encontro deste nascente grupo de heterogênesse, encontraremos, como efeito do entrelaçamento entre experiências sensíveis dos integrantes, a sensação de uma grande surpresa. Os afetos colhidos foram os de 'compreensão', 'aceitação', 'união', 'força', 'disponibilidade', 'descoberta', 'autenticidade', 'saída dos preconceitos', 'proximidade', 'poder ser do jeito que é' dentre outras idéias/afetos/intensidades.

Desta leitura afetiva do encontro que se desenrolava em ato, cantamos os afetos numa composição mântica. Afetos e idéias que são subsumidos pela força da ferramenta musical e expressos pela via do canto. A este respeito teremos no movimento estético, capítulo IV, o território adequado para o desenvolvimento conceitual.

As experiências dos híbridos integrantes deste processo contribuem para movimentar nossos mergulhos em novas composições. As misturas de experiências entre as figuras existenciais dos ditos 'neuróticos e psicóticos' fazem pulular e germinar o acontecimento no plano da dissolvência das formas já instituídas. Formas que, por definição, são da esfera da diversidade, da multiplicidade de modos existenciais que são colocados em relação. Relação de forças, de afetos, de idéias que expressam a diversidade dos modos de sentir, de pensar e de agir. Nos termos espinosanos (2000): aumentando o grau de potência de cada ser singular. Aumento do poder de ser afetado para a constituição de um corpo composto por inúmeros outros corpos singulares que concorrem para uma mesma ação no fluxo do contemporâneo. Aumento do grau de realidade existencial singular a cada um. Corpo ético-estético-político "[...] composto de

um grande número de indivíduos – de natureza diversa -, cada um dos quais é também muito composto” (op. cit., p. 240).

**III.IV – DA PRÁTICA LADAINÉSICA DA VERDADE ESQUADRINHADORA:  
Da nosologia, nosografia e psicopatologia como prática da subsunção da  
experiência sensível fenomênica às unidades abstratas do conceito.**

**Os médicos não mudam... eles perguntam sempre as mesmas coisas... quando eu vou começar falando sobre a minha vida, eles mudam de assunto perguntando se estou dormindo bem, se estou conseguindo fazer as coisas na vida... Eles querem resumir tudo o que eu vivo em perguntas que saem da cabeça deles... eles não deixam a gente falar o que queremos... nós temos que responder o que eles querem... (usuário de um ambulatório).**

Ao contrário do movimento das invenções a muitas vozes e muitos olhares da heterogênesse – que busca compor, através da hibridação dos diversos corpos de natureza diversa, novos valores, novos conceitos, colocando em experiência de crise os valores e crenças instituídos, a partir da realidade sensível das heteróclitas formas de viver –, encontraremos, ainda, na assistência em saúde mental a lógica teologal da razão esquadrinhadora do desvio e da diferença. Razão que dita seus decretos de cima para baixo, como em toda relação transcendental.

Sem adiantarmo-nos vertiginosamente sobre a corrente deste tema, poderemos trazer em cena algumas condições que avalizam a contínua reinscrição da lógica nosológico/nosográfica/psicopatológica nos modos de produção de assistência em saúde mental, inclusive nos ambulatórios de saúde mental.

Assistimos à insistente reinscrição da patologização e da negativização das experiências sensíveis, efetuada pelos equipamentos em saúde mental que utilizam, no interior das suas práticas e dos seus discursos, edifícios teóricos que cumprem, como método, a função de dar direção ou meta aos casos que ali comparecem. Cumpre notar que, no interior destas teorias, encontrar-se-ão as que se esposam às classificações nosográfico/nosológicas/psicopatológicas. Classificações nascentes da sociedade capitalista-burguesa do século XIX, como pudemos verificar pelas *práticas ladainésicas da verdade XXIII, XXIV, XXV e XVI, pela seção II, capítulo I*.

Segue-se deste momento histórico a racionalização, classificação e eleição dos corpos produtivos em detrimento dos improdutivos. Àqueles corpos improdutivos serão conferidos novos sentidos legitimados por uma psiquiatria aliançada aos discursos

jurídicos. Um novo olhar será necessário para iluminar os direitos daquele que era tomado como um sujeito associal, na medida em que a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e o Contrato Social, criados ao fim do século XVIII, versavam sobre a livre circulação das pessoas e das mercadorias – ‘garantindo’ uma nova ordem social sobre a responsabilidade e os limites da liberdade.

Assistimos, desde o século XIX, às constantes produções das classificações psiquiátricas (Pinel, Esquirol, Kraepelin, Morel, Magnan, Falret dentre outros, que podem ser revisitados nas inúmeras *práticas ladainésicas da verdade no curso do capítulo I*). Classificações que serviram para legitimar os saberes psiquiátricos como científicos, na medida em que, desde o seu início, a psiquiatria – como primeira especialidade médica denominada medicina mental – encontrava resistências da então consolidada medicina geral, por sua não cientificidade.

Com efeito, na contemporaneidade, podemos observar as constantes mutações nosológico/nosográficas em meio às novas determinações científicas que, por definição, expressam sobre as ‘patologias da pós-modernidade’ – transtorno de pânico, transtorno bipolar, depressão, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, dentre outras.

Uma vez que a lógica da sociedade burguesa-capitalista ainda se faz presente no atual estado de coisas, será sempre necessária a produção de um novo edifício teórico classificatório e esquadrinhador clínico/nosológico do *plano social*. Edifício teórico tributário do modo de produção capitalista. Modo de produção que dissemina a lógica da livre competição, da livre circulação, mas que, por seu turno, de uma pseudo liberdade que, por injunção, esteja adstricta aos seus interesses. Àqueles que se desviarem da lógica produtiva, contaminando a vida social com traços dissonantes dos padrões contemporâneos serão, por conseguinte, conferidas as instituídas palavras, práticas e verdades jurídicas e psiquiátricas.

Em meio ao que foi enunciado até o presente momento, problematizaremos a utilização da razão nosográfico/nosológico/psicopatológica nos territórios dos equipamentos de saúde mental, inclusive nos seus ambulatórios. É notório e visível o comparecimento do esquadrinhamento classificatório como uma das ferramentas que se dizem pertencer à lógica científica e, ademais, sendo utilizada, em seu nome, nos dispositivos em saúde mental.

Esquadrinhamento que, nas suas múltiplas determinações, vem demarcar as experiências sensíveis expressas pelos usuários numa **unidade identificatória abstrata** referida a um dado conceito nosográfico/nosológico/psicopatológico. Unidade



identitária que fixa e coloca numa dada ordem aquilo que, do ponto de vista científico, será, doravante, avaliado como desvio da norma. Este interesse em fixar as experiências sensíveis em unidades identitárias fixas remota aos tempos milenares.

Remontaremos aos tempos áureos da filosofia grega, em que ocorreu a querela filosófica datada entre 510 a 470 a. C., apresentada por Parmênides (COTRIM, 1997): O ente é; pois é ser e nada não é. Deste postulado, encontraremos o princípio da identidade: o ser é; o não-ser não é. Segue-se desta lógica a formulação dos princípios lógicos de identidade e da não-contradição.

Desta esfera, Parmênides nos apresenta a eternidade do ser, como ser único, imóvel e definitivamente fixo. Consoante a lógica parmenídica, o caminho do seu opositor Heráclito foi construído a partir de um falso problema. Este último fundando a crença no devir – o vir a ser – o movimento e a pluralidade sendo a via da dinamicidade da vida. Vida tomada e vivida no movimento perpétuo das transformações.

Para Heráclito a vida, sendo impulsionada pelo fluxo constante da diferença, tinha no seu interior a luta das forças contrárias: o bem e o mal; o belo e o feio; a construção e a destruição; a razão e a desrazão; a consonância e a dissonância etc. A presença da contradição entre os heteróclitos elementos que compõem a vida seguia a ordem do combate e da luta. Combate que edifica a relação de forças constituinte e instituinte de um mundo que se modifica e se revoluciona a todo tempo e a todo instante, no escorrer do contemporâneo a vogar.

Na esteira do pensamento parmenídico, encontramos a lógica produtora da fixação dos seres numa identidade permanente e imutável. No curso desta perspectiva, poderemos aproximar, ao seu lado, o edifício nosológico/nosográfico/psicopatológico. Edifício teórico tributário desta mesma lógica. Lógica que vem, por definição, identificar, rastrear, fixar, determinar, alinhar, ortopedizar e comunicar através do verbo-palavra o sentido/conceito patológico que, por ocasião do encontro do corpo desviado com o corpo especialista/científico, seja conferido àquele primeiro. Doravante, aquele que se desvia da média social ao entrar no continente da saúde mental, entrará, por sua vez, na ‘ordem do discurso’ da psicopatologia, da nosografia, da nosologia. Ordem de um discurso que reinscreve a prática da ladainha da verdade que não se cansou de percorrer a nossa história. Vemos uma história do presente se desenhar em discursos que se ordenam, nas suas diversas manifestações teóricas, nas tonalidades da verdade. Verdade que se disfarça em diversas teorias e práticas para o exercício do poder.

Seguindo o traçado delineado até o presente momento, poderemos indagar a respeito dos saberes, práticas e discursos que movimentam a vida dos equipamentos de saúde mental na contemporaneidade: quais serão as justificativas do esquadramento e classificação dos corpos que a elas se entregam?!

É comum comparecer, no interior das práticas e dos edifícios teóricos dos equipamentos de saúde mental, **o exercício da seleção**. Operação de seleção dos corpos apropriados a cada modo de assistência. Assistência que, por conseguinte, enquadrará - em meio aos seus saberes e teorias - aquele que agora se entrega aos seus cuidados. Desta perspectiva que seleciona e classifica, encontraremos a lógica totalitária segregativa e racista: neuróticos para um lado, psicóticos para o outro.

As demarcações geográficas são definidas pelas classificações: o espaço a ser vivido nas experiências em saúde mental é definido pela **lógica substancialista**, de onde se acredita que o usuário é um portador de uma doença mental ou, nos termos pós-modernos, de um sofrimento psíquico. Mesmo mudando de um conceito para o outro, a capitulação dos corpos se produzirá. Conceitos que, ainda, mantêm no decurso do tempo o estatuto da negatividade. Estatuto do negativo que sofrerá a mácula, desde tempos remotos, como vimos pelas *práticas ladainésicas da verdade XX, XXI e XXII, pela seção II, do capítulo I*. Estatuto do negativo que é reproduzido há milênios na história da humanidade, até o contemporâneo. Sobrevivência do ponto de vista que classifica e tenta colocar no eixo aquilo que é torto e dissonante a uma determinada condição histórica.

Hochmann (1971, p. 70) apontará para o ponto de vista da psiquiatria: esta se baseia na filosofia substancialista quando “[...] al desviado no se lo aparta solo por lo que *es* – diferente – sino por lo que *tiene* – uma enfermidad mental ou uma perversión”(grifos nossos). Desta esfera, donde a psiquiatria e outras abordagens terapêuticas buscam se privilegiar de elementos conceituais seguros, a intenção, por conseguinte, é a de se assegurar em noções constantes e fixas em meio à multidão de signos e sinais ‘sintomatológicos ou sindrômicos’ que saltam aos seus olhos.

Do ponto de vista das classificações será preciso eleger dentre a multidão de signos e sinais expressos pelo usuário, aqueles que poderão se modelar ao cardápio das patologias contidas nos manuais de psiquiatria ou de psicopatologia/psicodinâmica psicanalítica ou de outra esfera terapêutica. Uma cadeia de sintomas vem contemplar uma determinada síndrome ou transtorno. Esta cadeia linear obedece a um

encadeamento lógico como o da física newtoniana e, ademais, fundada na relação fragmentar apoiada na visão dicotômica sujeito-objeto.

Será oportuno iluminar o encadeamento linear e causal engendrado pela lógica nosológico/nosográfico/psicopatológica. Compreendemos que a eleição de uma sucessão de sintomas a serem ligados aos conhecimentos pré-determinados se justifica ao enquadramento paralisante dos científicimos, caros aos mais inúmeros especialismos.

O usuário, quando chega a algum dispositivo de saúde mental, apresenta um movimento singular de gestos, palavras, idéias, histórias e afetos. Estes movimentam o encontro e, para o especialista, pode ser de extrema angústia e mal estar, se acaso não conduzir este mesmo encontro ao encontro dos seus saberes e códigos/registros. Assistimos ao movimento centrípeto de empuxo daquilo que é expresso pelo usuário às formas e princípios classificatórios predeterminados do especialista. Desta forma, paralisa-se o fluxo das informações, desacelerando as partículas afetivas e do ideado do usuário que estavam em movimento. Desaceleração que estará a serviço de fornecer o novo estatuto identitário àquele que sofre. Será preciso colocá-lo sob a égide da imutabilidade e fixidez da razão nosológico/nosográfico/psicopatológica. Condição que dirige o usuário, doravante, a ser compreendido/identificado por sua estrutura neurótica, psicótica ou perversa – ou com qualquer outra forma de signos classificatórios que valorizam o olhar sobre o negativo. Uma vez ingresso nesta lógica, jamais será liberto dela pelos olhos de quem as conferiu ou de quem as ouviu dizer a respeito do seu mais novo estatuto – sejam estes familiares e redes de vizinhança. Uma vez psicótico, sempre psicótico. Uma vez perverso, sempre perverso. Uma vez neurótico, talvez um dia psicótico.

A captura do usuário ao movimento centrípeto da ladainha nosológico/nosográfico/psicopatológica serve para tranquilizar, numa primeira instância, aquele a que se propõe ‘tratar’: no caso os profissionais de saúde mental. Cumpre acentuar que a captura a que é submetido o usuário pela tentativa de capitulação do seu corpo e das suas expressões pelo corpo científico classificatório, numa primeira análise, terá como visada a redução dos seus ‘sintomas’ às categorias do negativo. Categorias que versam sobre a inabilidade daquele - que agora ingressa na carreira de doente mental – nas suas redes de convivência principalmente com o plano do social. Inabilidade em manter relações sociais; inabilidade em ser produtivo dentro do modo de produção capitalista; inabilidade disto e daquilo.

Encontraremos, na noção de inabilidade, a noção de desvio da norma: anormalidade. O ser inábil socialmente é o ser anormal. Poderíamos, neste momento, sem nos estendermos exaustivamente sobre este tema, dar luz à produção de um processo histórico de deslocamento do conceito de norma, caro à disciplina biológica, para o campo do social. Lobo (1991) versará sobre o uso do termo normal, advindo das instituições médico-pedagógicas. Utilização que foi disseminada a partir do século XIX na França. O estatuto de ‘normal’ foi concebido tanto para a vida escolar quanto para os estados de saúde orgânica da população. Por conseguinte, com o surgimento da medicina social, dá-se a naturalização da ordenação das populações, ordenando a vida por uma moral científica que ultrapassa os muros dos hospitais. Segue-se daí o deslocamento do conceito de norma da biologia para o plano do social, apoiada pela pedagogia e outras instituições corretivas.

Na esteira da análise de Canguilhem (1978), encontraremos a definição do conceito de normal como aquilo que não se inclina nem para um lado nem para o outro. Normal vem de norma. Norma significa, etimologicamente, esquadro. O normal terá a sua definição como “[...] aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável” (op. cit., p. 95).

Por conseguinte, o caminho para os inadequados e inábeis será a direção do esquadramento ortopédico. Esquadramento efetuado pelos inúmeros ‘tratamentos’ que diferenciam modos existentes, separando-os, agrupando-os, colocando-os em classes distintas, mas, em conjuntos homogêneos. Será preciso contrapor dialeticamente a sombra da luz, a razão da desrazão, o belo do feio: série binária que principia as demarcações tão necessárias para a produção do negativo, marcando os modos existentes inadaptados ao *plano do social*.

Capitular cada usuário ou paciente aos códigos já conhecidos será, tão-somente, tentar encontrar, na conceituada doença mental ou desordem psíquica, uma substância essencial, isto é, avaliando cada um por aquilo que tem ou possui. Naquilo de que ele é possuidor – seja um desequilíbrio bioquímico ou a não passagem por Édipo –, encontrar-se-á a justificação científica para o seu mal. Patologizam-se expressões. Patologiza-se aquilo que poderá ser a expressão de um *desvio frente à vida* daquele que não se deseja capturar. Produz-se o objeto humano nosografado pelas lentes do negativo. Objeto humano que desordena o *plano do social*, desequilibrando a

uniformidade de uma lógica social que se quer o tempo inteiro regular, equilibrada, racional, previsível e estável.

Passos & Benevides (2006) nos apresentam o caminho tomado pela psicologia, quando esta é apoiada pelo princípio do equilíbrio, proveniente da termodinâmica. Princípio que tende à regulação organísmica, i. e., ao organismo que precisará se arranjar para o caminho da estabilidade.

Segue-se deste caminho - que tem como princípio homeostático o desejo de equilibrar tudo que se encontra desequilibrado no *plano social -, a coisificação do usuário* ou do paciente quando da sua identificação em alguma das classificações ainda em uso nos equipamentos de saúde mental. Equilibra-se, num primeiro momento, o fluxo das forças caóides expressas pelos ‘sintomas’, através do rastreamento pelas ‘lunetas lunáticas’ dos saberes esquadrinhadores. Paralisa-se em códigos identitários/classificatórios o que é de direito do plano das intensidades, constituintes do plano de imanência. Por conseguinte, como os especialistas não conseguem lidar com as incertezas e indeterminações, será preciso fazer comparecer a lógica identitária que rastreia o que há de negativo, em meio ao processo em que o usuário é esquadrinhado.

Hochmann (1971) versará que a razão nosográfica aponta para a existência, por um lado, de uma cadeia rígida de causas que são, em si, inertes – i. e., que resistem e permanecem existindo mesmo com a passagem do tempo. Por outro lado, a razão nosográfica/nosológica apresenta em seu corpo teórico a evolução de efeitos determinados. Assim, escutamos sobre a **‘constituição patológica’**, sobre a **‘debilidade do ego’**, a respeito da **‘cronicidade dos pacientes sendo tomada como evolução natural do quadro patológico’**, dentre outras perspectivas.

Considerando que, do ponto de vista científico, será sempre preciso encontrar as causas que justifiquem um dado efeito, depararemos-nos com a tríplice determinação que se divide entre práticas, saberes e discursos dos equipamentos de saúde mental: o psiquismo, o corpo e o meio social. Mesmo com a noção de multicausalidade biopsicossocial sobre a etiologia das ‘doenças mentais’ ou das desordens psíquicas, o que se verifica é o predomínio e a redução sobre uma destas instâncias.

É comum a presença da fragmentação e repartição na atenção ao usuário: ora cuida-se do corpo ou do biológico, ora se cuida das questões sociais, ora se cuida do psiquismo e do emocional. O princípio de Integralidade do SUS, nem mesmo a noção de Clínica Ampliada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) ainda não são contemplados em muitas práticas em saúde mental.

No decurso do que foi enunciado, poderemos colocar luz sobre as bases teóricas/epistemológicas que, ainda, sustentam a prática da patologização dos desvios em saúde mental. O ideal do conhecimento científico no contemporâneo ainda está impregnado do desejo da invenção de verdades. Verdades que, nas suas diversas invenções, são tecidas por quatro poderosos e vertiginosos meios (MORIN, 2005a). Apresentamos o **princípio da ordem** como aquele que versa sobre a visão de um mundo qualificado como regular, constante e estável. Deste princípio, as práticas em saúde mental ainda se alimentam: reproduzindo diversos ideários. A idéia de incurabilidade dos “transtornos mentais”: uma vez psicótico, sempre psicótico!; uma vez inscrito como esquizofrênico não mais se ‘retornará’ à forma existencial anterior à crise. Esta última enunciação se apóia na lógica “Re”. Lógica que acompanha a axiomática da ciência médica: restaurar a saúde, restabelecer o estado de saúde anterior (CANGUILHEM, 2005). Será preciso restabelecer a ordem e o estado de saúde anterior para alcançar a cura. No entanto, esta lógica não respeita o curso do devir, das mudanças, como veremos nas seções seguintes.

Cabe ressaltar que o princípio da ordem é utilizado em saúde mental na prática do prognóstico e evolução dos ‘casos’. Por conseguinte, é encontrada, como prática nos discursos em saúde mental, a idéia de que as ‘recidivas fazem parte da evolução da doença e, com efeito, a terapia medicamentosa fará parte da vida dos ‘doentes’ pelo resto da vida’. Assistimos à litania de ideários que contaminam o imaginário coletivo/individual. Ideários que versam sobre conhecimentos que ‘conseguem’ prever o curso dos acontecimentos do futuro: “uma vez ingresso na carreira de ‘doente mental’, sempre ‘doente mental’”.

Teremos, como segundo princípio reprodutor de verdades em saúde mental, aquele muito bem delineado por Descartes. Apresentamos o **princípio da separação** (MORIN, op. cit.). Princípio que separa os elementos constituintes de uma dada realidade/experiência. Separa o objeto a ser conhecido daquele que é o objeto conhecedor.

Princípio que controla a complexa aventura do conhecimento, separando o sujeito pensante (*ego cogitans*) e o seu objeto (*res extensa*). Princípio disjuntivo que, nas suas diversas manifestações, pode ser encontrado nas práticas que disjunge os ‘objetos de trabalho em saúde mental’ em grupos especializados: grupos de psicóticos; grupos de neuróticos; grupos disso e daquilo. Por conseguinte, o princípio da separação/disjunção propiciou o engendramento da organização das disciplinas científicas.

Como efeito do princípio da separação, encontraremos **o princípio de redução**. Princípio que verte as experiências sensíveis das pessoas em máculas classificatórias, em interpretações teóricas familiares às múltiplas correntes em saúde mental. Através deste princípio, o exercício da subsunção das experiências fenomênicas sensíveis de cada um que ‘sofre’ é direcionado ao ‘cardápio’ das classificações psicopatológicas. A um só tempo, o processo de maculação das experiências sensíveis fora da média social é classificatório, prescritivo/prognóstico/evolutivo e comunicativo.

Em meio ao tempo que passa – desde o ‘nascimento da clínica’ até a contemporaneidade –, vê-se a reinscrição da nosologia/nosografia/psicopatologia que se renova na passagem de um tempo que não pára de passar. Mas, esta lógica insiste, consiste, persiste em funcionar. Mas, quais são as justificativas para a sua utilização? Por mais que as contemporâneas práticas dos equipamentos de saúde mental possam nos trazer um certo frescor – um frescor de ar fresco –, vemos a insistente **‘mania’** que prolifera o negativo e a psicopatologização dos modos de existência: dando uma visão/cheiro de ‘bolor’ nas mesmas práticas que se dizem novas ou revolucionárias. Bolor, do latim: *pallore* = palidez. Assistimos à pálida determinação desta lógica de classificações e de produção do negativo a conferir seus estáticos sentidos às experiências que falam numa outra língua, como veremos.

Consoante Hochmann (op. cit., p. 74), encontraremos, na **tríplice determinação descritiva, prescritiva e comunicativa**, a fundação da justificação dos especialistas para o seu persistente uso. A lógica nosológico/nosográfico/psicopatológica é **descritiva**, isto é, é um esforço de estruturar o real, “análogo al orden que el astrônomo descubre en el desorden aparente del espacio”. Esta lógica é **prescritiva**, ou seja, permitir-se-á, através dela, fundamentar o tratamento. “Es necesario conocer el mal antes de curarlo. Para que el tratamiento sea específico, es menester aislar la forma patológica”. Encontraremos, na **função comunicativa**, a última justificativa para a sua insistente manutenção. Manutenção que estará comprometida com a troca de informações entre os especialistas que serão propagadas no tecido social e, com efeito, estando, por sua vez, comprometida com o progresso das ciências humanas.

Considerando a primeira justificativa – a descritiva – poderemos, em meio ao fio da análise de Hochmann, apontar para a necessidade dos profissionais de saúde mental controlar e estruturar aquilo que ainda é ininteligível e caótico. Um dos mandatos da psiquiatria, desde a sua inauguração, enquanto primeira especialidade médica, foi a de ser tributária/contribuente da identificação daquilo que é **‘torto’ ou inadequado nas**

*experiências do plano social.* Identificar, rastrear, codificar/capitular os *corpos estranhos* da vida social: terá como função levar ordem ao caos. O princípio será, doravante, o princípio de ordenação asséptica sobre a constelação desviante que faz *explodir* as regularidades sociais.

Segue-se deste *princípio descritivo/ordenador* a condição de impor um saber legitimado sobre um saber inapreensível e ilegítimo aos olhos do saber hegemônico psiquiátrico – no caso, o saber das experiências desviantes.

Domínio de enlaces movimentados por gradiências afins entre aquele que impõe um sentido e aquele que o consome, subscrevendo-o. Os desenlaces destes encontros são conhecidos por todos aqueles que trabalham nos ambulatórios: a posição de alienação do usuário sobre a natureza das suas ‘afecções’, como veremos detalhadamente na seção VI deste capítulo.

Seguem-se, deste domínio, qualidades de enlaces produzidas por este jogo do descrever/ordenar: a aliança entre o corpo dominador e o corpo dominado, conforme vimos pelo *escólio da proposição X, do capítulo II*. Nesta dupla dimensão do descrever/ordenar, encontramos a intimidade de um enlace que se desenlaça pelo desejo tanto de dominar quanto de se deixar ser dominado/tutelado.

Esfera propícia para que a ‘razão científica’ sobreviva: tecer a aliança entre aquele que domina e aquele que é dominado. Movimento perpétuo entre dominador e dominado. Todos que circulam e colocam as suas vidas ao serviço dos conhecimentos terapêuticos vão se acostumando com o hábito das consultas sempre marcadas com periodicidade, com o território ‘sagrado’ dos consultórios, com a configuração servil dos laços constituídos com os técnicos, sem questioná-los. Esta arquitetura, de contornos bem definidos e bem traçados, delinea uma pedagogia de servidão e obediência que versa, em suas diversas modulações, sobre a litania dos enunciados da razão científica totalitária. A este respeito, poderemos ver pelo *escólio da proposição VIII, do capítulo II*.

Cumprir notar que o hábito/costume que engendra e produz a servidão a toda uma litania axiomática - i. e., a toda uma doutrinação servil movida pela premissa da doença mental, autenticando-a como universalmente verdadeira sem uma exigência crítica de demonstração -, vem autenticar o lugar do não-saber do usuário sobre as suas ‘afecções’. A desgraça é potencializada quando o usuário passa a acreditar nesta produção axiomática do negativo, encontrando-se “[...] incrustrado en un molde institucional al que debe someterse para corresponder mejor, una vez catalogado, a la



Idea que la sociedad y sus delegados médicos se hacen de el” (HOCHMANN, op. cit, p. 76). Por conseguinte, a razão classificatória faz parte de um certo modo de encontro. Encontro produzido por uma tríplice determinação corpórea: o corpo do sofrimento na relação com o corpo médico, atravessados pelo corpo institucional científico classificatório.

Assistimos ao engendramento da ‘docilização dos corpos’ (FOUCAULT, 1997), i. e., a uma operação de domesticação dos corpos que podem ser transformados/submetidos/utilizados/aperfeiçoados, conforme vimos pelo *escólio da proposição VII, do capítulo II*.

Em relação à segunda justificativa proposta por Hochmann para a utilização da razão nosográfica como uma das instituições dos ambulatórios, encontramos-nos, por seu turno, com o valor prescritivo. Segundo Hochmann (op. cit., p. 78), a individualização de sintomas numa categoria mórbida estará reciprocamente associada à “la fe en un tratamiento específico”. Nesta esfera, estaremos mais uma vez no campo da fé, consoante *o corolário e escólio da proposição XXII, capítulo II*.

Assim como foram administradas as bulas papais - e ainda são até a contemporaneidade -, também encontraremos no interior das classificações nosológico/psicopatológicas a prescrição de como cada um deverá se curar do seu desvio/sofrimento. A lógica classificatória que tributou todo aquele indivíduo herege, bem como as mulheres compreendidas como bruxas na idade média, já enunciava sobre como cada um devia ser curado: classificação e receita andam de mãos dadas. As bulas/prescrições são tão antigas quanto ao surgimento do domínio de um homem sobre outro.

Segue-se destas enunciações a afirmação de que a lógica das classificações em saúde mental enquadra cada desviado/diferente em um nome específico e, por conseguinte, esta sua inclusão identitária/funcional já inclui o caminho que deverá ser seguido terapêuticamente. Deste domínio, poderemos afirmar, apoiados por Hochmann (ibid., pg. 76), que “las formas clínicas se purifican de esta manera para adaptarles una terapêutica que tome su forma y así poder combatir las por completo”. Com efeito, poderemos afirmar que toda classificação já possui a prescrição determinada para cada caso. **Método que já predefine o caminho, o trajeto, as direções e a meta final.**

Considerando que a especificação da diferença numa entidade mórbida/patológica fixa o seu lugar que deverá ser aceito por uma imposição de um saber sobre um não-saber, vemos a redução dos modos existenciais à produção do

assujeitamento e da alienação. O usuário em saúde mental cai no duplo jogo da produção da alienação: não sabe ao certo as reais causas daquilo que sofre, bem como lhes confere um novo sentido, uma nova identidade, só que agora com o estatuto patológico; e, em segundo lugar, lhes prescrevem um caminho que, por definição, deverá ser cumprido.

**Imposições, injunções de um saber sobre um não-saber.** Produção de assujeitamento e de fixação no lugar de alienado. O esquema ‘supostamente curativo’, empreendido pela direção dada pela identificação personalística numa entidade mórbida conferida pela lógica classificatória do negativo, acaba por eternizar o usuário na idéia fixa de que este é um doente: ‘tenho uma doença como diabetes... vou precisar tomar remédio pelo resto da vida... um médico me disse...’ expressa uma usuária com o chamado Transtorno de Pânico. Segundo Hochmann (op. cit., pg. 79): “especificar el tratamiento es especificar al enfermo en su enfermedad, y por lo tanto mantenerlo en ella”. O especialista, ao intervir no desenvolvimento patológico, na sua tentativa de ordená-lo, se coloca na condição de ordenador de uma rede caótica. Intervém sobre os sintomas, podendo perder a rede de forças que produzem esta forma singular de sofrer: acaba por desconhecer quem sofre, como sofre, como produz a sua vida em meio ao sofrimento, como o sofrimento se produz, na relação com quem; com quem se produzem outras afecções, como, p. ex., as afecções alegres.

Poderemos, à luz do que foi enunciado por Hochmann, apontar para toda uma produção alienante engendrada pelo ‘convite’ que os tratados de psiquiatria, de psicopatologia seja psicanalítica ou de outra natureza teórica, efetuam pelo olhar clínico dos profissionais em saúde mental, vertido aos corpos dos usuários. Olhar que busca eleger e capitular naquilo que é estranho e caótico o que é comum e estável ao seu saber. O que vemos na justificativa prescritiva - da lógica de capitulação dos corpos - será a redução do caos aos princípios ordenadores. Ordenação que encaminha, por uma relação de assujeitamento, a fixação da ‘desordem’ num caminho que deverá ser seguido e cumprido, consoante a retidão da prescrição – seja esta medicamentosa, judicial, psicoterápica e de qualquer outra natureza. Assistimos à fé num CENTRO que ordena, classifica e dá direções sobre a diversidade da natureza à natureza da alteridade.

Assistimos a mais um ato de fé, quando a ordem prescritiva deverá ser creditada/acreditada pelo usuário que a consome. Consumo de crenças científicas impulsionadas por princípios que se dizem verdadeiros e que deverão ser seguidos. No

entanto, cabe ressaltar que a operação classificatória tenta reduzir a multiplicidade de expressões humanas que não correspondem a uma norma, a um conjunto de princípios.

As abordagens terapêuticas, trivialmente, já têm a resposta para aquilo que se apresenta enquanto fenômeno à sua frente. A necessidade de dar identidades ao fenômeno existencial, que se apresenta ‘já aí’, está ligada **à tendência de fixar sentido sobre o caos, sobre o indeterminado**. Este será gerador de angústia. A angústia geradora de caos para o especialista. O especialista, por conseguinte, utilizará as suas determinações e princípios teóricos para fixar, normatizar, modular, esquadrinhar, ortopedizar, todo aquele que saiu da norma. Daquilo que está instituído em teorias que estão assentadas nos seus princípios: isto é, naquilo que já está posto ‘cientificamente’, ‘de direito’, desde o início.

A norma está ligada ao esquadro: quem sair desta esfera precisará retornar, se alinhar aos princípios que regem a relação terapêutica, entrando no caminho da retidão. No entanto, antes de se iniciar o percurso, a lógica classificatória indica a meta/direção. Temos aqui o método dos profissionais que necessitam do esquadro classificatório para ‘nortear’ as suas relações terapêuticas. Método que, por definição, já possui desde o início a direção a ser seguida para se conquistar, ao final, o que desde o início já estava delineado.

Segue-se destas afirmações que a meta colocada despoticamente, desde o início, pelos psicopatólogos/nosólogos, produz um sentido, i. e., uma direção que dê uma certa fixidez ao caldo caótico de expressões ‘sintomáticas’ que efervescem à sua frente. Desta efervescência caótica, a tentativa do profissional de saúde mental será a de subsumi-la num conceito/sentido/diagnóstico. **A realidade sensível da experiência do usuário é subsumida, unificada, reduzida à unidade abstrata de um conceito** (PASSOS & BENEVIDES, 2005/2006).

A tentativa de redução do caos expresso pelo usuário num código nosológico/psicopatológico é o método que tem como meta subsumir e unificar a realidade sensível do diverso fenomênico na unidade abstrata do conceito. Método que tem a direção do endurecimento/estriagem/ ortopedia/centrípeto olho central/buraco negro. Método que tem como primado os princípios que, desde o início, dirigem a relação dita terapêutica na direção, no caminho que já está estabelecido.

A justificativa prescritiva que ordena a lógica nosológico/psicopatológica acaba por acentuar aquilo que ela mesma se diz combater: curar o usuário dos seus males, desalienar o usuário da sua falta de conhecimento sobre si.

Neste estranho método de classificações e fixações de experiências sensíveis pela redução/descrição aos códigos totalitários da nosologia/psicopatologia, encontraremos a justificativa de os especialistas poderem, através delas, comunicar-se com os outros sobre os seus casos.

Vemos mais uma vez a insistente reinscrição de uma necessidade que diz respeito, ‘de direito’, aos profissionais e, muito menos, diz respeito, de fato, aos interesses dos usuários. As preocupações de poderem os especialistas comunicar-se uns com os outros sobre as suas investigações através de termos tão estranhos à experiência sensível vivida pelos usuários, vêm corroborar, mais uma vez, a determinação em deter aquilo que faz parte da ‘sopa social’ em esquemas pré-definidos, numa linguagem que pode ser exclusivamente compreendida pelos mesmos especialistas. Uma linguagem longe da experiência sensível do usuário.

A ordenação ou subsunção da realidade sensível fenomênica na unidade abstrata do conceito – nosológico/nosográfico/psicopatológico – poderá ser, em suas diversas modulações tonais, traduzida como um esforço de controlar aquilo que é, de direito, do plano da heterogênesse. Plano que se diz, por definição, da composição dos diferentes modos existenciais. Modos de viver que se misturam para a constituição de um legítimo processo de composição de idéias, afetos e ações. No entanto, a primazia do saber científico opera numa estranha língua que tem como meta o esquadro, que alinha formas de ser dissonantes, tendo como modelo/forma aquilo que é a média dos padrões existenciais.

Enquanto o usuário nos expressa a sua realidade sensível através da sua língua, tenta-se traduzi-la à sonoridade de uma estranha língua, cara aos especialistas. Língua que estabiliza o que há de estranho e que possa estremecer a experiência sensível do especialista. A língua materna do especialista precisará produzir o corte necessário no fluxo da linguagem do usuário: produção de bulbo no rizoma; produção de centro nas redes de experiências. Estabiliza-se e se equaliza a efervescência do caldo expressivo. A língua do usuário é tomada e estabilizada/equilibrada pelo olho/buraco negro do especialista que subjetiva o caos numa forma metodicamente predeterminada. Será preciso encontrar o diagnóstico que conterà já, desde a sua fixação, a prescrição terapêutica mais adequada, para que evolua em tal direção: Édipo; castração; Risperidona para parar de gritar quando fica nervoso; e por aí vai.

A língua-mãe do especialista – língua das classificações e do negativo – é o centro de poder dominante que corta o fluxo da multiplicidade política/instituinte

expressa pelos ‘sintomas’ do usuário. Assistimos, mais uma vez, à constituição para o especialista de um território seguro e de onde poderá conduzir o seu método nosográfico/nosológico/psicopatológico.

Decorre do que foi enunciado nesta seção que **a saúde mental é constituída por ilhas de saberes**. Ilhas de disciplinas que se organizam e se definem por um conjunto de métodos, um corpo de proposições consideradas verdadeiras pela corporação dos seus filiados. Ilhas de saberes sustentadas pelo jogo de regras, de definições, de procedimentos, de práticas e de técnicas. Para que estas ilhas de saberes possam continuar perseverando na existência será, tão-somente, necessário a contínua produção e reprodução de conceitos. Sempre um novo conceito é engendrado para que este dê vida e movimento aos ideários de uma dada disciplina. Consoante Foucault (2005, p. 30): “ Para que haja disciplina é preciso, pois, que haja possibilidade de formular, e de formular indefinidamente, proposições novas”. Todas estas novas proposições se dirigem, no nosso caso, aos ideários sobre a psicopatologização, da nosografização e nosologização da diferença. Por este prisma, compreendemos que os saberes em saúde mental produzem os seus objetos de trabalho – matérias primas através das lentes – pontos de vista – que são colocados sobre todo e qualquer comportamento que se desvie da média social.

Segue-se daí que as ilhas de saberes em saúde mental não formam um arquipélago. **Formam, sim, um continente da verdade**. Continente que subsume variadas práticas, saberes e discursos sobre os desvios e o corpo da diferença. Corpo da diferença e dos desvios que serão lançados às correntezas das experiências sociais que não os acolhem. Desta experiência de não pertencimento social – com fragilizações na esfera familiar, no mercado de trabalho, nas redes de vizinhança e sociais – aqueles que expressam experiências sensíveis paroxísticas encontram o fluxo de um trajeto que os direciona aos centros de saúde mental. Centros que centripetizam em sua lógica toda e qualquer forma de desvio. Centros que formam o continente que reproduz incessantemente – sempre com novas configurações conceituais e teóricas – as práticas ladainésicas da verdade. Práticas que ganham a sua consistência e força pela legitimação efetuada pelas práticas e conhecimentos jurídicos.

### III.V – DA PRODUÇÃO DA IDÉIA DE DOENÇA COMO OPERAÇÃO DO PRIMEIRO GÊNERO DO CONHECIMENTO

É trivial que, nos encontros terapêuticos, inclusive nos grupos de heterogênesse, os usuários não consigam explicar a natureza das sensações e sentimentos que possam comparecer em suas vidas. Sensações e sentimentos confusos e turvos. Poderemos compreender o modo existencial, i. e., a forma de sentir, pensar e agir destas pessoas como que capturadas por sentimentos e idéias turbulentas. Capturadas numa forma de viver negativa, produtora de impotência e desgoverno sobre a sua existência.

E, foi inspirado no filósofo Espinosa, que constituímos um método de conhecimento sobre as paixões, ou seja, os afetos que nos atravessam e são efeitos dos nossos encontros. Paixões que podem comparecer de forma recorrente e insidiosa: estas dominando a nossa existência e tornando-a tão frágil quanto um castelo de areia na beira do mar.

Os usuários dos ambulatórios de saúde mental são dominados por idéias e sentimentos que foram e, ainda, são edificados no curso das suas relações. Relações, durante as quais, por um ouvir dizer, compreenderam que eram um ‘doente mental’, que tinham ‘um transtorno de pânico’, que ‘sua doença é incurável’, que as recaídas ‘fazem parte do curso natural da doença’. Estes enunciados fazem parte de uma prática discursiva que, via de regra, comparece nos encontros terapêuticos. Nestes relacionamentos, os usuários, movidos pela força da imaginação, acreditam nas instâncias de delimitação científicas que, de direito, possuem a autoridade legitimada sobre os desvios da norma.

E será a via da imaginação a esfera que capturará os usuários pelos absolutismos científicos. Via que edificará uma forma de conhecimento mutilado, parcial e confuso sobre si e sobre as suas relações.

**Agora estou conseguindo não me misturar nos problemas, só resolvia no estouro... Agora não, agora os problemas estão vindo e estou conseguindo superar... a diferença é que estou agindo sem a raiva de antes, pensando como vou resolver, procurando uma solução mais prática pra eu não me ferrar... (participante da heterogênesse)**

A impotência na relação com seus próprios afetos, relatada por esta participante, nos indica que, em muitas ocasiões, os impulsos des governam nossas ações. Desgoverno que faz parte do primeiro gênero do conhecimento.

O **Primeiro Gênero do Conhecimento** (ESPINOSA, 2000) é o solo por onde transita a **imaginação**. Este é o Gênero do Conhecimento, pelo qual se operam as **idéias inadequadas**. Idéias turvas e mutiladas das quais - por meio das imagens confusas e distorcidas, produzidas da relação com os corpos exteriores -, ficamos sem saber o conhecimento real e, por conseguinte, a causa real da coisa, assim como a causa real da própria idéia.

A imaginação gera nossas opiniões e crenças que são produzidas por um modo de conhecimento do **ouvir dizer** (aprendi que meu nome é esse, que nasci numa cidade, num país, que meus pais são esses, que tenho tal transtorno mental etc.); e por **experiências vagas** (“me falaram que Transtorno de Pânico é como diabetes... tenho que tomar remédio pelo resto da vida...”; “me falaram que eu tenho uma doença, mas, não explicaram nada sobre ela... se os médicos curam doenças, eu sou doente...”).

Segundo Espinosa, **conhecer é conhecer pela causa**, saindo das idéias inapropriadas, da esfera do **ouvir dizer** e das **experiências vagas** que, tão-somente, são imagens turvas e confusas, efeito da relação do nosso corpo com o plano dos saberes, discursos e práticas que incidem sobre a vida.

O processo imaginativo **nos impulsiona em direção à leitura e à interpretação** dos acontecimentos pelos fins – pelos efeitos - e não pelas causas. **Neste solo, somos causas parciais, isto é, compreendemos um dado acontecimento pelas partes isoladas, sem colocá-las numa** relação causal de ordenamento e encadeamento umas com as outras. **Somos finitos e, com efeito, nossa compreensão sobre o “mundo sensível” também será finita. Preenchemo-nos com partes de imagens e com partes de idéias sobre estas imagens, suscitando idéias inadequadas ou confusas.**

Esta condição existencial será conceituada por Espinosa como “**Causa Parcial**”. Todo aquele que busca explicações imediatas pela imaginação poderá, tão-somente, estar se “enredando” numa cadeia de idéias confusas e “parciais”. Nesta condição, a leitura de si na relação com o mundo será parcial e mutilada. O conceito de “**Causa Parcial**” **poderá ser vertido àqueles que buscam explicar as coisas que aconteceram a si ou aos outros, simplesmente pelos seus efeitos**. Noutras palavras: um usuário que acredita ter uma doença mental, mas não compreende as relações causais para que a sua doença se produza, está aprisionado no primeiro gênero do

conhecimento. As pessoas que avaliam as coisas da vida e dos seus encontros desta forma animam, com efeito, seus pensamentos e idéias, de sorte a conhecê-las à base de **conclusões sem premissas**. Tomam-se os efeitos – os resultados – como causas. Desta esfera, cada usuário poderá **forjar gêneses inadequadas para o seu mal**.

Desta forma, os usuários que ‘religiosamente’ pegam suas receitas com seus médicos acabam por acreditar que possuem mesmo uma doença. Idéia vaga de doença que se materializa pelo hábito regular das consultas, pelas palavras do especialista, pelo recebimento concreto de um documento oficial no qual contém a autorização de uma autoridade científica que legitima a utilização de uma substância manipulada para doenças mentais. Poderíamos, ainda, afirmar, em última análise, que muitos especialistas tomam conclusões sem premissas, como nos casos dos assistentes psiquiátricos que prescrevem sete especialidades farmacêuticas para uma pessoa só! “Não se sabe o que está fazendo efeito, naquele paciente! Geralmente o efeito não é benéfico, não!”, consoante as palavras de um psicanalista de um ambulatório que poderá ser revisitado pela parte **ANEXOS 6, ÍTEM: 1**. Nestes casos, o que podemos deduzir, tomando uma imagem de empréstimo, é o de dar tiros no escuro para ver se um acerta no alvo. Medicam-se os efeitos – sintomas dos usuários – sobre os quais muitos especialistas não conseguem explicar a sua natureza.

Segue-se desta afirmação que toda formação discursiva a respeito das ‘doenças mentais’ deriva-se de conclusões sem premissas. Conclusões que, por definição, foram forjadas pelas relações híbridas das várias instâncias de autoridade misturadas à sopa coletiva, reproduzindo-as no interior das experiências pela cidade.

### **III.VI - DOS SIGNOS E DAS AFECÇÕES:**

#### **– Conhecendo a clausura cronificadora dos conhecimentos parciais.**

Neste ponto do nosso desenvolvimento teórico, trouxemos à superfície a compreensão de Espinosa sobre a organização da produção de sentido para quem funda seu viver no primeiro gênero do conhecimento. Cada um acredita naquilo que escuta e vê, sem a compreensão das causas que levaram a um dado efeito. Enclausura-se em idéias imaginativas, tomando conclusões precipitadas: é Causa Parcial. Os participantes da heretogênese geralmente fazem uma leitura de si e do mundo confusa e distorcida. Como seria colocar em crise aquilo que escutam tanto nas suas experiências familiares, nas redes de vizinhança, quanto no interior do ambulatório e outros equipamentos de



saúde? Um dos trabalhos mais árduos é o de praticar uma análise sobre aquilo que acreditam. Acabaram edificando uma arquitetura de idéias revestidas em ilusões ou no fenômeno ‘papagaio’: repetem tudo que ouviram dizer das instâncias de delimitação, dos especialistas em saúde mental e das autoridades religiosas.

Seguindo o curso da afirmação anterior, poderemos afirmar que a relação dos usuários com o mundo é feita através da sensorialidade: o corpo é afetado de muitas maneiras pelos infinitos corpos exteriores, tais como uma música, uma poesia, uma luz, o calor, um outro corpo humano, o corpo de saberes científicos, religiosos e jurídicos, dentre outros corpos. Na relação com o mundo, os usuários vão sendo preenchidos **passivamente** por imagens dos corpos exteriores. As imagens não se reduzem apenas às imagens visuais, mas, sim, em imagens auditivo-sonoras, imagens gustativas, olfativas, táteis, cinestésicas. Estas imagens associam-se às idéias que, por sua vez, também preenchem o seu poder de ser afetado, o seu grau de potência.

Todos nós, inclusive os usuários, conhecemos as imagens sensoriais das coisas pelas percepções que formamos delas. Por outro lado, através das **imagens sensoriais**, formamos e conhecemos a **nossa própria imagem**, uma vez que **imaginamos as coisas exteriores na relação com o nosso próprio corpo**.

Neste ponto, temos, por um lado, os corpos afetantes (corpos exteriores ao nosso) e os corpos afetados (o nosso corpo e outros corpos que são afetados pelos corpos afetantes). Todo corpo afetado será preenchido pelas imagens dos corpos exteriores. Noutras palavras: as imagens que formamos na mente – nascidas da nossa relação com os corpos exteriores - são os efeitos apresentados imediatamente no nosso corpo. Estes efeitos serão conceituados como **afecções**.

Espinosa (op. cit., p. 276) conceituará as afecções, como “as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada, assim como as idéias dessas afecções”.

Nesta esfera, todas as imagens são as próprias afecções corporais, isto é, as marcas ou sinais dos corpos exteriores sobre o nosso e, por conseguinte, presentes na memória. Poderemos, neste ponto, retomar a enunciação da usuária que retém o corpo/ideado: “transtorno de pânico é igual à diabetes...”. Estas enunciações são vestígios/marcas dos corpos afetantes (especialistas), produtores de universos de referências. Cabe ressaltar que as afecções produzidas na usuária edificaram um **modo de vida** condicionado ao ideado que lhe afetou. Ideado que impulsiona sua forma de viver: engendramento de uma ética negativa de vida! Idéias que movimentam imagens e

afetos confusos sobre a sua existência. Estas idéias definiremos – à luz da filosofia espinosana – como **signos**. Tais idéias/signos indicam que estamos “**misturados**” e preenchidos pelas imagens-afecções daquilo que nos afetou. As idéias imaginativas se proliferam através das imagens dos corpos afetantes e, por conseguinte, formam idéias confusas e turvas sobre a realidade: somos, nesta condição, **Causa Parcial**. Os signos-idéias estão sempre **indicando a nossa condição atual**. Grande parte do tempo estamos preenchidos por imagens dos corpos exteriores que indicam sua presença e o seu efeito em nós.

A rigor, é trivial, nos encontros da heterogênese, a expressão confusa e turva dos usuários sobre aquilo que sentem, pensam, imaginam e, muitas vezes, não conseguindo explicar a natureza dos impulsos que determinaram uma dada ação. Um dos nossos objetivos, como veremos na seção III.XI deste capítulo, é a prática/exercício da leitura das nossas afecções/paixões. Afecções/paixões produtoras de signos/idéias que, nas suas diversas manifestações, são confusos e parciais.

Deleuze (1997) cartografou os signos-idéias, dividindo-os em quatro tipos principais: conceituou estas idéias como signos/afecções escalares.

**1- Os índices sensíveis ou signos indicativos:** formação de idéias vagas através dos efeitos físicos sensoriais ou perceptivos sobre nosso corpo e outros corpos: “ não consigo sair na rua... ela pode me engolir... a rua é um combate...”, disse um usuário com a chamada Esquizofrenia paranóide. Idéia construída pelos contornos das imagens perceptivas e sensações, após ter sedimentado a idéia de impotência nas experiências familiares e pela cidade. Nestas situações, as sensações corpóreas indicam e alimentam as operações efetuadas por idéias norteadas por associações analógicas: - “minhas sensações ruins aparecem sempre quando me sinto pressionado”.

**2- Os ícones lógicos ou os signos abstrativos:** retemos parcialmente impressões daquilo que nos afeta e não compreendemos inteiramente a realidade do que nos afetou. Somos finitos e nossas percepções e consciência são finitas, apenas apreendendo e formando idéias a respeito do que nos afeta, somente através de uma parte ou outra. Por sua vez, temos uma idéia mutilada e parcial sobre as imagens dos corpos afetantes. Estes signos geralmente são formados e operados na formação de juízos: isto é bom, aquilo é ruim. Os juízos, nas suas diversas manifestações, geralmente são animados por uma ótica reducionista e excludente: avalia-se uma parte ou outra para se formar uma

idéia fixa e sedimentada sobre o objeto em juízo. “Sou doente mental...”; “Tenho transtorno de pânico...”: formações discursivas que se produziram pela relação com o corpo teleológico racional científico. Em resumo, a impressão de ser um doente mental é tomada como causa e, não, como efeito. Foi o que verificamos pela parte III.V, quando falamos sobre a fundação das gêneses inadequadas. Os usuários saem das suas consultas psiquiátricas com parte da explicação do seu mal estar. A explicação é parcial: “você tem uma doença”; no entanto, as relações causais para justificar esta formação discursiva não são contempladas. Os usuários ficam ‘no vácuo’ acerca da explicação sobre o seu mal. Neste ponto, cabe ressaltar sobre outro princípio do SUS que não é contemplado: o do usuário receber as informações sobre a sua saúde. É trivial os usuários não receberem uma explicação clara sobre as condições causais e evolutivas das suas ‘doenças’. Cabe ressaltar que as ‘explicações’ não deveriam ficar reduzidas a um centro teórico exclusivamente: como seria a produção de sentido sobre a experiência sensível dos “usuários”, se houvesse uma explicitação dos vários olhares existentes sobre o seu sofrimento – psiquiátrico, sociogenético, psicológico, filosófico, musicoterápico, religiosos, do conhecimento das pessoas, dentre outras lentes de conhecimento?!

**3 - Os símbolos morais ou signos imperativos:** o signo é efeito de uma força-corpo sobre outra força-corpo. Acabamos por tomar o efeito por um fim, isto é, se o sol esquenta, acreditamos que ele nos “serve” e é feito para nos esquentar. Um outro exemplo seria o das introjeções/juízos morais: se as lágrimas são expressões de sensibilidade, isto fica para as mulheres; então, “homem não chora”, afirmou um usuário com as chamadas características obsessivas. Os símbolos morais estão inscritos na rede discursiva do saber – religioso, científico, político, jurídico. Os símbolos morais, nas suas mais diversas expressões, estão o tempo inteiro inseridos nos acontecimentos cotidianos mais comuns: nas crenças e nos valores proliferados tanto pela mídia, quanto pelos encontros mais triviais do nosso dia a dia. Cada um vai se preenchendo dos símbolos imperativos, dos quais se reapropria, contaminando a sua vida, tornando-se servo das vozes que ressoam a ética imperativa que tenta dominar o plano social. Veremos mais adiante a constituição de um exercício ético que busca ultrapassar a clausura aprioristicamente tecida pelos imperativos morais.

4 - **Os ídolos metafísicos ou signos hermenêuticos ou interpretativos:** estes são sinais que produzem efeitos/afecções imaginários supersticiosos. Nossas sensações e percepções suscitadas através do encontro fortuito com outros corpos nos produzem pensamentos e idéias de seres transcendentais e onipotentes. A um só tempo, estes sinais nos conduzem a idéias confluentes de servidão e esperança de salvação: clausura e servidão na superstição. Assim como muitos fiéis acreditam que o seu sofrimento receberá a ajuda divina – numa relação transcendental, que se dá de cima para baixo -, os usuários acreditam que as práticas/discursos/saberes dos especialistas também os salvarão. Estes signos são produzidos na relação com os especialistas. Especialistas que são colocados como representantes da salvação divina: “Tenho Deus no céu e do Dr. Paulinho na Terra... valha-me Senhor...”. Enunciação recorrente nos atendimentos ambulatoriais e também nos encontros da heterogênese.

### III.VII – DO ETHOS PASSIONAL E SERVIL:

Vimos até o presente momento como o ser humano vai se construindo na relação recíproca com o campo de forças. Campo de forças constitutivo dos feixes de composições existenciais. Compreendemos que o ser humano, na sua condição de finitude, está exposto à constelação infinita do campo de forças exteriores. Olhar que ilumina a cena humana na existência: somos preenchidos por **afecções – impressões de imagens do nosso corpo na relação com os corpos exteriores** -, que nos modificam a todo instante. Formamos, nesta esfera, **idéias/signos** para conhecer e expressar nossas afecções que **são geralmente ilusórias**.

**O processo imaginativo nos impulsiona a interpretar os acontecimentos pelos fins, ou seja, pelos efeitos e não pelas causas. Neste solo, somos causas parciais, isto é, compreendemos um dado acontecimento pelas partes, sem colocá-las num feixe de relações causais umas com as outras: somos finitos e, com efeito, preenchemo-nos com partes de imagens e com partes de idéias sobre estas imagens.**

A diferença entre as afecções estará na ordem das **ações e das paixões**. Enquanto, por um lado, as afecções ativas preenchem o poder de ser afetado com ações e idéias adequadas, as **afecções passivas**, por outro lado, lançam o corpo e seu poder de ser afetado na direção das **paixões**: na potência de sentir alegrias e tristezas - sofrer por experiências vagas – através das ilusões e distorções da realidade. Compreenderemos as

**paixões como todo e qualquer sentimento ou idéia da qual não possuímos ou formamos uma compreensão clara, isto é, uma adequação.**

Nesta esfera, as paixões – compreendidas como **afecções passivas** – estão o tempo inteiro em jogo no primeiro gênero do conhecimento. Cumpre acentuar: cada um é preenchido pelas imagens das suas experiências e, através destas, formam idéias confusas e vagas. Via de regra, cada um acaba **agindo pela intensidade que estas forças lhe imprimem, desejando o desejo destas** e, com efeito, alienando o seu próprio desejo e sua condição imanente de pensar. **Nesta esfera, cada um age pelo impulso das imagens e sentimentos que lhes são ligados: age passionalmente, estando formalmente separado da sua força imanente de pensar sobre as suas paixões.**

Segue-se destas afirmações que os usuários dos ambulatórios de saúde mental, a rigor, estão formalmente separados da sua força crítica de pensar. Via de regra, os usuários acabam por compor um *ethos* passional produzido pela força do hábito das consultas e pela formação discursiva patológica que lhe confere a arquitetura de objeto nosografável/nosologizável.

Os usuários vertem o olhar sobre a sua existência, movimentando seu ideado pela força das paixões. Paixões que, por definição, são alimentadas pelas gêneses inadequadas que cada um forma sobre a sua existência, i. e, sobre seus modos de sentir, pensar e agir.

### **III.VIII - DAS AFECÇÕES AOS AFECTOS:**

#### **Da produção de realidades maiores e menores.**

Considerando que cada usuário, em maior ou menor grau, se preenche de afecções passivas, isto é, acaba agindo a vida por desejos animados pelas imagens e idéias alienadas, compreenderemos que a forma dos seus vínculos e a sua forma de ser afetado é passiva e servil. Cada idéia traz consigo emoções e estas, com efeito, modificam e modulam o estado do corpo. **Espinosa afirmará que a essência da mente é uma idéia: com efeito, o ser da mente é a idéia do corpo.** A cada instante, temos uma configuração do estado do nosso corpo. Será através das impressões do nosso estado de corpo que inteligimos a sensação da existência.

Este movimento, reciprocamente associado entre a produção das idéias e das emoções, estará modulando a arquitetura das formas de pensar e de sentir e, por seu

turno, as nossas ações. Chamaremos por **“corte na duração”** (DELEUZE, 1997) as transições de um estado ao outro, sentidas no corpo e, por conseguinte, compreendidas como **AFECTOS**. Considerando que os afectos poderão ter características de alegrias ou de tristezas, teremos para as alegrias um aumento de potência – um corte na duração, isto é, uma modificação do estado anterior do corpo e da mente, passando de uma tristeza menor ou maior para uma alegria menor ou maior -; teremos para as tristezas uma diminuição de potência – um corte na duração que modifica o estado do corpo e da mente, passando de uma alegria menor ou maior para uma tristeza menor ou maior. Peremptória a compreensão destas **“VARIAÇÕES INTENSIVAS”**, isto é, sobre as variações de **TENSÃO**, para um grau a mais de potência (alegrias) ou para um grau a menos de potência (tristezas), as quais acompanham cada signo escalar, isto é, sobre cada idéia conectada às imagens sensoriais e aos afectos.

Neste ponto, ainda nos encontramos, nós especialistas e usuários, no primeiro gênero do conhecimento, agindo a vida passivamente por meio do ouvir dizer e pelas experiências vagas: animados pelos signos escalares, pelas imagens das coisas na relação com o nosso corpo e pelos **AFECTOS**. Deleuze (1997) conceituará a variação intensiva e transitiva dos estados do corpo – **corte na duração** – como **SIGNOS VETORIAIS**. Os signos vetoriais, compreendidos como **“TENSÕES AFETIVAS”**, ampliam o nosso entendimento sobre o campo dos afectos: estes são **transitivos e sempre atuais**, quais sejam, são **notáveis** a todo instante nos gestos, nas palavras, nos movimentos, enfim, em qualquer forma de expressão. **Por um lado: os signos-idéias sendo efeitos** - como o efeito de uma ação de um corpo sobre outro corpo: **afecções escalares**. Por outro lado, teremos o **efeito de uma afecção escalar** sobre a **duração** – **corte do estado tensional afetivo anterior a outro posterior** -, variando a potência intensiva de ser afetado de um corpo: **AFECTOS**.

Neste solo, precisaremos formar a compreensão acerca das afecções-imagens ou as idéias que, por seu turno, acabam por edificar e rastrear o estado sempre dinamicamente provisório do corpo: os elementos constituintes do corpo entrarão numa nova relação proporcional de movimento-reposo-velocidade e lentidão das suas partes. Compreendendo que **o corpo é constituído por partes distintas**, estas estarão sempre se re-arranjando de uma forma ou outra, na relação com os corpos afetantes que nos são exteriores ou interiores. **A distinção de um corpo para outro, não se dará pela ordem das substâncias ou dos seus elementos constituintes**: efetuará – se – á, com efeito, pela proporção de movimento-reposo-velocidade e lentidão das suas partes.

De uma idéia a outra, de uma imagem a outra, **encontraremos a situação transitiva e um corte na duração deste corpo:** para gradiências de alegria ou tristeza. As afecções, imagens ou idéias, estão conectadas às durações: indo de um estado ao outro. **As imagens, idéias, afectos e estados metabólicos – fisiológicos** formam um bloco singular do instante: modulados pelo encontro com outros corpos no contemporâneo: *emergência da expressão sempre atual das existências complexas*. Nesta esfera, as afecções, enquanto imagens ou idéias, são efeitos da presença do corpo afetante. Por outro lado, através da presença dos corpos exteriores, enquanto imagens e idéias, teremos - implicados, misturados ou ainda “colados” - os afectos: corte na duração intensiva, indo de um estado afetivo para a condição de **realidade ou perfeição maior** – alegrias; ou vertido à condição de **realidade ou perfeição menor** – tristezas. Neste ponto, afirmaremos que faz parte da existência sofrer as ações dos corpos exteriores: *sofrimento complexo*. Realidade expressiva de uma *ético-estético-político-física dos corpos* que, pelos seus diversos entrelaçamentos, estão em permanente jogo de afetações. Cabe ressaltar: será preciso delimitar a noção de sofrimento complexo ao jogo de afetações a que estamos permanentemente expostos. Sofremos a ação dos corpos exteriores na maior parte do tempo. O mundo nos afeta de forma silenciosa, para além da nossa consciência. Numa palavra, somos trivialmente passionais, passivos no nosso existir. Importante se faz delimitar a noção do sofrimento complexo, diferenciando-o da noção cristã de sofrimento. Esta última toma o sofrimento como o caminho para a purificação da alma e para a libertação das paixões da carne.

Seguindo o curso dinâmico do nosso poder de se afetado pelas forças exteriores, compreenderemos que o nosso estado real de alegria – de perfeição maior - poderá ser passional, na medida que não formamos uma idéia clara a respeito das relações causais que a produziram. **Por conseguinte**, o nosso estado de tristeza – de perfeição menor - também poderá ser passional, uma vez que não formamos uma idéia clara a respeito das relações causais que a edificaram. **Num primeiro instante, somos afetados, preenchidos e movidos por afecções passivas alegres e tristes, com suas imagens e idéias reciprocamente associadas do nosso corpo com os corpos afetantes.**

Segue-se destas afirmações que a alegria em conseguir ser atendido nos ambulatórios de saúde mental, numa primeira análise, é uma alegria passiva, i. e., é a alegria confusa da qual cada usuário não consegue explicar a natureza daquilo que sente. Alguns afirmam que ficam felizes em participar da heterogênese, mas não conseguem explicar a natureza das suas alegrias: como estas nasceram, na relação com

o que, com quem. Assim, o mesmo se verifica quando os usuários recebem as receitas: ficam felizes por conseguirem a garantia do alívio imediato mais uma vez.

### **III.IX – DO PODER DE AFETAR E DE SER AFETADO:**

#### **Dos graus de potência modulados pelas experiências sensíveis.**

Estamos, no primeiro gênero do conhecimento, lançados e em jogo com outras forças que nos afetam, produzindo vetores de aumento ou decréscimo de potência, ou seja, variações intensivas de paixões alegres ou de paixões tristes, paixões de maior potência, ou paixões diminutivas e servis. A complexidade do nosso existir é movida, por sua vez, pelas formas como sofremos as ações dos corpos afetantes: complexo poder de ser afetado.

Pelo que precede, traçar um novo plano para sair do primeiro gênero do conhecimento foi o objetivo para Espinosa: conhecer as afecções e os afectos do primeiro gênero, para conjurá-los ao segundo e terceiro gêneros. Sair das experiências vagas e do ouvir dizer, para entrar na potência do conhecimento adequado das afecções: ter idéias adequadas, devir ativo. Sair das idéias inadequadas, opacas, efeito das paixões, para sermos **causa de si**, isto é, **o ser que se causa a si mesmo ou que se produz a si mesmo**. Sair deste gênero, como veremos, é conhecer os efeitos pelas causas, isto é, conhecer a relação causal que os produziu. Segue-se daí que sofremos influências no nosso fazer, sentir e pensar pela ação das coisas externas, mais numerosas e mais poderosas que nós.

Para compreendermos o que cada usuário é capaz - com quem convém, com quem desconvém, com que outro corpo aumenta sua potência, quais são as qualidades de afecções/idéias, com quem diminui sua potência, quais são os afectos que lhes são associados -, precisaremos verter nossa ótica ao sentido da **física espinosana**. Hardt (1996) nos dirá que a física dos corpos é que revelará um modo de prática, no sentido de passarmos por um estudo empírico dos corpos, objetivando conhecer as suas relações e, dentro desta instância, conhecer as suas composições: **o que cada um pode enquanto potência de existir**, quais são os seus poderes, as suas afecções e com quais corpos em relação as produz! Este mesmo autor afirmará que a física espinosana não concebe o corpo como uma unidade fixa, com uma estrutura interna estável ou estática. Para esta empresa precisaremos nos encontrar com a noção de corpo.



Dentro desta ordem, **um corpo será concebido como uma estrutura com relações dinâmicas com seus limites externos sempre expostos a mudanças: composição de uma lógica imanente das relações.** Hardt ainda assinalará que o que conhecemos como um corpo é simplesmente uma relação temporariamente estável. **A distinção de um corpo para outro não se dará pela ordem das substâncias ou dos seus elementos constituintes:** efetuar-se-á, com efeito, pela proporção de movimento-reposo-velocidade e lentidão das suas partes e por seu poder de afetar e de ser afetado.

**Conhecer as relações dos corpos, sua componibilidade, suas variações, suas distorções e conflitos, suas afecções, seus afectos, enfim, seu poder de afetar e de ser afetado nos conduzirá ao funcionamento do poder de cada usuário, i.e., sobre como cada um sofre as ações dos corpos afetantes e age na relação recíproca com os mesmos.**

Dentro deste prisma, podemos começar a especular sobre as afecções do corpo, resultantes da relação com o que lhe afeta, conjugadas com a imaginação – movida pelos signos escalares – e, por conseguinte, associadas às imagens sensoriais e aos afectos ou signos vetoriais de crescimento ou diminuição de potência.

Dando seqüência à nossa pesquisa sobre a potência em Espinosa, para compreendermos a natureza e a estrutura do poder dos usuários, precisaremos investigar sobre a dinâmica interna do corpo. Será de especial interesse apontar para as relações das suas partes – *organicidade política*. A rigor, encontraremos a diferença não somente na relação com os corpos que nos são exteriores: **a diferença já é interna e imanente a cada um.** Cada um é composto de partes distintas umas das outras: partes moles, duras, fluidas, densas, corpúsculos pequenos e grandes. O corpo, ele mesmo, já é uma política: **a diferença antes de ser externa já é interna.**

Precisaremos **conhecer os poderes deste corpo**, quais são as suas afecções e afectos, e, com efeito, continuar a encontrar os caminhos que nos conduzam a outra esfera de conhecimento, que não sejam idéias inapropriadas - efeito da relação da imaginação com a realidade que nos afeta. Precisaremos, tão-somente, conhecer as **potências do corpo**, as **potências de ser afetado** e, paralelamente, conhecer as **potências do espírito** - estas para a **potência de pensar** -, e **poder compará-las.** Investigação que não deverá ser conduzida em termos da potência de agir - **pela “pura” espontaneidade dos usuários** -, mas, outrossim, no limite tênue e fronteiro com os corpos afetantes. Conhecer o nosso **poder de ser afetado: começando pelas afecções – pelas imagens, idéias e afectos. Construção de uma ética que se movimenta pela**

**constituição do conhecimento das relações componíveis, nas quais nosso corpo é continuamente regenerado e potencializado e, por outro lado, pelo conhecimento das relações decomponíveis. Relações que, por definição, nos envenenam, decompondo as nossas partes, degenerando-nos até a morte.**

Segue-se destas afirmações que um corpo - **sua composição e suas relações intrínsecas** - modifica-se quando a sua **potência de ser afetado está em pleno exercício**. Assim, como numa composição musical, teremos melodias, ritmos, timbres, intensidades, durações, harmonias singulares a cada composição. Uma mesma música poderá ser executada mais rapidamente, mais lentamente, numa outra tonalidade, com arranjos harmônicos bem elaborados: mesmo assim, teremos o sentimento de estar escutando “aquela” música. Cada um irá “rastrear/identificar” uma música como familiar, tão-somente, pelas relações entre as notas melódicas e o ritmo, respeitando – em maior ou menor grau – uma constância dos seus intervalos melódicos e durações rítmicas. Inspirados pela física espinosana, compreenderemos a música sendo concebida como um corpo. Trazendo para o plano de nosso interesse, verificaremos os “corpos humanos” - com suas partículas afetivas, somáticas, psíquicas, ideativas -, modificados proporcionalmente - na sua relação de velocidades-lentidões-movimentos e repousos das suas partes - a cada encontro, no movimento associado e recíproco com outros corpos. Compomos nosso corpo-existência a cada encontro, a cada instante: **arquitetura plástico-ontogenética. Modulação existencial complexa**. Isto dependerá, tão-somente, da condição de abrimo-nos ao “combate” relacional, criativo e criador, com as forças exteriores. Cabe ressaltar, no curso destas afirmações, que poderemos vislumbrar um modelo de prática nos ambulatórios de saúde mental que, tão somente, conheça as relações do acontecimento, das forças que compõem o instante, das forças que afetam, das forças que repelem, partículas que se encontram e se chocam nos caminhos, nos trajetos - saindo de um modelo interpretativo para um cartográfico. Os especialistas em saúde mental poderão se servir desta visão cartográfica: análise dos vetores de servidão-ressentimento e sobre as liberações e criatividade de cada usuário. Como cada um modula a sua existência nos seus encontros, eles mesmos, modulados pela presença intercessora de cada um.

### **III.X – DA EXISTÊNCIA COMPLEXA E O SOFRIMENTO COMPLEXO À ETICIDADE DOS MODOS EXISTENCIAIS:**

Vimos pelas seções precedentes o feixe de relações que teceram as condições para o engendramento da heterogênesse, sobre as condições que tornam o corpo do desvio e da diferença como objeto das unidades de delimitação científicas, sobre as condições que emergem da relação usuários/especialistas quando os primeiros cronificam-se no primeiro gênero do conhecimento. Caminhamos sobre as condições de produção dos graus de potência, i.e., sobre como cada um modula seu poder de afetar e de ser afetado. Cumpre ressaltar: o entendimento deste denso percurso faz-se necessário para o mergulho ou ‘imersão’ na proposta ético-transvalorativa da heterogênesse. Imersão onde precisaremos nos ‘despir’ das nossas instituídas ‘vestimentas’ teóricas ou existenciais – da mesma forma como fazemos para constituir o mergulho do nosso corpo nas águas do mar.

Como foi visto pela seção III.IV deste capítulo, o esquadrinhamento em tipologias nosográficas/nosológicas/psicopatológicas vem subsumir a experiência sensível dos usuários na unidade abstrata de um conceito. Classificam-se modos existenciais assim como se classificam hortaliças e plantas. A visada ética-transvalorativa que propomos com a heterogênesse aponta para outra direção.

Inspirados em Espinosa (2000), afirmaremos que cada um deverá ser definido pela sua capacidade de se afetar nas suas relações com a vida. Estranho modo de definição dos seres.

Definições que, nas suas diversas modulações, vêm afirmar a diferença imanente a cada modo existencial. Modos de viver, de sentir, de pensar e de agir completamente distintos uns dos outros.

Seguindo esta proposição, estaremos de acordo com Espinosa quando é-nos apresentado a sua perspectiva sobre o que é um indivíduo. Um indivíduo será, tão-somente, definido por suas latitudes e longitudes (DELEUZE, 2002). Como será possível definir os modos existenciais por conceitos da geografia? E será por este estranho método de definições dos modos existenciais que Espinosa nos conduzirá.

Conforme vimos pela seção III.IX deste capítulo, o plano de constituição de um corpo é composto por partes moles, duras, fluidas, pequenas e grandes. Estas infinidades de partículas são moduladas pelo encontro com outros corpos. Modulação das relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes constituintes.

Por um lado, portanto, um indivíduo/corpo será definido por sua condição cinética/longitudinal. Condição de variação cinética que, por definição, emerge dos encontros entre este mesmo corpo com outros corpos. Variação das partículas que, na relação com outros corpos, modulam suas relações de velocidade/lentidão/movimento/repouso: variação de elementos não formados. As partes de um corpo se modulam/reconfiguram na relação com outros corpos. Partes metabólicas, fisiológicas, imaginárias, sensíveis se configuram sempre de outra maneira quando um dado corpo se relaciona com um corpo distinto. Um corpo se relaciona com um copo d'água de forma diferente quando este mesmo corpo se encontra com um veneno. Teremos deste jogo complexo de interferências a expressão das ***modulações dos domínios imanentes à unidade existencial: modulação existencial***. Modulações dos domínios imanentes à unidade existente singular e dinamizada em ato pelos entrelaçamentos com outros domínios.

Para pensarmos nas modulações dos domínios imanentes à unidade existencial, arriscaremos-nos a enveradar na aventura de uma certa homologia entre um ser existente e uma nota musical. Uma nota musical é um ser. A nota “lá”, por exemplo, se caracteriza singularmente por vibrar 440 vezes por segundo. As 440 vibrações correspondem à frequência que a caracteriza como nota “lá”. No entanto, a nota “lá” expressa por um piano tem a cor do seu som – sua singularidade – distinta da nota “lá” emitida por um violão. Cada corpo-instrumento vibrará harmônicos que emergirão a cor do som que o definirá como a nota “lá” de um violão e a nota “lá” de um piano. Noutras palavras, o som fundamental da nota “lá” – 440 vibrações por segundo – se espousa ao maravilhoso fenômeno acústico inteligido como os harmônicos. Os harmônicos são sons parciais que se acasalam à frequência básica da nota. Os harmônicos não são fáceis de ser identificados devido a baixa intensidade do seu som em relação à intensidade da frequência fundamental. Mas, serão os harmônicos que emergirão a singularidade timbrística do som de cada instrumento. O que proporcionará a distinção entre o timbre de uma flauta e de um piano será a intensidade variável dos harmônicos das notas fundamentais tocadas. Assim, uma mesma nota – i.e. uma mesma frequência – produzida por um piano, uma flauta, um oboé ou trompa, irá soar completamente diferente. Diferença sonora devido à combinação dos comprimentos de onda que são ressoadas pelo corpo vibrátil de cada instrumento. Cada corpo vibrátil – corpo de cada instrumento musical – expressará, por sua vez, a nota frequencial fundamental e os

harmônicos que a ela se ligam pelas ressonâncias. Ressonância que faz acasalar a nota fundamental com os harmônicos para nascer a cor do som de cada instrumento.

Temos aqui a expressão da singularidade de cada nota pelas vibrações freqüenciais e pelos harmônicos de que cada corpo-instrumento é capaz. Cada nota é singular: expressão do ser do som pelas vibrações, freqüências, harmônicos que caracterizam a sua singularidade. Por outro lado, uma nota musical sozinha não compõe uma música, assim como uma andorinha não faz sozinha um verão. Nesta instância, as possibilidades dos encontros intervalares entre-notas musicais – na relação com a variação rítmica de movimento-reposo-velocidade-lentidão e com os silêncios-pausas – produzirão infinitas composições musicais. Composições musicais compreendidas como um ser existente complexo. Ser existente musical que subsume freqüências num jogo de afetações pelas relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão entre si. Jogos sonoros onde o poder de afetar e de ser afetado de cada freqüência - e os harmônicos que a ela se esposa - entra em devir: uma vez em que as nossas ‘limitadas’ sete notas musicais se transmutam em infinitas possibilidades pela ordem dos encontros intervalares, rítmicos, dinâmicos, intensivos, expressivos. Nesta esfera, afirmaremos que o grau de potência – o poder de ser afetado – de uma nota musical se amplia quando se encontra na relação com outros corpos sonoros freqüenciais. Ser e devir das freqüências sonoras. Neste ponto, poderemos pensar numa certa homologia entre o nosso corpo vibrátil e os corpos dos instrumentos musicais: o que poderá o nosso corpo produzir, vibrando idéias, afetos e desejos na relação com outros corpos distintos do nosso? Nosso corpo - ao ser afetado por outros corpos - expressa harmônicos afetivos, ideativos, imaginários, configurando-se distintamente, dependendo de cada encontro. Nossas idéias, nossos afetos, nossas reações fisiológicas/somáticas vibram de forma singular, dependendo das percussões/afetações que recebemos de um dado corpo. A cada encontro, novas partituras existenciais são compostas. Neste domínio físico do poder de afetar e de ser afetado, inauguramos o conceito de *Transhodosfreqüência*: através da força dos encontros que se efetuam pela dinâmica do caminhar (*hodos*), as interferências entre-subjetividades (*Trans*) modulam os domínios *freqüenciais* das idéias, dos afetos e de todas as outras dimensões que integram a complexa unidade existencial, ela mesma, afetando os outros corpos a que se conecta.

Seguindo a trilha do poder de afetar e de ser afetado das freqüências sonoras, caminharemos na deslumbrante visibilidade que Espinosa nos dará sobre a condição de

modularmos a nossa existência, i. e., aumentando o nosso grau de potência, o nosso poder de ser afetado.

Assim, um animal ou um homem não será mais definido pelos gêneros e classes em que costumeiramente são classificados. **Cada ser será definido pela capacidade de afetos de que é capaz: qual será o máximo de afetos alegres ou tristes de que cada um é capaz? Qual será o limiar mínimo de afetos alegres ou tristes de que cada um é capaz? Quais são as condições/relações para que estas configurações se produzam?** Aqui nos encontramos com a possibilidade *dinâmica da existência*: condição latitudinal.

Em resumo, cada indivíduo para Espinosa é, a um só tempo, uma essência singular em ato e um grau de potência. Cada um varia, num mesmo instante, as relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes (proposição cinética/longitudinal) e, o seu poder de afetar e de ser afetado (proposição dinâmica/latitudinal). “O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades”(DELEUZE, op. cit., p. 133).

Desta forma, um ser humano desviante poderá não ser mais definido pelas classificações habituais em saúde mental: este poderá ser compreendido pelo seu poder de afetar e de ser afetado, i. e., pelos afetos de que é capaz e, por seu turno, pelas configurações das suas partes constituintes, i. e., pelas variações corporais e do mundo do seu ideado.

Apoiados por esta perspectiva, encontraremos diferenças substanciais e importantes nos modos de ser de cada um. Como, por exemplo, entre um cavalo de corrida e um cavalo de lavoura. “É porque o cavalo de corrida e o de lavoura não possuem os mesmos afetos nem o mesmo poder de ser afetado; o cavalo de lavoura tem antes mais afetos em comum com o boi”(DELEUZE, op. cit., p. 129).

Pelo que precede, tomamos de empréstimo da filosofia espinosana outros olhares. Perspectivas que nos apresentaram as noções de singularidade e grau de potência para podermos pensar a emergência da constituição do objeto de trabalho da heterogênesse. Em resumo, o poder de existir poderá ser definido, a um só tempo, pela singular configuração das interferências entre-domínios constituintes de um dado corpo e, por conseguinte, como este mesmo corpo sofre as interferências dos corpos afetantes do meio exterior.

Cumpra notar: os domínios constituintes de um dado corpo sofre as interferências, a um só tempo, das forças exteriores e, por seu turno, dos entrelaçamentos que lhes são imanentes, assim como o exemplo das notas musicais que sofrem as interferências umas das outras para constituírem um plano composicional musical pela ordem dos seus encontros.

Tomar de empréstimo as noções de singularidade e de grau de potência não é trivial para o nosso projeto. Uma vez que compreendemos que o ato de existir é complexo, inteligimos, por sua vez, que toda existência é acima de tudo POLÍTICA. A existência ética é uma existência política. Os elementos constituintes de um dado corpo – com suas partes fluidas, moles, pequenas, grandes, densas, dentre outras singularidades estruturais – mantêm entre si interferências. Interferências políticas. Para que um dado corpo possa se conservar em existência será, tão-somente, necessário que as suas partes constituintes se esforcem em concorrer na direção, de pelo menos, um desejo comum. Desejo/esforço de perseverar na existência: consistir/insistir a existir.

**Esforço** que, por definição, é qualificado por Espinosa como *conatus*. Força do *conatus* – inteligido como puro desejo de vida. Força do desejo como emergência dos enlaces e desenlaces das experiências onde seu grau de potência – seu poder de ser afetado – é preenchido sempre por informações gestadas e paridas dos encontros que escorrem no contemporâneo. Força do desejo que, a um só tempo, é modulado pelo poder de afecção de outras forças que modulam as partes que lhes são imanentes, elas mesmas, constituindo sua diferença interna. Desta política ética do poder de afetar e de ser afetado - política instituinte que movimenta o *tônus* das idéias, dos afetos, das sensações, das suas estruturas anátomo-fisiológicas, dentre outros domínios singulares –, temos a emergência de configurações das suas relações de movimento-repouso-velocidade-lentidão. Emergência em ato de uma singular existência. Existência singular nascida da complexa nervura dos encontros, subsumida pela aventura do viver. Aventura compreendida como ‘ato de existir’, como ‘presença no mundo’ (FREIRE, 2000). Ato de presença/insistência manifesta no desejante esforço de ser/estar no mundo. Existência, ela própria, mergulhada na experiência dos encontros em que é parte imanente e, com efeito, como imanente expressão da sua diferença interna germinada em ato: assim como a natureza se engendra, sempre numa nova manhã - gestada e parida de si. Natureza movida pela força do *conatus cósmico*.

Do *conatus/desejo* – enquanto expressão conceitual da subsunção das partes constituintes de um dado corpo para que persevere na existência - extraímos a noção de

**conato.** **Conato** do latim *connatu*, participio passado de *conasci* que, por definição, significa: ‘nascido-junto’.

Da força de ‘*entrelaçamento/conexão conática*’ teremos a emergência de existências complexas. A complexidade da existência é tecida pelos entrelaçamentos entre-domínios imanentes a um dado corpo – corpo biológico/corpo social/corpo psíquico/corpo emocional, dentre outros corpos em interferência. Na esteira do pensamento de Morin (2005 b, p. 13), afirmaremos que, por um lado, “[...] a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas (...)”. Por outro lado, a complexidade é a emergência da tecedura/tecido que subsume as diversas inerções dos acontecimentos, transações sociais, acasos, constituintes do mundo fenomênico. Em resumo, a um só tempo, a existência é o tecido/*complexus* - composto pelas interferências entre-domínios constituintes de um dado corpo - e, por sua vez, o corpo, ele mesmo, como constituinte do tecido/*complexus* dos planos dos acontecimentos sociais/políticos. Planos dos acontecimentos do qual é parte imanente: plano de imanência (DELEUZE & GUATTARI, 1995). Plano que “faz nascer junto” – *conato/connatu* – o tecido, ele mesmo, *complexus*. Tecido criado e criador, movido pela força do *desejo/conatus*. Tecido pai e filho de si. Força plástica que movimenta o exercício de eticização da existência.

Tomamos como um dos nossos exercícios de eticização da existência - nos processos da heterogênese - a leitura das nossas afecções (ESPINOSA, 2000). Afecções, elas mesmas, inteligidas como as emergências de idéias, imagens e das modulações do nosso estado de corpo. Numa palavra, a produção das afecções se efetua pelos encontros: emergências/efeitos do plano de interferências entre-domínios complexos. Plano de interferências que modulam os domínios constituintes de um dado corpo, ele próprio, constituinte de processos/acontecimentos. Processos em que o jogo da física dos encontros emerge os corpos como afecção/efeito e, por seu turno, faz emergir, em si, a modulação da configuração/dinâmica dos seus elementos constituintes.

**Pelo que precede, compreenderemos o objeto da heterogênese como a existência complexa e o sofrimento complexo.** A complexidade da existência é tecida pela física dos encontros, qual seja, como sofremos as ações dos acontecimentos. Numa última análise, o sofrimento complexo é a dinâmica das experiências/acontecimentos que se dão numa dimensão infinitiva. Dinâmica expressiva e atual do grau de potência: do poder de ser afetado pelas forças intempestivas do contemporâneo. Dinâmica que



atualiza no curso das experiências as modulações dos domínios imanentes a cada ser singular. Decorre daí que cada ser se atualiza pela força dos encontros, mesmo que este se encontre com a sua vida imaginária, ideativa, afetiva, mnêmica, sensitiva. Por este prisma, cada ser existente atualiza seus domínios imanentes, entrando em experiências tempestuosas ou em experiências de potência. Desta esfera, os domínios imanentes a cada ser existente são transtonalizados pela força de afecção dos corpos afetantes. Relação de forças que transtonaliza os domínios imanentes, eles mesmos, entrando em tempestades de idéias, de imagens, de sensações, de produções bioquímicas, dentre outras manifestações da existência. Por sua vez, a força dos encontros transtonalizará os domínios imanentes noutras possibilidades. Possibilidades de configurar as idéias, as sensações, os afetos, as produções bioquímicas noutras expressões. Expressões atualizadas singularmente em ato no curso do tempo a vogar. Configuração expressiva da existência que, por sua vez, poderá ser manifestada como experiências potentes: filhas da alegria!

Desta esfera, poderemos, por esta visão ética dos modos de existência, compreender a singularidade de cada gesto, de cada palavra, de cada apetite/desejo.

E, foi em meio a estas lentes, que a heterogênese se constituiu e ainda existe. Não trabalhamos com os esquadrinhamentos classificatórios. As nossas lentes não seguem o primado da nosologia/nosografia, uma vez que a heterogênese não é uma clínica, mas os clínicos poderão participar dela sem conferir a esta prática a primazia da episteme que sustenta as suas práticas. Uma vez que o objeto da heterogênese é a existência complexa e o sofrimento complexo, não temos como objeto a *doença/noso*, nem, por seu turno, a capitulação das formas existenciais singulares em classificações psicopatológicas. Sentimos que não há necessidade. Podemos compreender a experiência sensível de cada um através de outros signos. Através da leitura dos seus singulares signos escalares – referentes ao mundo dos ideados – e os seus signos vetoriais – referentes às tensões afetivas de aumento e diminuição de potência, conforme vimos pelas seções III.VII e III.IX deste capítulo. Leitura que reúne a diversidade da sua composição imanente: biológica, psíquica, emocional, ideativa, imagética, energética, dentre outras. Leitura complexa não reducionista. Leitura tecida em conjunto pelos diversos olhares, experiências e epistemes.

A partir desta visão de mundo engendrada pela ético-física espinosana, compreendemos a experiência sensível de cada usuário pelos agenciamentos a que se

conecta. Agenciamentos edificadores de configurações servis e libertárias. Configurações dos seus afetos e das suas idéias.

Segue-se destas afirmações que estaremos ao lado de uma **perspectiva etológica** da existência (DELEUZE, op. cit.). Estaremos diametralmente distantes de uma ética moral. Ética que valoriza a consciência, os valores prescritos do bem e do mal e as paixões tristes.

De forma sumária, poderíamos apontar uma crítica à tríplice determinação da ética moral. Primeiro: que a **consciência humana** sempre foi utilizada como forma de domínio das paixões e do corpo. Lógica que fazia predominar a razão sobre as paixões. Domínio das paixões pela consciência racional. Apoiados em Espinosa, não estaremos predominando nenhuma destas instâncias, uma vez que aquilo que é tristeza na mente será tristeza no corpo – proposição de um paralelismo psicofísico. Desta forma, a consciência/razão perde o seu mandato de controlar as paixões para estar ao seu lado na formação das noções comuns, como veremos na seção seguinte.

Segundo: **as categorias do bem e do mal foram edificadas arbitrariamente**. A ética moral determinou o que seria da categoria do bem e do mal. Assim, as religiões, os sistemas jurídicos e científicos agrupam sob estas categorias aquilo que é permitido e aquilo que não é. Estas prescrições foram determinadas **transcendentalmente**, i.e., foram decididas e enviadas de cima para baixo numa relação de poder com aqueles que estão com os pés na terra e com a cabeça nos céus. Espinosa (2000) apontará que a moral é um sistema de julgamento. Estaremos substituindo a oposição dos valores bem/mal para pensarmos o exercício de uma eticização da existência apoiada na diferença qualitativa dos modos singulares de vida (DELEUZE, op.cit.). Assim como a consciência apenas recolhe efeitos - desconhecendo o feixe de relações que poderá ser a sua causa adequada -, temos as pessoas que aceitam as injunções morais (religiosas, jurídicas e científicas) como inabalavelmente verdadeiras. Aceitam as leis divinas, jurídicas e científicas, mas não compreendem a sua formação. Estas aparecem à consciência como um “deve-se”, “têm-se que ser assim... fazer assado...”. Estas leis não formam conhecimento algum, mas, sim, produzem mais alienação sobre a possibilidade de constituição de outras formas de subjetividade.

Ao contrário da perspectiva moral, poderemos nos utilizar na prática heterogenética, ou mesmo na clínica, de outras lentes. Lentes que nos darão a visibilidade sobre as formas de viver apoiadas pelas avaliações dos bons e dos maus

encontros: avaliação daquilo que convém e aumenta o grau de potência e daquilo que desconvém, diminuindo as possibilidades de existência.

Terceiro e último: teremos a produção de homens culpados e ressentidos para que a ética moral possa consistir, persistir. Todas as relações de dependência acabam por serem constituídas pela configuração: dominador/dominado. Vimos no capítulo II que existe uma íntima aliança entre estes corpos. Existirá uma ética moral tirânica onde houver sempre aqueles que precisam da tristeza dos outros para se manter em algum tipo de poder, exercitando as ladainhas da verdade. Da mesma forma, existirão aqueles tristes que precisam daqueles que possuem algum tipo de poder para ali se alimentar/prover.

Desta tríplice determinação que fundamenta o funcionamento da ética moral – a consciência que controla as paixões; dos decretos livres incrustados como leis a serem cumpridas; a relação dominador/dominado – encontraremos a lógica do bem e do mal. Lógica que produz nesta relação o homem que se torna culpado e ressentido, pois o que lhe é oferecido são normas e leis já estabelecidas – metodicamente - para serem cumpridas.

Poderemos aproveitar esta crítica à produção das paixões tristes para compreendermos a teoria das afecções que foi descrita numa seção anterior. Se as paixões são efeitos de relações – modificando a relação das partes componíveis de um dado corpo, aumentando ou diminuindo a sua potência – estas mesmas paixões constituem modos de viver, modos de operar os caminhos da vida. As paixões expressam em ato a manifestação da experiência sensível de cada um. Manifestação material que indica o movimento do mundo do ideado e das afecções num determinado encontro.

Por esta perspectiva, poderemos sair da consideração dos gêneros e espécies classificatórios de um determinado ser – ser humano, ser animal, ser objeto inanimado, dentre outros seres – para nos encontrar para além de uma ética moral. De passagem, poderíamos afirmar que a lógica nosográfica/nosológica/psicopatológica está fundada na ética moral: definem aprioristicamente como devem ser os modos existenciais dentro de parâmetros que se refiram a uma média social.

Queremos aqui marcar o território – assim como também fazem outros animais que marcam os seus territórios de inúmeras maneiras – expressando nossas afecções: afetos, sensações e idéias sobre esta ética classificatória moral. Queremos apostar numa não necessidade da perspectiva classificatória no ato do funcionamento da heterogênese

e – por que não afirmar? – na vida. Poderíamos, sim, abrir o nosso poder de ser afetado – que reconfigurará modalmente nossas partes – para o encontro com o outro. Quando utilizamos o termo ‘poderíamos’ não é usual: é uma questão de potência. Aumentar o nosso poder de ser afetado para aumentar o nosso poder de existir. Estaremos, a um só tempo, funcionando ao estilo dos outros animais: aumentando e diminuindo a nossa potência de nos encontrar com as inúmeras formas de ser e, também, ao estilo dos etólogos: conhecendo as nossas composições de relações na relação com outros corpos, i.e., entre seres diferentes. Assim como as notas musicais que ganham a sua consistência na relação recíproca com outras notas, aumentando o seu poder de afetar e de ser afetado, poderemos aumentar a nossa consistência existencial na relação com heteróclitas existências: abrindo-nos à complexa aventura do existir. Complexa aventura que se tece junta: pelas composições de que somos capazes na relação com existências singulares e distintas das nossas.

Estaremos, antes de tudo, buscando compreender as relações de movimento-reposo-velocidades-lentidão das partes do ideado, dos afetos, dos fluxos orgânicos de cada ser existente, bem como o seu poder de afetar e de ser afetado. Queremos, sobretudo, compreender como e em que condições cada afecção se produz em cada um de nós. Compreender a singularidade de cada afecção: com quem, com o que, com que intensidade, com que constância, com que duração, se manifesta e se espora. Assim como um alimento se compõe com um dado corpo, produzindo um determinado efeito, poderemos, na heterogênese conhecer os modos como cada um produz as suas afecções: as suas clausuras e suas liberações.

Por este prisma, estaremos imersos em encontros onde não teremos mais sujeitos definidos nosograficamente/nosologicamente/psicopatologicamente. Estaremos ‘com’ ou ‘em meio’ às outras formas de ser distintas das nossas, uma vez que temos várias formas de ser, dependendo dos vínculos a que estamos conectados (PICHON-RIVIÈRE, 2000). Não estaremos tratando mais de seleções, de segmentações, de classificações. Estaremos, sim, mergulhados numa sinfonia de seres que se constituem a cada encontro. “Sinfonia da Natureza” constituída pela eticidade dos modos existenciais (DELEUZE, op. cit.).

No próximo capítulo – Segundo Movimento: Das Invenções Transtonais da Existência -, abordaremos sobre as modulações da existência que se dão numa constante relação com o mundo. Isto ocorrerá à medida que superarmos a crença/lei das realidades interiores e exteriores como se fossem separadas umas das outras. Assistiremos no

próximo capítulo a produção da SINFONIA DA IMANÊNCIA: sinfonia que, por definição, é um plano de composição entre seres heteróclitos que fazem parte e são a expressão de uma única e só SUBSTÂNCIA = DEUS (ESPINOSA, 2000).

### **III.XI – PARA UM CONHECIMENTO ÉTICO DAS AFECÇÕES:**

#### **Da cartografia afetiva ao segundo gênero do conhecimento.**

Seguindo a perspectiva etológica delineada na seção anterior, apostamos no estudo das relações de velocidade e de lentidão (aspecto cinético) e, por seu turno, no estudo dos poderes de afetar e de ser afetado (aspecto dinâmico) de cada modo existente. Noutras palavras, vertemos o alcance do nosso olhar às modulações de que cada modo existente é capaz. Modulações de afetos, de idéias, de imagens, de desejos, de estados de corpo, eles mesmos, por sua vez, acompanhados pelas modulações bioquímicas entrelaçadas em todos estes processos.

Estudaremos, a partir de exemplos, como se dá a prática da leitura das afecções dos usuários: as suas composições de relações ou de poderes com outros corpos, nos seus mais variados encontros/conexões. Veremos como os usuários compõem os seus encontros: modulando a relação das suas partes – velocidade e lentidão dos metabolismos, percepções, ações e reações – e, com efeito, aumentando ou diminuindo o seu poder de afetar e de ser afetado. Numa palavra, quais são os efeitos que se produzem em suas existências nas relações recíprocas com outras.

Conhecer os efeitos/subjetividade – modos de sentir, pensar e agir – decorrentes dos seus encontros nos encaminhará mais para dentro do nosso movimento ético-transvalorativo de superação da lógica transcendental-moral.

E foi Espinosa, mais uma vez, quem indicou um caminho a ser trilhado e conhecido pela constituição prática da leitura das afecções a que cada corpo é capaz. Fui profundamente tocado por estas palavras: “De momento, quero voltar àqueles que preferem detestar ou ridicularizar as afecções e as ações dos homens a conhecê-las” (op. cit. p. 275). O efeito que se produziu em meu corpo foi, a um só tempo, espanto – afeto nascido da seguinte idéia: para conhecermos as afecções/poderes de um usuário, precisaremos colocá-lo em contato com outras formas de subjetividade. Encontros que possibilitarão a emergência de inúmeras afecções que ocorrem nas suas experiências cotidianas. Senti temor: este afeto nasceu das idéias e imagens que me atravessaram quando imaginei o encontro constituído por usuários mais irritadiços e com pouca

tolerância às diferenças com outros mais ‘adaptados’. Imaginei quais seriam os efeitos/subjetividades derivados desta relação. A sensação de dúvida logo se esposou ao temor. Com efeito, nasceu também o afeto de expansão, advindo da idéia e das imagens da riqueza de materiais que se produziriam nos encontros. Materiais que emergiriam em ato no encontro com os temas que se desdobrariam em meio às experiências completamente singulares. Muitos outros afetos nasceram com as idéias e imagens que me atravessaram logo no início da constituição da heterogênese. Mas, no entanto, a inspiração espinosana era mais forte. Percebi que os meus estratos/costumes/hábitos teóricos/práticos favoreciam a produção destes e outros afetos. Precisei fazer uma cartografia das minhas afecções produzidas pelo encontro com as idéias espinosanas. Por seu turno, também percebi que só pela experiência é que saberíamos as reais possibilidades desta proposta. A leitura das minhas afecções foi fundamental para não iniciar á deriva o processo da heterogênese. Ao menos precisava estar em contato com os efeitos que esta proposta em mim se produzia.

Ao longo dos meus estudos sobre Espinosa outras enunciações me instigaram:

**Visto que não existe nada de que se não siga algum efeito e que tudo o que se segue de uma idéia, que é em nós adequada, o compreendemos clara e distintamente, resulta daqui que cada um tem o poder de se compreender a si e às suas afecções clara e distintamente, se não em absoluto, pelo menos em parte e, por conseguinte, de fazer de maneira que sofra menos por parte delas. Portanto, devemos sobretudo trabalhar para conhecermos clara e distintamente, quanto possível, cada afecção de maneira que a alma seja determinada pela afecção a pensar nas coisas que ela percebe clara e distintamente, e nas quais encontra pleno contentamento; e, por conseguinte, a separar a afecção do pensamento da causa externa e a associá-la a pensamentos verdadeiros (ESPINOSA, op. cit., p. 411)**

Durante os encontros da heterogênese, percebemos que muitas pessoas tinham dificuldades de explicar o que sentiam a respeito daquilo que passaram/passavam. Impulsionado pelas enunciações espinosanas anteriores, tive a intuição de produzir uma lista de afetos: lista/ferramenta que nos auxiliaria na cartografia das nossas afecções.

E, foi assim, em meio às composições musicais – que subsumiam as idéias de cada um sobre um tema que nos serviu como matriz grupal – que confeccionamos a nossa carta de intensidades afetivas alegres e tristes. A cada encontro com cada grupo,

colhíamos os inúmeros afetos que daí nasciam. Atualmente, a nossa lista possui a magnitude de aproximadamente 600 afecções alegres e tristes.

Esta confecção da lista é um dos efeitos/afecções dos nossos encontros. Ela só se encarnou numa ferramenta possível, através da produção em ato, nascida das afecções de cada um na relação com outros. Poderíamos afirmar que esta lista complexa só se produziu como efeito do contágio entre as inúmeras formas de subjetividade que se colocaram em ‘combate/debate’, i. e., numa relação de forças para a emergência de cada afecção produzida e anunciada. Lista afetiva tecida em conjunto para o seu nascimento.

A lista, de um lado, possui organizadas as séries de afecções alegres e, de outro lado, as séries de afecções tristes. Cabe ressaltar que todas as **variações intensivas** – expansão, contração, aberto, fechado, brilhante etc. – **as sensações** – pulsação, frio, tremor, gelado, dormente, duro, mole etc. – **os sentimentos** – agonia, desamparado, paz, ousadia etc. - estarão cada um sendo derivados e referidos aos afetos de alegria ou de tristeza. Existem estranhos afetos na lista da alegria: como o de uma crueldade alegre – nascida da imagem de sofrimento da pessoa que alguém detesta. Poderemos definir estes tipos existenciais como aqueles que se alegram com a tristeza dos outros.

A cada encontro, é possível acrescentar novas afecções que emergem das nossas assembléias cartográficas. Assembléias que possibilitam, por um lado, a leitura das afecções singulares das experiências de cada um nas suas relações cotidianas. Por outro lado, compreendê-las como efeitos destas relações que, por sua vez, produzem efeitos/subjetividade em outros usuários que, de alguma forma, também são contagiados/afetados por elas: **tecedura de um plano afetivo imanente**. Aqui estamos de novo, utilizando-nos da perspectiva etológica para a compreensão da produção das afecções: estas são efeitos que produzem efeitos *ad-infinitum* num plano de composições, assim como uma abelha que pousa numa flor, recolhendo o néctar e também o pólen para contagiar de fertilidade outras flores. Abelha que se afeta pelo néctar que afeta outras flores: efeitos que produzem efeitos/subjetividade = novas emergências = produção/invenção contínua de vida.

Estamos num plano de emergências, no plano da natureza, ou nos termos de Deleuze & Guattari (1996) num plano de imanência. Plano de composição entre infinitos modos distintos, mas, que por definição, se conjugam para a produção de efeitos/individuações. Efeitos sempre provisórios e transitórios. É o que veremos pelo próximo capítulo quando trataremos do nosso movimento estético na heterogênese.

Cabe ressaltar: a composição da lista cartográfica se deu em meio à cartografia dos efeitos que foram produzidos em meio aos debates, experiências musicais e corporais. *Método cartográfico hodometoódico* onde o caminhar vem primeiro e as direções e metas vão se configurando e reconfigurando mediante as circunstâncias do instante: hodos/caminhar, vindo primeiro, e a meta/direção, efetuando-se em meio ao caminhar. Estranho método como aquele que era efetuado pelos viajantes dos mares que tinham como signos os rochedos, as estrelas, as variações dos ventos, as modulações dos mares: “O cartógrafo é aquele que quer envolver-se com o traçar, quer navegar no movimento, quer misturar-se com os acontecimentos, quer compor territórios que não sejam fixos por muito tempo, já que o movimento não cessa” (BENEVIDES & VITAL BRASIL, mimeo, p. 228).

O prisma delineado pelas autoras nos indica que **o grande desafio será o de potencializar cada usuário ao devir cartógrafo**. Aventura do devir que nos indica uma direção a ser percorrida e vivenciada: sair das interpretações e aprender a traçar o seu próprio sentido em meio aos encontros em que cada um é parte imanente. Sentidos que darão a visibilidade sobre aquilo que também se mantinha no mundo das paixões. Novos sentidos sobre os efeitos que fazem parte da sua existência. Sentidos provisórios e precários: uma vez que um mesmo tema cartografado, num segundo momento, se transforma num novo acontecimento. Novas intensidades, novos afetos, novas idéias se encadeiam para a tecedura de novos sentidos, uma vez que cada um estará também mergulhado em outras experimentações pela vida.

Experimentações que não possuem mais as certezas de princípios ou das verdades do ‘ouvir dizer’. Experimentações que ajudam a desmanchar as ‘verdades’, os ‘lugares’, as ‘direções’ que antes se acreditavam sempre fixas ou únicas. Da produção contínua de novos sentidos teremos, por sua vez, a possibilidade do traçado de novas direções e novos remanejamentos nos modos de sentir, de pensar e de agir. Vale dizer que, em muitas ocasiões, nos sentiremos todos à deriva, como já me senti inúmeras vezes. Consoante Benevides e Vital Brasil (mimeo), o momento da deriva - feito a deriva um barco no oceano - é um momento de escutar o silêncio dos mares. Poderíamos afirmar: seria um momento de escutar o movimento dos mares que se remexe em cada um de nós. Encontro com as nossas paixões. Encontro com as turbulências da complexa aventura que é a existência. Complexa aventura que subsume as nossas tempestades e os bons tempos de alegrias primaveris.



As nossas cartografias afetivas geralmente ocorrem pelo desejo comum dos grupos em trabalhar sobre as leituras das suas afecções. Cumpre assinalar que, no interior do nosso método cartográfico, valorizamos a prática construtivista de uma aprendizagem que se dá pela ordem do encontro coletivo. Aqui nos encontramos com a noção de construtivismo radical cara a Watzlawick (apud PASSOS & BENEVIDES, 2000). Construtivismo de conhecimentos onde, a um só tempo, o sujeito, bem como o sistema teórico/conceitual/prático que este mesmo sujeito se identifica, também se modifica. Daí, os conhecimentos advindos da heterogênesse são efeitos emergentes de um plano que, por definição, é constituído de materiais heteróclitos, de distintos gêneros e espécies. Os conhecimentos que são produzidos são as próprias afecções de que somos capazes de emergir pela via dos contágios operados dos/nos encontros. Segue-se destas afirmações que não teremos, à luz deste construtivismo radical, nenhuma garantia ou certezas últimas que nos sustentem um território seguro através da produção destes conhecimentos em puro estado de heterogênesse, i. e., em estado de constante análise das nossas composições. Análise que coloca em experiência de crise as nossas instituições, i.e., aquilo que se mantém instituído em cada um de nós (LOURAU, 2004).

Neste domínio, as cartografias se dão, de direito, na experiência do contemporâneo. Experiência desestabilizadora “[...] que nos convoca a nos deslocar de onde estamos, a pôr em questão o que somos e a nos livrar das cadeias causais que nos tornam figuras de história” (PASSOS & BENEVIDES, 2001, p. 90). Conhecimentos dos nossos poderes/condições a cada encontro: efeitos das nossas relações, ao mesmo tempo abalando os eixos dos valores e crenças aos quais estamos habituados costumeiramente pela força da repetição e sobre os lugares em que insistimos em permanecer, nós mesmos, instituídos. Por seu turno, a experiência do contemporâneo - sendo interferida pelas cartografias afetivas - nos põe na posição crítica a respeito daquilo que está instituído em nossa forma de viver e, com efeito, nos convida ao mergulho da experiência de crise. Experiência que produz abalos sísmicos sobre os estratos/endurecimentos históricos que insistem em ser ativados. Cristalizações/litificações que paralisam outras possibilidades nos nossos modos de sentir/pensar/agir. Experiência ‘tsunâmica’ que, por definição, emerge dos abalos que fazem sofrer nossas instituições, verdades, conceitos e preconceitos. Poder de afecção da força do contemporâneo que convida o corpo coletivo a entrar numa zona de interferências afetivas, ideativas e imagéticas. Força que nos convida a pôr na luminosidade do instante aquilo que é parte da nossa história/memória/ego/ser com

aquilo que é fluído e instituinte – como energia livre – em cada um de nós. Núpcias entre o ser e o devir. Subsunção da experiência histórica e do desejo que se interferem pelo entrelaçamento das suas potências singulares: para a invenção de novos mundos possíveis. Mundos possíveis edificados pelos entrelaçamentos entre-subjetividades no decurso infinitivo do tempo intempestivo.

Decorre daí a dinâmica das nossas assembléias cartográficas. Começamos distribuindo as listas de afetos para cada integrante do grupo. É sugerido que façam uma leitura de uma situação que esteja precisando ser cartografada. Quais são os afetos que nascem de uma situação que tenha afetado aqui e agora, nos nossos encontros ou em outras situações?! Como eles nascem? Estes afetos se ligam a que imagens e idéias?

Desejamos através das paixões do corpo pensar/sentir as nossas combinações com o feixe de relações a que nos conectamos. Entramos na esfera do conhecimento pelos encadeamentos pelas causas. Conhecimento sempre provisório e dinâmico, uma vez que a força do contemporâneo nos convida a entrar em novas experiências que abalam as ‘seguras’ certezas que possuímos instituídas em nós.

Existem situações muito interessantes. Tomemos como exemplo aquela senhora que é analfabeta e tem problemas de fala devido a uma meningite contraída na infância: ela fica atenta à ajuda do seu marido que sabe ler. No capítulo V - movimento político - explicitaremos com maiores detalhes a constituição dos grupos. É comum o comparecimento de familiares – sejam estes irmãos/irmãs; maridos ou esposas, filhos maiores de idade, amigos/amigas nos nossos encontros, com o consentimento de todo grupo.

Retornando àquela senhora, a sua atenção está na voz do seu marido que lê cada um dos afetos listados. Num dado, momento ela diz: “isso... eu estou sentindo isso... e daí ela pede ao seu marido para que ele liste a sua série de afecções sobre o tema familiar que está passando. “Abafada: porque eu não consigo falar o que sinto para o meu irmão que é alcoólatra e que incomoda a minha mãe todos os dias... Abalada: porque meu corpo treme quando vejo que ele já começou a perturbar minha mãe... Alerta: porque eu tenho que ficar sempre esperando que ele vai incomodar de novo... Aprisionada: porque isso que acontece na minha família me prende... fico sem saber como sair disso... isso se repete todos os dias... Explosão: sinto meu corpo querer explodir, mas tenho medo e não sei o que pode acontecer se eu gritar com ele...”.

Muitas outras pessoas do grupo entraram em ressonância com os afetos desta senhora: algo em comum os ligou/aproximou. O tema se transversalizou, saindo da

experiência vertical das afecções daquela senhora, misturando-se às outras afecções cartografadas pelos outros. Uma jovem senhora que sofre de asma afirmará: “a fala dela me tocou muito... eu passo estes mesmos sentimentos lá em casa com os meus familiares... tenho vontade de explodir com vários familiares meus... eles ficam jogando pra cima de mim toda a responsabilidade de cuidar da nossa mãe... Sabe... eu trabalhava em Niterói e tive desilusões no amor... peguei meu marido com um travesti na cama... também trabalhava como costureira numa empresa, mas isso prejudicava a minha asma... eu já fui internada indo pro CTI tantas vezes que eu já perdi as contas... depois disso tudo vim pra Macaé para cuidar da minha mãe... e fiquei cuidando dela, mas meus familiares se encostaram e não me ajudam com ela... deixam tudo pra cima de mim... depois que eu comecei a entender que eu estava caindo em armadilhas... eu me aborrecia com as coisas que eles faziam e vi que isso me dava asma... Eu mesma me afogava! Eu me afogava deixando que os outros me enfiassem pra dentro de coisas que não são minhas...”.

E daí outro usuário – um homem com seus trinta e cinco anos classificado como F 20 por seu psiquiatra - nos fala sobre a sua agressividade dentro de casa com os familiares. “Ao contrário do que acontece com vocês, eu vi aqui na lista dos sentimentos os afetos de dominação, fracassado, insatisfeito, impaciente... eu vi que eu achava que todo mundo tinha que ser do jeito que eu achava... eu quebrava tudo dentro de casa... geladeira, móveis... eu ficava impaciente quando falava uma coisa e os outros lá em casa faziam de outro jeito... eu não sabia direito o que acontecia comigo e agia com agressividade... teve uma situação que foi diferente, depois que eu entrei aqui no grupo... a gente começa a entender melhor as coisas que vêm de dentro da gente e sobem pra cabeça e a gente não consegue pensar direito... Meu pai não deu dinheiro para uma irmã minha comprar remédio, porque ela estava doente... aí depois eu vi o meu pai emprestando dinheiro para um vizinho para ele comprar uma passagem de ônibus... Eu vi a situação e explodi com ele... eu falei o que eu estava sentindo... mas, se fosse antes, eu teria quebrado uma porção de coisas dentro de casa... eu não queria saber do prejuízo... eu queria me livrar da raiva que me dava... agora eu consigo botar em palavras o que eu estou sentindo e falar pros outros...”. Assistimos, nesta esfera, às núpcias entre a razão e as paixões, ou nos termos deleuzianos: a emergência de uma razão emocional (2002).

O efeito da expressão destas afecções no grupo se ampliou de tal modo que produzimos uma experimentação corporal que materializasse em ato os muitos afetos

que ali se expressavam. Por um lado, afetos de inconveniência/envenenamento/decomponibilidade nascidos dos encontros com outras pessoas. Por outro lado, afetos de novas possibilidades nascidos da prática da leitura das afecções. Problematizamos sobre como se produziram estas afecções. Com que frequência estas afecções retornavam e ainda retornam. Como conseguem lidar com elas. Daí pensamos numa experimentação que expressasse pela via do corpo os temas ali compartilhados. Havia aproximadamente 20 pessoas neste dia. Propus um círculo com espaço entre uma e outra. Os afetos que me atravessavam naquele momento – efeitos da relação com as muitas afecções dos usuários – eram os de opressão, pressão, aprisionamento, explosão, prisão, estar acorrentado... Meu corpo indicava a necessidade de se expressar sem palavras aquilo tudo de várias maneiras... Sugerir ao grupo que todos buscassem inspirar e recolher as suas mãos na direção do tórax. Quando estivesse neste ponto, buscassem prender o ar o quanto pudessem... Cabe ressaltar que esta prática de retenção respiratória já era usual nos nossos trabalhos de meditação/kumbaka. Na expiração, cada um, ao seu modo, iria ampliar os movimentos dos braços, soltando um som que nascesse a cada momento. Todos inicialmente de olhos fechados... E fomos ali, brincando de conter e expandir a energia. Sons, risos, lágrimas, gritos, gestos dos mais variados se expressavam... eu andava em meio às experiências, tocando o violão, marcando o território harmônico, para que as multiplicidades de expressões ganhassem uma unidade de consistência sonora... Polifonia sonora... arquitetura de movimentos que se expressavam em dinâmicas variações nas suas relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão. Os corpos presentes formam uma individuação – composta por inúmeros seres de natureza híbrida – constituindo um e só indivíduo (ESPINOSA, 2000). Começaram a formar um bloco sonoro e gestual unívoco, através de sons e movimentos completamente disparatados e distintos, expressando-se numa única direção, num mesmo sentido. Todos se esforçam juntos a concorrer numa mesma ação, na direção do que está lhes sendo útil.

Num outro momento, um deu a mão ao outro para expressarem juntos... e daí uma corrente se compôs... Um bloco sonoro começou a se constituir pela via do contágio. Contágio entre-sons, contágio entre-afetos, contágio que alimenta a força impessoal, pré-pessoal que nos convida a viver a complexa aventura das misturas com outras subjetividades, nos descolando/deslocando dos nossos processos histórico/egóicos cristalizados, eles mesmos, manicomializadores da nossa existência.

Desta dinâmica de vetorização de outras formas de subjetividade nos nossos modos de sentir segue-se a produção de outros movimentos que ampliaram nossas formas de agir o encontro. Os movimentos modularam para a composição da expressão dos sons em uníssono. Experimentação tribal que modula o instante: inclinamo-nos na direção da expressão coletiva dos nossos aprisionamentos e nossas liberações. Já não éramos mais ali sujeitos subjetivados, cada um na sua história e na sua memória. Expressamos, por nossas vozes e movimentos, outras vozes: vozes impessoais coletivas oprimidas, atravessando aquele instante... nossos corpos agenciando as vozes amordaçadas não mais dos sujeitos históricos de cada um que ali estava presente. Produzimos - pelo contágio dos corpos sonoros e dos corpos movimentos - a expressão dos povos, das comunidades, das populações, daquelas etnias que estão presentes em nossas vozes e em nossos afetos. Expressão libertária da espécie humana. Somos ali puro agenciamento coletivo de enunciação (DELEUZE & GUATTARI, 1996). Através de nós uma complexa tecedura de afetos coletivos germinou em vida.

Após a experimentação corpóreo/sonora, sentamo-nos e sentimos as nossas variações intensivas. Solicitei que cada um pudesse entrar em contato com o que se passava em seu corpo/mente naquele instante. Cada um expressou numa curta frase: “poder me soltar assim é me sentir protegido por vocês...”; “nunca senti a minha voz ficar tão forte e brilhante...”; “foi bom brincar com o corpo... depois de falar sobre tudo aquilo tão dolorido...”; “eu me sinto aconchegada... eu me sinto forte, fazendo isto junto com vocês... eu sozinha não ia conseguir...”; “eu também tive coragem pra fazer isto... eu acho que também posso ter coragem para falar o que sinto praqueles que me apurrinham tanto...”; “meu peito estava doendo, quando eu cheguei aqui... eu estava com aquela sensação de asma... agora meu peito está aberto... eu sinto que este é o caminho...”; “eu acho que as minhas explosões acabam virando outra coisa depois que a gente faz estes trabalhos com o corpo... acho que a explosão se transforma numa calma que faz a gente pensar melhor...”.

Estas e outras expressões fecharam o nosso encontro deste dia. Teci alguns comentários a respeito da produção das afecções em cada um de nós, assim como a natureza produz as suas. Fui atravessado pela parte que Espinosa afirma:

**[...], no deduzir do estudo da natureza humana e, para contribuir para as investigações matemáticas, tive todo o cuidado em não ridicularizar as ações dos homens, não as lamentar, não as**

**detestar, mas adquirir delas verdadeiro conhecimento. Considerarei também as emoções humanas, tais como o amor, o ódio, a cólera, a inveja, a soberba, a piedade e outras inclinações da alma, não como vícios mas como propriedades da natureza humana: maneiras de ser que lhe pertencem como o calor e o frio, a tempestade, a trovoada e todos os meteoros pertencentes à natureza atmosférica. Seja qual for a perturbação que possam ter para nós estas intempéries, elas são necessárias, pois têm causas determinadas de que nos preocupamos em conhecer a natureza, e quando a alma possui o verdadeiro conhecimento destas coisas, usufrui dele tal como do conhecimento do que dá prazer aos nossos sentidos (op. cit., p. 440).**

Ao final desta exposição espinosana sobre a homologia entre as afecções humanas e as da natureza, aponte sobre as catástrofes que estão ocorrendo no planeta. Estas são as afecções de causas determinadas: superaquecimento global, dentre outras condições.

Vale demarcar algumas considerações sobre a dinâmica desta perspectiva ética. Considerando que dois ou mais seres distinguem-se entre si pela diversidade das afecções que cada um pode/produz/é capaz, poderemos compreender que, nesta mesma diversidade de afecções, encontraremos pontos comuns.

No entanto, vimos por inúmeros exemplos que os usuários são dominados pelas afecções que são paixões nas relações com aquelas pessoas que não convêm com a natureza de cada um. Espinosa nos enunciará a este respeito pela proposição XXXIV do livro IV da Ética: “na medida em que os homens são dominados pelas afecções, que são paixões, podem ser contrários uns aos outros”. Decorre daí, por conseguinte, que existirão tantas espécies de afecções quantas são as espécies de objetos pelos quais somos afetados. Desta esfera, não poderemos explicar a natureza das nossas afecções isoladamente: precisaremos compreendê-las complicadas num feixe de relações. Nossas afecções serão definidas pela potência, pela natureza das causas externas em comparação com a nossa.

Aqueles que continuam dominados pelas paixões terão, por seu turno, também um maior número de idéias confusas e mutiladas: idéias inadequadas. No entanto, aquele que conseguir conhecer e explicar as suas afecções - nascidas do encontro com outros corpos - estará saindo do primeiro gênero do conhecimento para o ingresso no segundo gênero do conhecimento: sair das paixões para a formação das noções comuns. Nesta esfera, “a natureza de cada paixão deve necessariamente ser explicada de maneira

que exprima a natureza do objeto pelo qual somos afetados” (ESPINOSA, op. cit., p. 319). Mesmo as alegrias precisarão ser explicadas, uma vez que uma determinada forma de alegria deriva de um tipo de relação distinta das alegrias que nascem do encontro com outra relação. As tipologias de afecções alegres e tristes são distintas por natureza: nascem de causas de natureza diversa.

Decorre desta afirmação que a lista da cartografia afetiva vem servir como uma ferramenta conceitual das variações intensivas/afetivas que transitam em nossa existência, efetuada pela modulação dos nossos encontros. As variações intensivas/afetivas poderão ser produzidas, mesmo que sejam pelas lembranças – que envolve as imagens/marcas/vestígios dos corpos exteriores em nossa memória -, de sorte que estas invadem o instante atual, modulando a existência num estado de cristalização/reactividade, como veremos no capítulo IV.

Vimos, pelos inúmeros exemplos, a existência de pontos comuns entre as experiências entre-subjetividades que são distintas. Encontrar algum ponto comum da nossa natureza na relação com a experiência sensível de outra pessoa produzirá em ambos a idéia/afeto de conveniência/ressonância. Conveniência entre experiências sensíveis. Desta conveniência emergirá em maior ou menor grau, um aumento de potência, na proporção que deste esposar nasce algum tipo de alegria. Segue-se desta afirmação que os exemplos citados nos dão a visibilidade necessária para a compreensão da formação das noções comuns. A experiência triste de um poderá ser ‘sentida’ pelo outro. Este último se verá nas imagens e nas intensidades expressas pelo primeiro. Esta experiência de ser ‘espectador de si’ modula tanto as idéias quanto os afetos do último para a produção de relações comuns.

Pelo que foi apontado, poderemos afirmar que a produção das noções comuns poderá, por um lado, ser construída desta maneira. Percebemos, mesmo através de afetos tristes, aquilo que há em comum com a experiência de outra pessoa. Deleuze (2002) afirmará que a arte das noções comuns poderá ser produzida mesmo no caso das inconveniências entre os corpos. Poderemos nos tornar aptos a encontrar nas relações mais distintas o que há de comum entre o nosso corpo e o corpo do outro. Numa palavra, encontrar a ordem de composição das nossas relações torna-se uma direção: para organizar os bons encontros, compor relações mais potentes, não se deixar capitular às forças que tentam nos dominar, experimentar os encontros aumentando o nosso poder de afetar e de ser afetado: aumentando a nossa realidade, os nossos poderes, os nossos mundos.

A lista cartográfica dos afetos vem ser um intercessor nesta prática de eticização da existência, tornando-se um instrumento/ferramenta – feito um instrumento musical com características singulares para a execução de determinados timbres. Assim como os instrumentos musicais, a lista cartográfica vem dar voz e passagem aos encadeamentos de séries das afecções de cada um. Afecções que, por definição, ficam subordinadas à ordem das paixões, à proporção que dominam a existência. Encontrar os afetos que nascem das relações, nomeando-os, descrevendo-os, explicando a natureza de como emergem, suas recorrências, insistências, na relação com quem nascem, o que convém, o que desconvém, produz a sensação de uma ordenação sempre provisória de sentido.

Ordenação provisória na medida que as experiências sensíveis do contemporâneo nos afetam, desestabilizando aquilo que temos como conhecimento e verdade. Decorre desta perspectiva a não garantia de produção de verdades ou de certezas pelo exercício cartográfico. Assim ocorre com o concertista, por mais que tenha treinado, não há garantias de uma excelente execução num futuro próximo. Os deslizos, as linhas erráticas poderão comparecer sorrateiramente, assim como nascem as paixões pelos encontros fortuitos entre o nosso corpo e os corpos exteriores.

Estaremos a conhecer os feixes de relações que engendram as nossas paixões: explicando as nossas conveniências e inconveniências, o que aproxima e o que distancia, o que alimenta e o que envenena. Conhecimentos transitivos como o curso transitório e precário da existência. A proposta será aprender a respeito das suas afecções para, num outro momento, poder dar-lhes outro sentido. Isto na medida que poderá ter modificado o seu poder de ser afetado e as relações das suas partes constituintes na relação com as forças exteriores.

Conhecer será, doravante, conhecer as nossas afecções/paixões, conhecendo o feixe de relações que a nós se esposou para a sua produção: conhecer pelas causas, conhecer a ordem de composição e decomposição das relações. Conhecer será, por definição, conhecer pela composição das coisas. Conhecer como as partes de uma dada relação se entrelaça. Conhecer como cada afeto se relaciona com as imagens e idéias, i. e., como se combinam para produzir um determinado efeito. O conhecimento será sempre efeito: conhecendo a ordem do feixe de relações que determinam um dado efeito, será conhecer pelas causas. Conhecer como cada relação se constitui por suas ordens de composição e decomposição das suas partes.

As noções comuns se referem a um modo de compreensão físico-química ou biológica (DELEUZE, op. cit.). H<sup>2</sup>O: duas moléculas de hidrogênio e uma de oxigênio.



Expressão de uma combinatória: para termos como efeito gotas de água. Gotas que expressam um efeito de relação/composição, assim como expressamos em nossos corpos idéias e afetos tristes e alegres. Efeitos advindos de sorrisos e olhares, de beijos e abraços, de palavras ríspidas e corpos retraídos, de silêncios e distanciamentos, de brincadeiras de criança que os adultos tomam emprestado, de relações de forças. Afecções/efeitos advindos dos nossos encontros. Expressamos em ato – assim como a natureza – os efeitos dos encontros. Efeitos compreendidos como individualizações precárias e transitórias, assim como o plano da natureza: natureza enquanto um só indivíduo que modula as suas partes. Modulação das relações de movimento-repouso-velocidade e lentidão dos seus elementos constituintes em relações de forças. Relação de forças que aumenta e diminui os gradientes do poder de afetar e de ser afetado destes elementos. Elementos/unidades que reconfiguram e configuram, mediante as suas relações, novas composições neste plano. Necessário, portanto, será conhecer as relações que compõem estas unidades produtoras de efeitos/subjetividade. Efeitos/subjetividade do diverso da natureza às emergências da natureza da alteridade.

Bem-vindo ao segundo gênero do conhecimento espinosano.

### **III.XII – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:**

Considerando que as ações e serviços públicos de saúde deveriam seguir os princípios do SUS, destacaremos, numa primeira análise, um destes princípios para colocá-lo no interior do movimento transvalorativo-transtonal-instituinte da heterogênesse. O princípio IV versará sobre a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Poderemos problematizar este princípio, na medida em que as relações nos ambulatórios de saúde mental se dão de forma segmentada. Segmentações que produzem as binaridades: psicóticos de um lado x neuróticos de outro lado, dentre outras situações já expostas no capítulo II.

Poderemos, ainda, indagar se acaso a garantia de igualdade na assistência está ligada à noção de igualdade ligada aos direitos humanos! Como se dá esta interface entre o princípio dos direitos humanos e o princípio IV do SUS, que deve ser utilizado pela Saúde Mental?!

Guardando as devidas proporções sobre este tema tão vasto, poderemos nos inspirar nas palavras de Benevides (2002, p. 173) para preparar o nosso terreno de discussão:

**[...] devemos lembrar o papel do Estado representativo moderno em sua atribuição de administrador dos deveres e direitos dos cidadãos. A noção de cidadania então construída vem no bojo de uma proposta política liberal que se firma na crença de uma igualdade de chances individuais de ascensão social.**

O Estado esposou, ao lado do princípio de igualdade outro princípio: o de liberdade. Cabe ressaltar a respeito do modelo organizacional do Estado que binarizou e dividiu os direitos individuais e o direito de todos: chamando os direitos individuais de “direito privado” e os direitos coletivos como “direito público” (SOUZA FILHO, apud BENEVIDES, op. cit.). Como poderemos pensar - à luz do que foi enunciado - a produção das éticas que comparecem nos ambulatórios? Até que ponto existe uma ética do individualismo – filiadas às terapias individualizantes ou egológicas –, podendo estar apoiada – nem que seja de modo inconsciente – neste modelo dos direitos privados?!

Deste domínio, poderemos afirmar que o Estado – com os seus discursos de liberdade e igualdade - produziu o cultivo do individualismo, ao contrário da potencialização de outros modos de hibridação coletiva. Individualizar, privatizar são práticas que afetam os modos de existência e, por sua vez, a clínica – na medida que esta também é operada/maquinada por seres humanos que delas se ‘alimentam’.

No entanto, o usufruto dos direitos à igualdade e à liberdade será conferido a uns e não a outros. Decorre deste tema a dificuldade de inúmeros integrantes do grupo de heterogênese encontrarem espaço no mercado de trabalho formal. As queixas são inúmeras: vir ao ambulatório é ser tachado de maluco. Com efeito, acreditam que fica marcado em seus rostos o estigma da doença mental que, por sua vez, dificulta ser aceito num trabalho. Muitos recebem o benefício do INSS: reclamam que é pouco e precisam complementar com “bicos” para fortalecer seus rendimentos, afirmam que o próprio ambulatório poderia ter oficinas que estimulasse a geração de renda, acreditam que as práticas do ambulatório ainda ficam muito restritas aos atendimentos psiquiátricos e psicológicos. Muitos ficam preocupados com a perda do benefício do INSS e com as dificuldades em conseguir trabalho.

Outro tema que circula nos nossos debates heterogênicos se relaciona aos discursos do Estado: este se diz assegurar direitos igualitários para todos. Mas não é isso o que vem ocorrendo para aqueles que precisam de exames, remédios, consultas. O Estado vem produzindo seus enunciados de esperança de uma vida sempre melhor para

todos: prática ladainésica da esperança. Prática que captura o plano social com os ideários de uma vida melhor. Assim como existe o mito da Terra Prometida, vemos o Estado proliferar a lógica da Vida Prometida. Vida movida pelos ideários prometidos pelo Estado – ou qualquer outra forma de organização que enfraquece o desejo individual e coletivo: enfraquecimento da força de contestação e de mudança.

Por conseguinte, se o Estado produz enunciados e direitos igualitários para todos, como assegurar estes direitos, na medida que o próprio Estado não é capaz de gestá-los e produzi-los?! Talvez isso ocorra com a produção de redes que aumentem as condições de sobrevivência e de criação de novas possibilidades existenciais (BENEVIDES, op. cit.). Redes que expressem outra ética. Uma ética que se desvie do individualismo, da privatização das experiências, mas que, sobretudo, garanta a expressão do singular no coletivo. E ainda: que possamos reconhecer nas singularidades a marca/expressão do plano coletivo. Prática de uma ética que assegure direitos: plano que poderá estar sendo tecido nos ambulatórios e na saúde mental como um todo, nos seus agenciamentos pela cidade. Prática vertida à produção social de trocas de subjetividade, como veremos pelo capítulo V.

E é Benevides que vem nos alertar sobre o uso do termo ‘saúde mental’. Este termo recebeu o estatuto, ao longo da história, de promoção de saúde. Perspectiva que está reciprocamente associada à noção de prevenção da doença mental. No entanto, para que previnamos, será, tão-somente, necessário que tenhamos aprioristicamente uma definição sobre o que é normal ou anormal, o que é doente ou o são! Assistimos, ainda, na contemporaneidade, à disseminação destas perspectivas.

Assistimos à reinscrição/reprodução de um modelo ético normatizador: modelo balizado por práticas, discursos e saberes que funcionam em meio às relações na assistência. Nesta esfera, a própria noção ‘saúde mental’ poderá ser indagada: quais são os parâmetros que quantificam ou mensuram as reais condições de saúde ou doença mental?

Os parâmetros que mensuram e quantificam um maior ou menor grau de saúde mental - DSM IV; CID – pressupõem uma lista de critérios a serem atendidos para, por um lado, dar visibilidade aos graus daquilo que será, doravante, considerado patológico e, por outro lado, a não inclusão nestes parâmetros, como não patológico.

Os profissionais que estão condicionados a esta ética – classificando e norteando seus encontros pelas lentes da razão nosográfica – são adeptos a uma concepção de saúde mental que se atrela aos padrões predefinidos de saúde/doença. Na medida que

esta ética das predefinições sobre os corpos da diferença se institui como verdades balizadas como oficiais, poderemos pensar, por sua vez, sobre as práticas daí decorrentes. Práticas que, por definição, vertem o seu olhar sobre o indivíduo, sobre sua história, sobre sua estrutura mental, sobretudo, sobre àqueles fatores que se referem ao sujeito. Esta noção de sujeito, consoante Benevides, vem indicar também uma direção na clínica. Uma direção que institui uma ética. Ética que confere a este mesmo sujeito - que será o destinatário desta concepção de saúde mental - a perspectiva vertida ao individualismo. Perspectiva que coloca sobre o corpo da diferença a ética positivista, moral e classificatória. Prática de uma ética despolitizada e anistórica: marca das práticas que enfiam cada usuário para dentro do intimismo dos seus conflitos interiores ou das suas disfunções bioquímicas. Cisão entre a relação indivíduo/coletivo.

A heterogênese, no seu movimento ético, vem marcar uma posição. Uma posição que é a de garantir a produção de dispositivos que retire as questões da saúde mental do plano estritamente individual. Desejamos encontrar na singularidade de cada pessoa o que existe de enunciação coletiva que é vocalizada por suas expressões. Por outro lado, desejaremos encontrar o que há de singular naquilo que se expressa, enquanto enunciados coletivos. A experiência singular expressa povos, realidades locais, conhecimentos coletivos, desejos populares amordaçados. E, nesta mesma expressão, encontramos as afecções singulares: afetos e idéias que fazem parte de uma realidade única de cada um.

Sair da ética despolitizada e anistórica é uma das nossas direções. Compreender que cada efeito, cada afeto, cada idéia é derivada dos encontros, das relações de forças, de um plano que, por definição, é do coletivo e do político - esta é uma das práticas dos nossos acontecimentos.

A produção de subjetividades/efeitos nos nossos encontros se dá pela ordem da entrada no fluxo das relações de forças. Fluxo que se tece entre o feixe de experiências sensíveis. Experiências que saem da discussão ou análise do plano individual, o que levaria a heterogênese a ser uma prática grupal que teria o interesse em analisar as afecções individuais na relação com um mundo exterior. Não compartilhamos da idéia de que as experiências interiores e exteriores se manifestem como instâncias separadas. Veremos no capítulo seguinte maior detalhamento sobre esta afirmação.

A ética proposta pela heterogênese vem apostar na direção de uma lógica de intervenção que tenha o sentido da **tecnologia da sensibilidade** (PITA, 2001). Tecnologia que, nas suas diversas modulações, abre espaço para a diferença e para a

garantia de direitos de igualdade para a expressão da alteridade. Tece-se, por meio desta tecnologia ética/sensível, um plano onde a diversidade possa se contaminar e produzir conhecimentos que servirão para a singularidade de cada um, bem como para a conservação do corpo coletivo. Tecedura de uma rede de acolhimento e de solidariedade que poderemos ver no último capítulo – Das Invenções Instituintes.

Considerando que o plano ético-estético-político da heterogênese não trabalha com o prisma das predeterminações – na medida que o que se produz em meio aos acontecimentos é advindo das forças do instante –, teceremos algumas palavras sobre alguns caminhos já construídos por nós:

1 – Todos os que participam dos grupos são informados das condições dos encontros: formados por pessoas que são classificadas por ‘nomes’ científicos que eram antes ou atendidas individualmente ou em grupos homogêneos – independente do ‘nome’ que tenham recebido ou que já passaram ou não por internações psiquiátricas. Todas as pessoas que participam estão cientes das condições de trabalho;

2 – Apontamos para a garantia do acolhimento à diferença: colocando em relação o que geralmente não é colocado em relação nos ambulatórios;

3 – Garantimos o direito da participação nas decisões sobre o curso do processo da heterogênese: sobre o tempo dos encontros, sobre o que será feito num dado encontro ou num encontro futuro, sobre a forma dos encontros, sobre as práticas que ali circulam, sobre a participação de outros atores – familiares que serão convidados a participar -, sobre amigos que precisam de ajuda, sobre a participação eventual de outros profissionais que conheçam outras técnicas que sejam de interesse coletivo, sobre a participação de um profissional interessado em se incluir na proposta daquele dia, sobre um profissional que deseje trazer outro usuário para participar de um encontro etc.

4 – Decidimos nos nossos encontros os temas/críticas que serão levados às reuniões bimensais do programa de saúde mental – encontro onde participam gestores e profissionais de todos os serviços ligados ao Programa de Saúde Mental.

5 – São eleitos dois representantes – um de cada grupo – para me acompanharem nas visitas que são feitas a cada serviço em saúde mental – para o conhecimento das condições de trabalho: suas conquistas e suas dificuldades. Os relatos desta experiência de visita às outras unidades são restituídos pelos usuários visitantes ao grupo no encontro posterior à visita.

6 – Em cada encontro, é eleito um ‘regente’ para organizar e dar voz aos outros usuários da heterogênese. Este ponto será abordado com detalhes no capítulo: Terceiro Movimento: Invenções Instituintes.

7 – Estamos a tecer o conhecimento sobre as ofertas de serviços e cursos pela cidade. Desejamos explorar outros recursos existentes fora do Programa de Saúde Mental. Recursos que venham atender às necessidades e desejos de cada pessoa.

8 – Estimulamos a perspectiva da Co-Operação: cada um podendo ser multiplicador/co-operador pelas experiências na cidade. Sobre esta perspectiva entraremos em maiores detalhes no V capítulo.

Em última análise, poderíamos afirmar, na trilha do pensamento de Benevides (op. cit., p. 176), que a ética da heterogênese vem lutar “[...] por assegurar direitos que garantam não estritamente a “saúde mental”, mas, sim, a uma possibilidade de expressão e diferenciação”. Possibilidade de criação de novas possibilidades existenciais em um mundo em constante transformação e em combate.

Garantias de direitos igualitários para a produção da diferença: este é o princípio plástico/musical que tecemos a cada encontro. Tecedura que se engendra pelos contágios das inúmeras experiências singulares: plano da ecológica. Eco: do grego *oïkos* – habitat, meio ambiente. Lógica que acolhe em um meio possível a diversidade polifônica dos modos singulares. Modos que se contagiam, produzindo novas normas para si na relação com a lógica do coletivo.

## ***INTERMEZZO IV***

Trilhamos pelo terceiro capítulo sobre o plano de composição da heterogênese. Trabalhamos sobre a perspectiva de uma ética moral-transcendental que fundamenta o ponto de vista esquadrinhador da ética psicopatológica/nosográfica/nosológica. Seguindo o caminho deste capítulo, encontramos-nos com a produção da idéia de doença em saúde mental como edificada por uma operação do primeiro gênero do conhecimento. Decorre desta perspectiva a produção de afecções engendradoras de conhecimentos parciais e mutilados sobre a natureza daquilo que se manifesta como sofrimento. Em meio a esta vivência de sentidos parciais, temos a construção de condutas passionais subordinadas ao modelo ético moral-transcendental legitimado como científico. Na corrente deste terceiro capítulo, encontramos-nos com o tema das afecções e dos afectos na produção de realidades maiores e menores na existência. Realidades existentes que, por definição, são os objetos da heterogênese que sofrem outro olhar ético. Olhar tomado de empréstimo da ‘filosofia-etológica’ espinosana. Olhar que inteligirá cada ser existente pelo seu grau de potência: pelo seu poder de ser afetado. Por este prisma, inaugura-se o ponto de incidência sobre o qual o nosso objeto sofrerá a nossa contemplação. Teremos como objeto a existência complexa e o sofrimento complexo como expressão transfônica dos modos existenciais. No decurso deste capítulo, ainda encontraremos a constituição de um dispositivo que qualificamos como ‘cartografia afetiva’. Dispositivo que nos ajudará na aventura construcionista e construtivista de caminharmos na direção do segundo gênero do conhecimento espinosano. Com efeito, ingressaremos noutras tonalidades de idéias e de afectos no quarto capítulo. Convidamos o leitor a passear conosco pelas dimensões transtonais da existência. Dimensões que facultam a dinâmica das modulações existenciais nos seus múltiplos domínios: biológicos, emocionais, psíquicos, ideativos, imaginários, energéticos, dentre outros. Movimento transtonal que impulsiona a desterritorialização das formas existenciais que se reproduzem ‘ladainesicamente’ na esfera da tristeza. Movimento de transtonalizar a existência naquilo que ela tem de potente, mas que ainda insiste em verter a sua energia na direção da sua fraqueza: usando a sua força para permanecer fraco (NIETZSCHE, apud DELEUZE, sd.). Cumpre notar: já encontramos a transtonalização da existência pelo trabalho cartográfico afetivo encontrado no terceiro capítulo. Compreendemos que o processo de transtonalização da existência se hibridiza, a um só tempo, com o domínio cartográfico e instituinte do último capítulo.

## CAPÍTULO IV

### *Segundo Movimento*

### *Das Invenções Transtonais da Existência:*

*Vivace sempre accelerando, rubato con grazia*

#### **IV.I - DOS UNIVERSOS TRANSTONAIIS:**

Nunca pretendi encontrar a verdade...  
 Desde pequeno já olhava meio desconfiado...  
 Me cansei cedo das verdades...  
 Algumas duraram mais tempo...  
 Outras caíram de maduras...  
 As verdades do mundo dos homens caem de maduras...  
 Outras nascem nos seus lugares...  
 A árvore das verdades mantém suas raízes fincadas nos espaços do tempo...  
 Prefiro as gramas que se espalham e se misturam com outras plantas...  
 Isso é coisa de criança que gosta de se misturar, combinar, acoplar, criar...  
 Me embebo ainda hoje de experiências...  
 Pessoas, natureza, para continuar a viver e a me inventar...  
 (uma das modulações dos Paulos...)

Mergulharemos pela instância dos universos transtonais da existência. Universos que, por definição, são produzidos pelos encontros entre corpos singulares. Corpos que, nas suas diversas modulações, vêm expressar, cada um, os seus desejos, sonhos, projetos, ilusões e desilusões. Vale ressaltar: a produção dos universos transtonais é tecida no simultâneo efeito dos encontros. Um tanto assim como o artista começa a deslizar os seus dedos nas teclas de um piano. Deslizes que subsumem as sonoridades das escalas e harmonias com as suas variações de ritmos – relações proporcionais/desproporcionais de movimento-repouso-velocidade e lentidão das partículas/células melódicas/sonoras. Sonoridades que exprimem, por meio dos seus elementos constituintes, uma unidade material expressiva.

Os universos transtonais nascem de um plano de experimentações por acidentes: pelos encontros que se efetuam num meio qualquer. Encontros movidos pelas intercessões do acaso. Experimentações entre híbridos elementos que os constituem. Constituição heterogenética, donde as possibilidades de composição e recomposição de uma dada corporeidade – seja esta musical, entre seres humanos, na relação com as idéias –, abram caminhos para a criação de novas formas de se viver. Afirmiação estético-quântica que nos dirige ao plano das infinitas possibilidades. Possibilidades que são experimentadas no encontro com outros universos de referência (GUATTARI, 1992). Universos Transtonais heterogenéticos - heterogênese + ética - compostos por heteróclitos elementos constituintes. Composições produtoras de novas matérias



expressivas – sejam estas novas afecções no campo das idéias ou dos afetos. Universos Transtonais constituídos por estruturas em equilíbrio instável/dinâmico (PRIGOGINE, 1996).

Desta esfera prática, poderemos nos aproximar da invenção permanente de subjetividade. Subjetividade que é produzida – enquanto formas de sentir, pensar e agir – nas transações fluxionárias e maquínicas entre os corpos. Corpos/subjetividade vibrátil que, num plano plástico-modulável, produzem outros efeitos/subjetividade. Corpos/efeitos de um plano que se diz imediatamente – e em ato – como filhos dos encontros, dos acidentes, das incertezas. Plano da natureza: plano caosmogenético. Plano das intensivas turbulências que movimentam, elas mesmas, as transações necessárias para a constituição de novos universos. A existência é tecida em distintos tons. A existência se transtonaliza mediante a força singular dos encontros.

Segue-se destas afirmações que a constituição ético/estético/política da heterogênese poderá se dar em qualquer lugar: num ambulatório de saúde mental, nas praças, nas escolas, nas ruas das cidades, no campo. No entanto, serão os elementos constituintes destes espaços que poderão produzir um processo ético-estético-político. Processo que se diz, ele mesmo, das multiplicidades, das conexões entre os seus heterogêneos elementos constituintes, da ruptura com os sentidos fixos da existência, da cartografia inventiva de novas possibilidades existenciais.

Processos, princípios plásticos e moduláveis que se esposam à lógica rizomática (DELEUZE & GUATTARI, 1996). Lógica/saber das plantas. Ao invés das raízes que fixam existências, podemos experimentar um ‘devir-grama’: misturando-nos e conectando-nos com algo. Ao invés de insistirmos nas nossas redundâncias e costumes que produzem mais sofrimento a cada dia, poderemos investir energia - e o tempo de vida que nos resta - para compor novas possibilidades transtonais de existência. Novas maneiras de viver a vida consigo e com o mundo: produção de si. Processo de invenção de novos mundos, novas realidades, nas relações, interações e transações com outros mundos e outras realidades. Somos, cada um de nós, efeitos/afecções e, por seu turno, produzimos efeitos e outras realidades. Somos pais e filhos dos nossos acontecimentos.

Lógica das misturas: microfísicoquímica do universo. Universo transtonal.

Universo em permanente relação de composição e decomposição das suas partes.

Assim muitos outros viram e também vejo: como se expressa a existência.

## ***IV.II - DOS TERRITÓRIOS DE SOFRIMENTO ÀS EXISTÊNCIAS LADAINÉICAS:***

É comum encontrarmos na cotidianidade dos dispositivos de saúde mental aquelas pessoas que configuram – ou vibram - a sua existência em diversos gradientes de tristeza. Tristezas de diversas ordens, de diversas naturezas. Cada um buscando nestes dispositivos a cura, o alívio, a resolução do seu sofrimento. Sofrimento que, numa primeira análise, foi construído no decurso da vida. Vida tecida nas tessituras dos encontros. Sofrimentos constituídos como fixos universos de viver.

Em meio à composição dos seus encontros, cada um é co-autor dos seus universos existenciais. Universos constituídos pelos encontros na família, nas redes de vizinhança, nas redes sociais. Cada um, ao seu modo, constrói para si a realidade em que crê. Crenças moduladas pelas misturas de que é capaz. Cada um constrói para si o mundo em que vive na relação recíproca com o mundo que o afeta. Decorre daí que cada um constrói, num campo de forças, seus universos de existência. Universos com tons de alegrias ou de tristezas. Realidades vibracionais maiores ou menores.

Existência plástica e modulável ou redundante e repetitiva. É costumeiro comparecerem nos dispositivos de saúde mental aquelas pessoas que reduziram a realidade vivida a universos existenciais costumeiros e habituais. Cada um agarra-se à força do hábito, da memória, repetindo formas de ser e de viver sem vitalidade.

Uns perderam o sabor da vida, acorrentando-se às suas lamentações sobre o passado ou sobre o futuro: torturando-se/aturando-se num presente despotencializado. Outros se queixam sobre a confusão das idéias que lhes sobrevêm. Outros ainda sofrem das vozes que persistem em azucrinar a sua cabeça no presente. Ainda temos aqueles que sentem sensações pelo corpo que indicam a possibilidade de morrer. Temos aqueles outros que acreditam que são anormais porque a fala está fora da fluência. Assistimos a uma paisagem sonora de lamentos que se transformam em ladainhas na passagem do tempo. Passagem de um tempo sempre marcado por intensivas sonoridades ‘repetitivas’ e fastidiosas. Sonoridades carregadas de idéias confusas e movidas por afecções, afetos confusos, turvos, mutilados e parciais, assim como vimos pelo capítulo III.

Estas repetições/reproduções existenciais poderão ser compreendidas como a expressão das existências ladainésicas. Noutras palavras, estas repetições dinamizam a existência pela lógica fastidiosa das ladainhas. Lógica ladainésica compreendida aqui na sua acepção de ‘repetição sem’ diferenciação/criação.

Numa das suas faces, as marcas/vestígios de imagens, idéias, afetos e sensações insistem em perseverar na existência. Numa outra face, as configurações constituídas por complexos domínios – imagéticos, ideativos, sensitivos, afetivos, bioquímicos – pouco modulam em outras possibilidades. A rigor, aqueles que estão aprisionados na tristeza – nas suas diversas manifestações – encontram-se aprisionados no limite, quer seja das marcas/vestígios, no limite, quer seja de configurações repetitivas/padronizadas dos seus diversos domínios. No entanto, a reprodução ladainésica nunca é a mesma: aquilo que é repetição – de um tema, de um sentimento etc. – nunca é da mesma forma e maneira. Algo se repete para buscar a sua diferenciação: feito o pássaro que bate com o seu bico na janela. Naquilo que é sintoma – repetição/reprodução – se encontra a épora do vôo, seus traçados de liberdade. Noutros termos, naquilo que se reproduz numa queixa poderemos encontrar as linhas desejanças que traçam outros caminhos, outros mundos. Decorre daí que aqueles qualificados como seres existentes ladainésicos marcam o seu tempo existencial, não conseguindo abrir a passagem para alçar novas direções. Marcam o tempo numa ladainha, ela mesma, movida pela energia da repetição que pode encontrar, em tempo, a sua diferenciação, deixando de se constituir numa ladainha para, de fato e de direito, se dinamizar pela lógica ritornélica, como veremos na próxima sessão.

Pelo que precede, cada um tem a sua forma de marcar o tempo de viver, de se relacionar, de pensar, de criar ou não novas possibilidades de existir. Esta marcação dos tempos do viver se dá em meio às novas configurações existenciais de que é capaz nos planos das idéias, dos afetos e das suas ações. Uns viverão a repetir a vida, tornando-a monótona e redundante. “Estou cansada de falar sobre estas mesmas coisas...” - disse uma integrante da heterogênese. O material expressivo ideativo/sonoro que faz parte do universo existencial se tornou a sua habitual ladainha de todos os dias. Cansou-se de SI. Cansou-se da memória, das marcas ladainésicas constituídas por vestígios de lembranças/história/preocupações com o futuro. Esta configuração existencial constituiu-se para esta pessoa, como algo aprisionador e mortífero: aprisionando o fluxo do curso da vida, deixando-se morrer instante a instante as possibilidades de invenção de outras constelações experienciais.

A sua composição existencial poliqueixosa engendrou uma configuração ladainésica, ela mesma, enclausurante em sua forma de viver. Forma de viver que, em última análise, limita/delimita esclerosicamente as suas possibilidades territoriais de conexão com a vida. Delimitação rígida dos seus ritmos existenciais que ficaram

restritos aos travessões de repetição da ladainha, como o que acontece com os trechos musicais que repetem e repetem, sem sair para a criação de outras linhas de experimentação melódica, rítmica, timbrística, dinâmica e harmônica, sem expressar a diferença naquilo que, nele mesmo, é repetição.

Poderemos definir este modo de viver como a expressão de uma triste configuração existencial: fechada em si mesma, ensimesmada. Expressão das mesmas escalas intervalares de tempo e de notas/palavras/sonoro/melódicas que se repetem em ritmos cansados, fatigados e aborrecidos. Existências ladainésicas daqueles tipos infelizes.

#### ***IV.III - DOS RITORNELOS DE DELIMITAÇÃO DOS UNIVERSOS EXISTENCIAIS:***

Guattari (1992) versará sobre a polifonia dos modos de subjetivação: sobre como cada um “marca o tempo” de produção da invenção de vida de forma singular. Tomando de empréstimo a lógica/saber da etologia, Guattari nos revela o domínio de delimitação de territórios existenciais através do canto dos pássaros. Existem “[...] numerosas espécies de pássaros cujas seqüências específicas de canto servem para a sedução de seu parceiro sexual, para o afastamento de intrusos, o aviso da chegada de predadores [...]” (op. cit., p. 27).

Daí resulta que a paisagem sonora composta pelas combinações melódico/intervalar/rítmico/timbrísticas do canto dos pássaros efetua e expressa ritornelos de delimitação de territórios/universos existenciais. Plano existencial que, nas suas diversas manifestações, vem fazer parte de um contexto hipercomplexo: uma lógica das formas múltiplas de sentir, pensar e agir, delimitadas pelos limiares do ritornelo (GUATTARI, op. cit.). Neste domínio, o ritornelo será concebido como a dinâmica dos processos heterogenéticos: através da repetição engendram-se diferenciações/criações, assim como os blocos melódico/rítmicos das fugas de Bach que vão escapando em novas linhas sonoro/intensivas. Com efeito, este processo de ritornelização da existência difere dos processos ladainésicos existenciais, uma vez que, no último caso se repete para a ‘contínua reprodução do mesmo’ e, no primeiro caso, se repete para a produção de ‘linhas de fuga’. Linhas que traçarão um plano de

possibilidades para a constituição de novas formas de singularizar a existência, constituindo novos territórios transtionalizadores da existência.

O ritornelo existencial singular é constituído por diferentes componentes em combinação com outros elementos que nos são exteriores – sons/afetos/movimentos/desejos/imagens, dentre outros corpos. Corpos constituintes da ‘dinâmica ritornélica’ que, nas suas relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes - na relação recíproca com o meio -, vem ganhar a consistência territorial da existência em ato. Espinosamente falando, o corpo - como constituído por inúmeras partes que se esposam numa permanente relação com seus órgãos, células, partes duras e fluidas, pensamentos, afetos, dentre outras partes reciprocamente associadas ao plano de forças exteriores -, é a expressão singular do ritornelo, inteligido como a dinâmica de produção da existência, de cada corpo, expresso em ato.

Ritornelo que dinamiza inúmeros elementos para a expressão do corpo singular que insiste, persiste e consiste em se perseverar na existência. Corpo movido pela dinâmica ritornélica que poderá se combinar, se acoplar, se misturar a outros corpos para outras produções e configurações de si, engendrando outros ritornelos existenciais. Ritornelo cósmico que, na/pela sua repetição, expressa a sua diferenciação. Experiência daquilo que retorna para, nele mesmo, se modular, configurando-se para a invenção de outras formas. Ritornelo que faz repetir para diferir, criar novos tons de existência.

Pelo que precede, encontraremos nas sociedades antigas a expressão “de ritmos, de cantos, de danças, de máscaras, de marcas no corpo, no solo, nos Totens, por ocasião de rituais e através de referências míticas que são circunscritos outros tipos de territórios existenciais coletivos” (GUATTARI, 1992, p., 27). Territórios existenciais que se constituem em ritornelos. Ritornelos que catalisam forças de limiar subjetivo e intensivo para, a um só tempo, delimitar os horizontes e fronteiras culturais, mas, por seu turno, poder transculturalizá-los, misturando-os e interferindo-os uns com os outros. Transações culturais que se encontram para gerir interferências naquilo que, nelas próprias, se estratificou, se enrigeceu.

Cabe ressaltar que um dos elementos que constituem a complexidade dos ritornelos existenciais poderá ser o ‘motivo’ ou a ‘força atratora’ de índices sensíveis para a produção de outros singulares ritornelos. Uma idéia, um afeto, uma imagem – enquanto índices da dinâmica diversidade ritornélica - poderão produzir outras linhas, outras direções, outros cantos, outras melodias existenciais: produção de outros territórios/universos a serem explorados. Nascimento de realidades complexas.

Ritornelo complexo que movimenta a dinâmica dos processos de diferenciação de cada modo existente, ele mesmo, imanente ao plano de composição da natureza em constante estado de diferenciação e criação: *Ritornelo Cósmico*. Plano de composição/plano de imanência que, a um só tempo, difere as formas constituídas e é diferido por elas pela expressão/produção de novas linhas de virtualidade (GUATTARI, op. cit.).

Linhas que possibilitam “[...] o ímpeto rítmico mutante de uma temporalização capaz de fazer unir os componentes heterogêneos de um novo edifício existencial” (op. cit., p. 32).

Guattari aponta para o nosso ponto de incidência: não restringirmos o conceito de ritornelo ao seu aspecto territorial – no qual poderemos nos aprisionar asfixiadamente em liames territoriais enclausurantes – mas, doravante, poderemos produzir ritornelos hipercomplexos, catalisando as transações entre-universos. Transuniversalizações: transas entre universos. Relação que nos impulsiona para um movimento centrífugo, para além da repetição ladainésica. Movimento desterritorializante do ritornelo para a produção da sua complexidade, produção da diferença. Diferença nascida do retorno do encontro entre corpos para, deste encontro nascente, nele mesmo, algo contemporâneo se expressar.

#### ***IV.IV- DAS EXISTÊNCIAS LADAINÉSICAS À TRANSTONALIZAÇÃO DOS UNIVERSOS EXISTENCIAIS:***

Consoante a seção II deste capítulo, pudemos transitar pelas imagens daqueles que modulam suas existências na construção de existências ladainésicas. Ladainhas que encontrarão, elas mesmas, as suas caricaturas classificatórias à luz da nosografia/psicopatologia. Ladainhas que vertem o fluxo do seu sofrimento, ora em direção do passado, ora em relação ao presente, ora com o ponto de incidência ao futuro. Ladainhas que se expressam, numa relação de vizinhança/adjacência, em meio à experiência do tempo encarnado em universos de dor. Existências fixadas em frequências de idéias, de afetos, de imagens manicomializadoras. Existências manicomializadas pelas frequências repetitivas que saturam e aprisionam as forças de criação. Existências que não modulam a força do desejo noutras faixas frequenciais.

Será na inspiração de outros saberes, esposados aos da arte, que buscaremos as linhas melódicas, outras relações intervalares, que sacudam a dinâmica produtora das

‘configurações existenciais ladainésicas’, para que se dissolvam em outras possibilidades, noutras organizações, noutros tons e modulações. Segue-se daí que toda organização é organização da diversidade. Organizações que, nas suas múltiplas manifestações, se efetuam nos planos existencial, social, biológico, cósmico, dentre outros. Toda organização é a expressão sempre atual da diversidade. Expressão do diverso subsumida numa dada ordenação que corresponde aos encontros das suas partes constituintes. Partes constituintes equilibradas instavelmente, elas mesmas, pelas suas relações de movimento-repouso-velocidade-lentidão.

Encontraremos na fórmula prigogeniana a nossa inspiração criacionista para a produção dos universos complexos: fenômenos organizados podem nascer de si mesmos, a partir de um desequilíbrio termodinâmico (MORIN, 2005c). No nosso caso, afirmaremos que os fenômenos organizados podem nascer de si mesmos, a partir de desequilíbrios efetuados pelas experimentações estético/filosófico/catastróficas sonoro/musicais/trágico/cênicas/transtonais: processos cismogenéticos. Processos que operam mudanças nos universos existenciais pela ordem dos encontros entre-subjetividades: cismogênese (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 2005).

E foi assim que pudemos verificar pela experiência a possibilidade de novas configurações existenciais, de produções de novos universos de vida para aqueles que chegaram à heterogênese. Universos existenciais que se misturam, se combinam, se acoplam a outros universos existenciais. Complexificação de universos que, nos seus diversos entrelaçamentos e interferências de uns sobre os outros, engendram o nascimento de novos horizontes de vida.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS I:***

Num daqueles dias do ano de 2003, uma psiquiatra do ambulatório em que trabalho me solicita um pouco de atenção. Estávamos passando pelo corredor. Neste encontro é-me relatado sobre um ‘paciente’ que vem sendo acompanhado por ela. Este se encontrava paralisado frente aos estímulos, sem reação alguma às palavras, sem se comunicar. Foi-me solicitada uma avaliação para uma possível intervenção, na medida que, na área médica, já havia sido feito o que se podia. Ele já havia passado por dois neurologistas e um psiquiatra fora da unidade ambulatorial.

É chegado o dia da avaliação. Chega o ‘paciente’ com a sua esposa. Esta começa a falar sobre os episódios de extrema turbulência e tensão pelos quais passara o seu

marido. Este embarcava na Baía de Campos (RJ), sendo trabalhador da área de petróleo. A esposa relata que seu marido recebia muitas cobranças. Desembarque após desembarque, ela percebeu que seu marido retornava pior. Retornava angustiado, chorando muito, dizendo que não estava conseguindo dar conta daquilo que lhes exigiam. E foi num desses desembarques que “ele do dia pra noite ficou assim”.

Ficou quieto, com o olhar perdido como se olhasse em direção do horizonte: os seus olhos transpassavam os meus. A minha impressão era a de que ele estava num outro lugar. Lugar onde o mundo não pudesse convocá-lo para mais obrigações. Lugar que serviria de abrigo. Depois de um tempo, solicitei à sua esposa que nos silenciássemos. A minha intuição/sensibilidade/feeling naquele instante me indicava a entrada numa dimensão do tempo que pudesse escapar à ordem de um tempo cronológico. Escapada do tempo escalar marcado – das obrigações, do hábito, dos costumes – para a vivência de um tempo sem tempo. E foi deste alargamento do tempo – produzido pela vivência do som do silêncio de um tempo esgarçado – que pudemos nos comunicar.

Em meio à vivência do silêncio – o tempo já havia se alargado e eu mesmo já tinha perdido a noção de quanto tempo ficamos nos olhando –, peguei uma folha e escrevi em letras garrafais: NOME. Coloquei a folha numa posição à minha frente e à frente dele, posição de onde pudéssemos ainda manter o contato pelos olhos. Seus olhos começaram a bailar: ora na direção da folha, ora na direção dos meus olhos. Ficamos, assim, um bom tempo. O tempo alargado engendrou a estranha musicalidade gerida do silêncio. E foi na experiência do alargamento do tempo que a sua expressão nascida em som saiu do fundo do seu esconderijo: “nome...” Expressão quase silenciosa engendrada pela experiência estirada do tempo. Sua esposa ficou admirada, na medida que ele não havia falado nada há meses.

E este foi o início de novas configurações do universo existencial deste casal. Os dois foram convidados a participar do grupo de heterogênese, sendo-lhes explicadas as condições do nosso trabalho e da nossa política da diversidade, dentre outras políticas.

É chegado o primeiro encontro deste casal no grupo. Eles são recebidos com carinho por todos. Neste dia, exercitamos a cartografia afetiva donde surgiram temas ligados ao trabalho e a pressão de cumprir as obrigações do dia a dia. Num dado momento, a esposa do ‘paciente’ recém chegado nos conta o drama das suas vidas. Conta sobre a impotência e a dor de ver seu marido olhando assim para o nada. Uma das integrantes do grupo se levanta e se dirige em sua direção, abraçando-a. O



magnetismo afetivo nos lançava para dentro daquele encontro. Encontro que foi banhado de música. Banho sonoro onde não havia palavras, mas, sim, um contorno sonoro, que foi se amplificando com os sons das outras pessoas: havia 18 pessoas naquele dia. Todos foram abraçar a entristecida esposa. O seu marido sentado olhava passivo para tudo aquilo, recebendo o toque das mãos das pessoas que cantavam também em sua direção.

E foi assim, em meio aos nossos encontros rituais, que celebramos/vivenciamos novas configurações na vida deste casal. Após alguns meses, ele já estava falando e ajudando em casa sua esposa com atividades domésticas. Hoje em dia, ele comparece uma vez por mês na heterogênese: está a cuidar da sua esposa que anda adoentada. Conforme suas palavras: “nasci de novo”. Não voltou a trabalhar e foi aposentado pelo INSS. No entanto, voltou a viver autonomamente, modulando-se pelas experiências da cidade. Tornou-se um ativo participante que leva mensagens de amor para as pessoas que estão nos hospitais e nas celas da polícia.

Este foi um dos inúmeros episódios de novas configurações/modulações/transtionalizações de universos existenciais. Novas configurações edificadas pela força ritual da diversidade, esposada à força de afecção ritual da música.

#### ***IV.V - DAS DINÂMICAS DIONISIÁCAS E APOLÍNEAS***

Como tecer palavras sobre a transtonalização da existência, sem esposá-las às noções de criação/poiésis/modulação/morfogênese/turbulências/dissolvências das formas constituídas? Vimos, pelas seções precedentes deste movimento, a constituição das existências ladainésicas. Formas ladainésicas de existir que, por definição, expressam modos de viver, elas mesmas, fundadas em movimentos repetitivos. Repetições que se dizem de configurações costumeiras e habituais. Daí decorre que precisaremos de perspectivas dinâmicas que, ao lado da dimensão sonoro-musical, possam produzir realidades complexas. Realidades potentes: nascedouro das afecções alegres, assim como nos pastos e nas árvores nascem - destes ritornelos de vida - novos bezerros e o canto dos tenros bem-te-vis. Expressão ritornélica da natureza que tem o estatuto de diferenciar-se/criar-se na/pela repetição. Repetição movida pelas

turbulências, acidentes, encontros fortuitos produtores de novos acoplamentos/transações entre os seus heteróclitos elementos.

E será pelas perspectivas dinâmicas dionisiacas e apolíneas que extrairemos a força necessária para que a música, a um só tempo, engendre ordenações/dissoluções existenciais. Estranhos engendramentos de realidades onde se expressam, em meio às experiências musicais, potências/princípios de luz e de catástrofe. Segue-se destas afirmações de inspiração nietzscheana (NIETZSCHE, 1992) a revelação de duas faculdades ou aspectos antagônicos encontrados no homem e no cosmos/natureza. Faculdades de ordenação e de caos. Faculdades que se dizem, a um só tempo, da produção de mundos. Encontramo-nos com a potência dionisiaca que dilacera o princípio de individuação, das formas personalísticas e identitárias. Dioniso – nome concebido ao êxtase, ao entusiasmo, à inspiração criadora. Dioniso é o deus do caos, da desmesura, da catástrofe, dos fluxos viventes, da música. Dioniso – enquanto inspiração criadora – é o retorno da primavera, criando vida e disseminando alegria.

A potência dionisiaca vem abolir a subjetividade egoística do indivíduo para dissolver as formas existenciais constituídas em puras e livres intensidades. Intensidades que se dizem das multiplicidades. Tornar-se múltiplo, caótico, perdendo a consciência da história e da memória: são os riscos da vivência dionisiaca.

Ao lado do devir dionisiaco, encontramos-nos com a faculdade apolínea. Princípio de luz que vem edificar os caminhos para não nos perdermos nas intensidades do êxtase. Caminhos que, por seu turno, vêm dar forma às nossas desmesuras, aos nossos estados caóides das experiências catastróficas. Apolo vem delimitar contornos de existência, individualizando-nos mais uma vez. Contornos que são marcados pelo ritmo apolíneo, cadenciando, com sua forma do tempo a medida transitória da existência.

Perspectivas dinâmicas dionisiacas e apolíneas: princípios de uma estética que subsume, a um só tempo, o caos e a ordem. Lógica da natureza. Natureza como afecção/efeito/filha de si: estética cosmogénica = ética/estética/política do cosmos/natureza

#### ***IV.VI - DA MÚSICA ENQUANTO POTÊNCIA DIONISÍACA À EMBARCAÇÃO APOLÍNEA:***

Sons que afetam os corpos, remexendo as entranhas. Etranhas das vísceras, entranhas da mente. Estranhas sementes de sons, de fluxos, desejos sonoros. Poeira cósmico/sonora. Impregna o espaço, os corpos/freqüências, caldo de sons... Simultâneas misturas nascidas dos feixes de ondas. Afetos de sons, filhos do encontro dos muitos de nós. Diáspora sonora. Experiência do caos. Constitui a ordem pela desordem. Primavera parida dos invernos, tristezas, da dor. Energia contida se amplia, se abre, explode em partículas. Combina os sons e silêncios. Complexas misturas de sonoras matérias. Oscilações psico/químico/físicas, música de elétrons, afecsons, nêutrons e proto-sons. Filhos dos fótons das cósmicas nuvens de tons, eles mesmos, brilhados, nascidos do espaço, do cosmos: das galáxias, dos universos, de nós. Princípio/catástrofe dissolve, oscila, dispersa, se junta, de novo, pra gente nascer e brincar.

Brincar de nascer, de morrer, nascer-me de nós, dos nós, dos enlaces, dos laços de sons sem sentido. Intensivas palavras, afetos de sons misturados, dobrados na dobra do tempo. Ritmos que duram, insistem no tempo e no espaço. Por entre as alturas melódicas poderemos criar os lugares pras nossas loucuras encontrar pouso e se expressar. Senão enlouquece, esfervece a mente, arreventa o sentido. Dançarinas freqüências se combinam com as outras pros sentidos soltar. Maldito sentido, prisioneiro de formas, de vida. O mundo dos homens, a vida homogênea, maldita serpente que envolve a gente, só faz sufocar. O sentido só faz sentido quando é também sentido. Querer cantar. Cantar em gemidos, em gritos, em falas, em gestos, caminhar nas estrelas cadentes, num outro lugar. Utopia, oxigênio, oxigênese, heterogênese, somos todos os sons e estrelas do mundo estelar.

Afetos nascidos em sons, poeira sonora, sons ritornélicos, criam e retornam esferas de vida, do caos/território. Pululam os fluxos, acoplam, remexem, turbulentas partículas. Índices/catástrofes expõem a vida, explodindo em vida pra de novo juntar e timbrar. Clinâmen: heteróclita gênese de átomosons e afetos, engendrando universos complexos, pelos toques/desvios, pra gente de novo nascer e brincar. Dionisos/Apolos levantando a poeira sem fim, sem começo. Apeíron, enfim, sem certezas, pra onde se irá? Só saber de estações, de verões, de outonos, dos invernos contidos, nascer diferente, mais uma vez, de novo, em sol/luz/energia, primavera.

Decorre deste fluxo de idéias/afetos a dinamicidade do nosso movimento transtional. Nossa justificativa transtional da existência estará afinada pela dança simultânea entre os impulsos artísticos da natureza, naquilo que, nela mesma, se expressa como dimensões do caos e da ordem. Dimensões caosmogenéticas que justificam o engendramento dos universos. Universos nascidos/paridos do simultâneo processo catástrofe/ordem. Processo que, por definição, receberá a personificação identitária de dionisíaco e de apolíneo, respectivamente.

E é Nietzsche (1992) quem nos convida a mergulhar na efervescência da potência emocional/musical dionisíaca. Potência de vida que possui o estatuto de musical. Música/Tônico/Vida, ela mesma, liberta das amarras dos fixos sentidos. Liberdade produtiva de vida que não se subordina à razão, mas a ela precisará se esposar. No entanto, será o dionisíaco da música, expressão extasiante de vida, a força que libera aqueles infelizes dos presídios/venenos/manicômios de si. Música e corpos, químico/física dos encontros misturados e desenhados pela dionisíaca embriaguez. Embriaguez nascida dos sons, dos ritmos, dos timbres que destróem, abolem e despedaçam aquilo que se mantém ainda finito, ainda individual. A música dilacera o princípio da fixa unidade, da estase, que faz o tempo da vida, a necrose a ferida, a dor, a tristeza de sempre viver, sem nela mesma, sentir prazer, sem nela mesma, gozar.

Dionisíaca potência da música, lançando-nos em escalas anímicas, afetivo, intensivas, para o além dos costumes, dos hábitos, da memória. Música que faculta a construção de outras escalas de tempo, subsumindo, ela mesma, a experiência de um tempo que faz bailar as dimensões do passado e do futuro num presente que escorre sem naqueles se aprisionar. Sem se aprisionar na memória: tempo com hálito de ontem que agarra em imagens as aparências de um mundo que redunde, numa outra vez, em se ativar. A música excita, com sua poderosa potência tônica, a vida. Diasporiza o fixo, o uno, o duro noutros modos, tons, modulações. Dissolve o muro que impede as passagens, os meios, abrindo lugares, passo a passo, pro desejo passar.

Ao contrário da embriaguez ser aquela dos homens que degeneram a vida para dela se esquecer, ou dela fugir/escapar, deseja-se a música, seus fluxos de exuberância, de ascendência. Transfigurar a vida, fazer dela uma obra permanente a criar. Ser obra de arte, tornar-se outro de si, movimento de se inventar.

Decorre daí que o homem-estético-artista é aquele que, ao se encontrar com o mundo, incorpora tudo para dar outras formas: estética morfogenética. Formas dissolvidas pela estética sonora que tudo envolve, embriaga e devolve à vida aquilo

diferente daquilo que era. Música que movimenta, embriaga os desejos, faz brotar emoções, celebrar mais um dia, um dia a mais: festejar. Sons inebriantes estimulam a luta, as ações mais temidas, a vitória querida, o medo a superar. Embriaguez musical abrindo os caminhos praquilo que é força, não mais se esconder. Homem-estético-artista transfigura o mundo, a vida, pela força da música que em si acumula pra de novo em outra coisa nascer. As pernas perder, ampliar as potências, com a música aprender a voar. Abrir outro tempo, Aion, um tempo sem tempo, o infinitivo do acontecimento. Tempo em devir: e de novo insistir - alegrar-se das núpcias com as indeterminações.

Artesão da existência: criar-se da música, gerar filhos de si, dor e prazer. Afirmção da vida, dizer sim ao mundo, sem alívios, criar é viver. O poder de criar-se pelas sonoridades estéticas é se mover na direção do indeterminado. Indeterminado que pode nos levar a caminhos difíceis de retornar. Daí é necessário coexistir com Apolo. Coexistência com a dimensão das imagens, das palavras, da harmonia. Apolo precisa ao nosso lado estar. Simultânea experiência dionísia/apolínea/caos/ordem que a estética modulatória dos elementos constituintes de cada ser singular se faz e se refaz. Apolo, num sutil distanciamento, presente e atento vem em socorro nos salvar das correntezas dos sons, dos fluxos velozes que nos levam de nós. As linhas de Apolo, palavras/imagens, são navios ao mar. Embriaguez musical, paroxismo vital, recebe o ritmo, a tão necessária medida, pra que não nos percamos por lá: aparece a companheira textura racional. Dioniso/Apolo traduzindo a estética do mundo e da vida: expressão trágica da existência que acopla, a um só tempo, a dor e o prazer. Acoplamento que, num íntimo estado de revezamento, produz a plasticidade do viver. Viver estético que carrega consigo, nele mesmo, a música, enquanto mar tempestuoso. Mar que possui no seu interior a imagem/palavra, elas próprias, a embarcação pra podermos descansar.

#### ***IV. VII - DOS PERIGOS DA MÚSICA COMO FORÇA DE AFECÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES:***

A música, enquanto força que produz afecções, pode, por sua vez, tornar-se perigosa, quando a música, ela mesma, nos dirige ao mundo das representações. Mundo das lembranças, mundo da esfera do já vivido. Mundo vivido aprisionador que, tão-somente, é ativado quando sofremos a ação das forças do contemporâneo. Fluxo de imagens/idéias/afetos que, por definição, pode ser ativado pela experiência com o corpo musical. Afinamo-nos com outras direções/vivências do tempo. Tempo que, a um só

tempo, expressa a sua simultânea experiência, encarnando no presente os fluxos do passado e do futuro. Tempo que é atravessado pelo corpo musical como elemento turbilhoniário. Música/turbilhão que diasporiza, num movimento centrífugo, o tempo presente das amarras das representações. Tempo presente que, a um só tempo, é vertido a inclinar-se ao movimento do indeterminado, para deste nascermos das núpcias entre aquilo que é passado e insiste em nós com aquilo que nos é contemporâneo. Núpcias entre passado, contemporaneidade e futuro.

Segue-se destas núpcias a perspectiva de uma síntese do tempo: o passado e o futuro como dimensões do presente (DELEUZE, 1988b). Núpcias que, na subsunção das experiências do tempo, são acompanhadas pela música que nos retira dos nós/amarras. Nós/amarras, eles mesmos, expressões/afecções do tempo presente necrosado, seja pela reprodução do passado, seja pelas tormentas turbulentas das incertas direções do futuro.

Síntese do tempo que encontra na música a inauguração de um plano de possibilidades. Plano de dissolução daquilo que está constituído, endurecido, organizado e instituído em cada um de nós. Para que a música possa interferir, enquanto operação de desvio das representações, **pensaremos nela como um dos nossos intercessores da arte nos processos ético-estético-políticos da heterogênese.**

No entanto - consoante o que foi anunciado ao início desta seção - a música poderá, ela mesma, ter força de afecção representacional<sup>1</sup>. Força sonoro-musical engendradora de universos existenciais tomados pelos signos do passado e do futuro. Signos, eles mesmos, ativados pelas experiências musicais, preenchendo o presente com as marcas do passado ou com os temores do futuro. Segue-se destas afirmações que o poder de ser afetado daqueles aprisionados pela força de afecção musical torna-se reduzido. A música, por conseguinte, poderá produzir realidades menores, diminuindo o grau de potência – seu poder de afetar e de ser afetado – bem como as variações das suas partes constituintes – fisiológico/afetivo/ideativo/metabólicas.

<sup>1</sup> Cumpre notar: utilizamos músicas que tenham significado afetivo para as pessoas. Músicas que estiveram presentes nos vários momentos da vida. Utilizamos-nos destas músicas para desenvolver a leitura das afecções. Leitura que faz parte da nossa cartografia afetiva, consoante o capítulo III. Estas leituras vêm desenvolver o conhecimento da natureza da produção das afecções. Afecções, elas mesmas, nascidas/paridas dos encontros. Segue-se destas afirmações que não trabalhamos com a perspectiva maniqueísta da boa ou má música. Podemos extrair alguma experiência de aprendizagem na relação com a força de afecção das músicas, sem conferir-lhes um sentido único: sentidos que podem se instituir fixos. Numa palavra, uma música que é sentida como produtora de lembranças tristes - de uma época já vivida com carga emocional triste - poderá ter outro sentido no fluxo do presente, uma vez que as forças do contemporâneo envolvem-se/enlaçam-se com esta mesma música, dando-lhes outros contornos de imagens, de afetos e de idéias. Contornos que poderão mudar o sentido tanto da experiência vivida que a ela se associa – no caso à música -, quanto mudar o sentido da própria música, na medida que esta pôde ser sentida em meio a uma nova configuração.

Vale ressaltar que esta produção de realidades menores por meio da música poderá se efetuar pela fixação daquele que a utiliza para rememorar, para representar, para, na relação com ela, extrair as imagens e afetos de um tempo que já se foi ou ainda virá. Poderá se aventurar pelo primeiro gênero do conhecimento, consoante o capítulo III. Decorre daí que a música pode ter força de afecção, reduzindo as possibilidades de invenção de vida, de novas conexões com o mundo. Cabe anunciar neste ponto sobre as possibilidades de a música expressar as forças criativas do passado/futuro: o que será desenvolvido numa seção à frente.

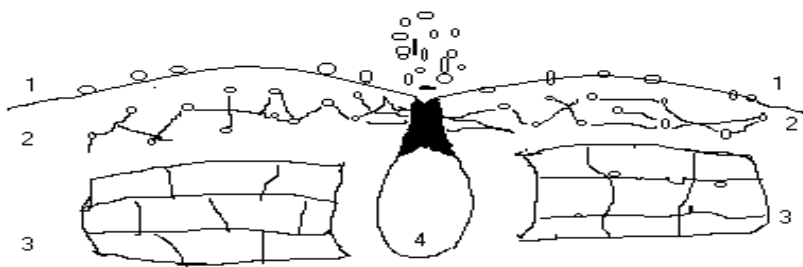
#### ***IV. VIII - DA CLAUSURA DA MÚSICA À MÚSICA PRO FORA DA CLAUSURA<sup>1</sup>.***

Um dos riscos que presenciamos nos processos heterogenéticos se diz da música quando esta é utilizada por algum integrante para produção de memórias. É comum alguns integrantes serem músicos. Também é trivial recorrerem às músicas que expressam, elas mesmas, os tons de vivências passadas. Tons de vivências expressas pelas sonoridades musicais. O universo edificado por estas experiências geralmente expressa afecções tristes. A realidade torna-se menor/encolhida. Os olhares se perdem nas imagens que são rememoradas. Imagens que estacionam o fluxo do presente em ressentimentos ou em manifestações de saudosismos. O fluxo das palavras se reveza, ora em saudades de tempos que já se passaram e não retornam mais, ora em alívio por neles não mais viver, ora em irritação e raiva por não ter podido fazer diferente, ora em impotência por nada ter mudado de lá para cá.

Diremos expressamente que a música, enquanto força de afecção para produção de lembranças, não tem sido por nós o caminho trilhado. Percebendo os riscos da música-representação, buscamos utilizar outras possibilidades que o universo da música nos proporciona.

Para não avançarmos precipitadamente no curso do nosso trabalho, iremos tomar emprestada a noção de diagrama (DELEUZE, 1988a) para, doravante, podermos pensar o modo de funcionamento da música, enquanto representação, acentuando o universo daqueles aprisionados na memória/história.

<sup>1</sup> O título desta seção foi inspirado no título do livro de Pelbart (1989): *Da clausura do Fora ao Fora da clausura*. Livro que produz inspirações/afecções de tempos atrás que ainda ressoam nas minhas vivências contemporâneas. Inspirações que são movidas por imagens/afetos/idéias de um passado que me empurra à invenção de 'linhas de fuga' das múltiplas clausuras em que somos convidados a permanecer.



O diagrama expõe um conjunto de relações de forças. Não é exatamente um lugar, mas talvez um não-lugar, na medida que ele é mutável e dinâmico. Já existiram inúmeros diagramas: um digrama grego, outro romano, outro feudal, outro disciplinar e agora um diagrama com relações de forças que se dizem, por definição, de uma sociedade de controle.

Ampliando o nosso olhar sobre os inúmeros diagramas que já existiram, já tivemos aqueles ligados à produção de vários estilos musicais. Em cada momento sócio-histórico-político-religioso, verificar-se-á a subjetivação/estilo da música, dependendo de cada configuração das relações de forças. Relações de forças que nasceram em superfícies que foram dobradas para que a música ganhasse as condições de subjetivação singular a cada contexto. Contexto articulado pelos saberes produzidos e reagimentados através das forças/poderes. Assim subjetivou-se a música em cada momento histórico. A música como filha dos acontecimentos, expressando-os em formas sonoras: revolucionando épocas ou, a elas mesmas, sedando-as.

Compreendendo que o “mundo é feito de superfícies superpostas, arquivos ou estratos” (DELEUZE, 1988a, p. 128), depararemos-nos com os estratos de saber que se dividem de um lado e do outro (zona 3). Estratos-arquivos, em que se encontram aquilo que é visível e dizível. Ondas/curvas sonoras que expressam saberes sobre a vida, sobre a regulamentação do viver, que dirá respeito ao esquadro sobre o vivido: palavras/intervalos sonoros que esquadrinham e normatizam a ordem das experiências sensíveis. A zona 3 poderá, por conseguinte, também ser a dos estratos/arquivos que armazenam as músicas que mais produzem apatia, alienação, assujeitamento à ordem



estabelecida. Músicas que mais produzem vidas ordinárias, costumeiras, movidas pela força do hábito: tristes existências ladainésicas.

Ainda encontraremos nos estratos-arquivos a outra face do saber: os quadros visuais que dão luz e significação sem palavras. Os quadros/signos ilustram os enunciados/curvas-sonoras/palavras. Os quadros são signos representativos de ordenação do plano social – um ambulatório de saúde mental é visto ‘como o lugar de tratar gente doida’ – assim falam as pessoas da rua para os usuários. Os sons de uma música instrumental poderão servir para ‘dizer’ de outros tempos em imagens. A música também faz parte dos estratos de saber.

De um lado ao outro, cada um se depara com os estratos de saber, construindo para si uma vida modulada pelos arquivos que os contêm. Cabe ressaltar: os estratos-arquivos não teriam a força de dominação sem a zona de articulação do poder (zona 2). Esta zona é concebida como estratégica: zona de poder onde se articulam os arquivos de saberes enunciáveis/visíveis. Enquanto os arquivos têm os pés na terra, a zona estratégica faz os sobrevôos necessários para articular sempre um novo domínio, uma nova forma de assujeitamento do plano social, assim como vimos pelos primeiros capítulos.

Entre os estratos e a zona estratégica do poder encontraremos a zona de invaginação/subjetivação (zona 4). Dentro desta zona, cada um se modula do jeito que pode na relação de forças com as outras zonas.

No entanto, no interior desta zona de subjetivação, estarão contidas as forças da zona 1. Zona das forças do fora. Plano das forças turbulentas e avassaladoras que remexem e estremezem tudo o que se deseja instituído. Poderemos afirmar que a zona de subjetivação contém o fora refreado.

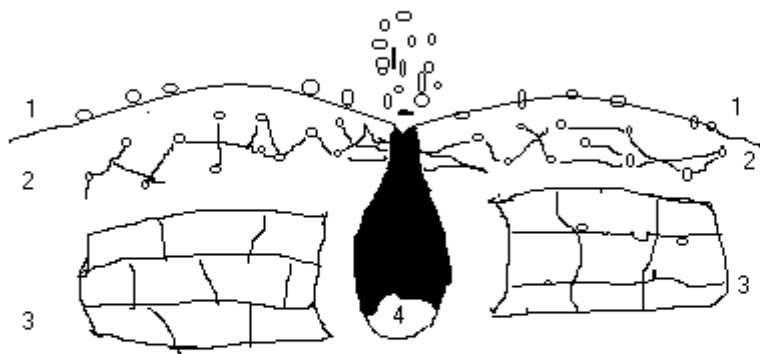
Em meio a esta exposição sumária sobre a arquitetura do diagrama – compreendido como relação de forças que é, por definição, mutável e dinâmico -, traremos em cena a música que enclausura mais ainda aqueles que estão sofrendo das suas histórias/memórias. Até que ponto a música, sendo utilizada para rerepresentar o mundo, aquilo já vivido, torna-se mais um dispositivo de controle? A música, ela mesma, poderá aprisionar cada um que já se viciou em se modular, agarrando-se ao passado ou às suas preocupações futuras.

A música poderá ter um efeito despótico, na medida em que se torna alívio/ansiolítico-sonoro. Música que tem o efeito de mordada da vocalidade política. Ao invés da música tornar-se um tônico que impulsiona o fluxo da vida para a geração

das forças vitais, a música, ela própria, pode torna-se um veneno que é tomado aos poucos. Veneno que produz obediência e assujeitamento.

A música - com o seu ponto de aplicação vertido ao passado – pode vir a funcionar como expressão dos arquivos. Arquivos dos intimismos, dos estratos de si: assim como geologicamente se compõem os estratos terrestres em suas camadas invisíveis e superpostas. Camadas que expressam acúmulos de história e memória.

Estratos/arquivos, eles mesmos, recipientes de memórias. Recipientes de imagens e sons. Quadros imagéticos e palavras sonoras que retornam como afecções da força musical. Força musical que acaba por ajudar cada um a se enraizar mais para dentro de si: ensimesmamento musical.



O diagrama acima poderá ser ilustrativo, colocando em cena a posição de clausura daqueles que se ‘manicomializam’ nas correntes da memória/história. Aprisionamento modulado pela música-representação, por processos que têm o seu

ponto de incidência na arqueologia do passado. Perceber-se-á que a zona de subjetivação 4 – modo de individuação – está tomada até o gargalo da linha fronteira com a zona 1/plano do fora.

Seguindo a indicação da imagem, poderemos perceber que aqueles que estão tomados por sua ‘grande memória’ não conseguem/não desejam se afetar pela forças provenientes do fora. Tentam se proteger das forças do tempo intempestivo, de um tempo que coloca em crise as formas instituídas. Estão estrangulados de tantas imagens passadas e afetos confusos que o seu poder de se afetar pela força da novidade está diminuída.

Em meio à diminuição do seu poder de ser afetado, teremos a acentuação da sua clausura modulada pelos estratos de saber e de poder. Dinâmica diagramática das instâncias de saber e poder que se articulam estrategicamente para produzir práticas/intervenções onde cada um se ajustará. Ajustes modulatórios vertidos aos interesses das teorias e das práticas que podem enraizar cada um mais para dentro de si. Enraizamento que, por definição, não amplia o poder de conexão com a vida, com a construção de planos de outras possibilidades. Poderemos, à luz da filosofia espinosana, afirmar que o gargalo fechado na relação com as forças do fora impede cada um de aumentar o seu poder de afetar e de ser afetado<sup>1</sup>. Diminuição da força de poder =

<sup>1</sup> Não sentir... “O hábito tem-lhe amortecido as quedas. Mas sentindo menos dor, perdeu a vantagem da dor como aviso e sintoma. Hoje em dia vive incomparavelmente mais sereno, porém em grande perigo de vida: pode estar a um passo de estar morrendo, a um passo de já ter morrido, e sem o benefício de seu próprio aviso prévio”(Clarice Lispector). Desde que me conheço por gente, espero a queda... Sempre soube que aconteceria... muitas vezes tentava não me mexer muito, pois sabia que faltava pouco pra tudo cair em cima de mim... adiei o quanto pude... Quando não pude mais, a tempestade chegou e veio com força, arrastando tudo que se encontrava em sua frente. Eu não era quem sou hoje, portanto, implorei para que tudo aquilo acabasse logo, era o “inferno vivo” e eu queria sair dali. Consegui “ajuda” e meus aliados foram meus carrascos: os remédios. Tomei antidepressivo, ansiolítico e um regulador de humor. No início, era um alívio, porque a dor diminuiu... Mas logo percebi que tudo diminuiu... A vida não me afetava mais, nada me atingia. Era como se eu estivesse acima do bem e do mal, no meu pedestal assistindo ao caos de camarote. De repente, ler Clarice Lispector (uma das minhas maiores paixões) era como ler uma revista feminina, ou seja, não me dizia nada, e ao “encontrar” Clarice eu não entrava mais num labirinto... Do mesmo modo, ouvia música que amava sem me emocionar. Via na TV o sofrimento de uma mãe ao perder um filho pequeno e não chorava... Percebi que nada mais me arrepiava, me fazia gargalhar, me fazia chorar, nada me revoltava... Logo eu sempre tão apaixonado... Logo eu que: “não agüento a resignação. Ah, como devoro com fome e prazer a revolta...” Tudo isso começou a me incomodar muito. Eu não queria apenas estar viva, eu queria sentir a vida, queria ficar muito feliz e também muito triste, queria acordar cantando e ir dormir cansada e mal-humorada, eu queria tudo, com intensidade, sabores e cheiros... Acabei descobrindo que o que tinha tornado minha vida menor era o regulador de humor e comecei minha luta pra abandoná-lo... Meu psiquiatra, que havia me diagnosticado como portadora de síndrome do pânico e depressão não aceitou a idéia de reduzir o uso do remédio, uma vez que ele queria que eu estivesse mais estável... apesar de eu estar bem, ativa e usando a medicação há um ano... E o que é estar estável? A vida não é estável e dá medo sim!... mas eu queria esse medo, eu queria minha vida de volta. Me enchi de coragem e parei de tomar o remédio que havia diminuído quem eu sou. Que delícia! Parecia que eu havia renascido. A vida não era mais preto e branco, eu conseguia me emocionar, me revoltar, ter vontade de matar um... eu podia novamente rir muito e chorar também... Finalmente, eu tinha a minha vida nas minhas mãos! A medicação que eu usei foi durante um período importante para minha sobrevivência, mas é assustador sentir na pele o que esse uso foi capaz de fazer. Hoje só posso ser agradecida a essa “ tempestade” (que os médicos insistem em nomear de depressão, síndrome do pânico – enfim, colocar nome para controlar o que não tem controle: a vida) que me fez renascer e me tornar a pessoa que sempre houve dentro de mim, mas que não tinha espaço para nascer. Tem sido um trabalho árduo, uma estrada que venho trilhando bem acompanhada por inúmeras pessoas. Caminho cheio de alegrias, tristezas, doces surpresas, desânimo, euforia... enfim, a vida que me cabe. (Profissional da área de saúde).

clausura no subjetivismo individual = confinamento na memória/história = estar separado do que pode = pouca potência de modulação existencial = produção de assujeitamento às zonas dos saberes e poderes.

Temos a visibilidade das existências subjetivadas numa forma existencial estacionária: estabilizada pela fixação nas lembranças, como efeito da relação com o corpo musical; estabilizada por medicações que também podem funcionar como mordças; estabilizada por práticas/saberes/discursos em saúde mental que produzem o lugar para aqueles a serem ‘patologizados’ pelas inúmeras clínicas do contemporâneo, que dizem estar a serviço da reforma psiquiátrica.

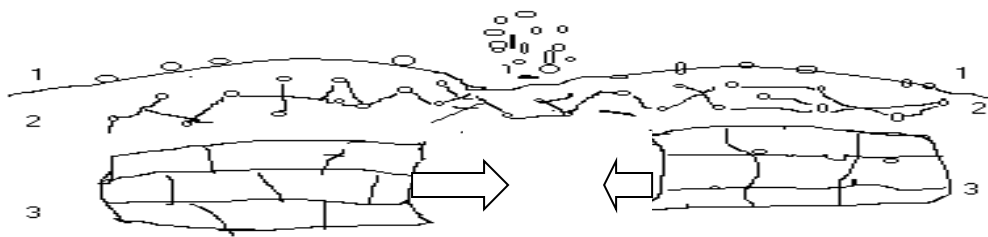
A rigor, fechar-se aos arquivos de saberes - que são articulados pela ladainha das estratégias do poder -, será, tão-somente, ressentir. Ressentir sobre aquilo que, por definição, é da ordem do já conhecido, do já instituído.

Ordem que indica a repetição do mesmo, de uma vida regrada por indicações científicas, jurídicas, religiosas, artístico-musicais. Daí decorre que a sociedade é regulada por uma medicalização apenas não médica, mas, sim, por bulas de todas as ordens: bulas papais, bulas jurídicas, bulas médicas, bulas terapêutico/clínicas, bulas artísticas.

O plano social é tributário desta lógica, ajudando a sua proliferação nas experiências pela cidade<sup>1</sup>. Mas, os nossos ‘viciados em memória/história’ podem não conseguir se manter existindo em nome da lei, da religião e da ciência. Muitos poderão se entregar à morte por não suportarem mais as lembranças que retornam, a cada vez, com um poder invasivo maior. Muitos acabam por se matar: traçados de linhas suicidárias.

---

<sup>1</sup> Verificamos com frequência a produção de livros e músicas que vêm trazer as respostas prontas para o sofrimento de cada um. Respostas formuladas como bulas do bem viver. Bulas, elas mesmas, produtoras de caminhos prontos a serem consumidos como alívios. Produção de alívios para aqueles infelizes. Infelizes que encontram a justificação da vida nos cardápios prontos do como se viver. Assistimos a mais um segmento de produção capitalista que vem atender aos viciados de respostas prontas. Vícios de respostas, de formas e maneiras de se viver. Não iremos cair no ingênuo caminho de julgar maniqueisticamente quais serão as músicas que sedam a existência ou aquelas que potencializam. Uma música romântica poderá ter força de afecção micro-revolucionária para aqueles que estão a amar novamente, assim como um rock’n rooll poderá ter força de afecção para aqueles que, pela primeira vez, soltaram o seu corpo em movimentos livres. Será preciso cada um poder sentir quais músicas produzem linhas de libertação e, por conseguinte, quais aquelas que amarram a sua existência: e isso passa pelos apetites de que cada um é capaz num dado momento existencial. Cabe ressaltar que uma mesma música poderá diferenciar o seu poder de afecção. Isto na medida que estaremos conectados com situações/problemas num dado momento da vida em que uma música já conhecida poderá abrir linhas virtuais/ de possíveis/ de novidade naquilo que vivenciamos no presente.



O desespero daqueles aprisionados na invaginação subjetiva pode conduzi-los à experiência de abolição, de morte. No entanto, aquilo que ainda é energia potencial/energia livre/energia instituinte poderá entrar em efervescência para a dissolução das amarras subjetivas. Experiência vivida por inúmeros dos integrantes da heterogênese.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS II:***

Pelo que precede, a experiência de implosão da clausura subjetiva ganha a sua dimensão estético-transtonal quando a diáspora existencial pode se morfogeneizar em outras configurações nos inúmeros planos da vida.

E foi assim o que sucedeu com ‘H.’ Ele já havia pensado em se matar inúmeras vezes. Filho de uma família numerosa, tendo experimentando desde pequeno uma vida sofrida. Não desejava mais se lembrar do passado. No entanto, o seu terapeuta insistia nesta direção: sobre como era a vida na infância, como era viver com os pais, como a mãe lhe tratava. A morte era o caminho possível para produzir o alívio das lembranças. Vale ressaltar: segundo ‘H.’ o seu terapeuta não indagou se o caminho a ser percorrido – o caminho arqueológico do passado - também era o desejado por ‘H.’.

Num dos nossos encontros, ‘H.’ chega sorridente. Intensidades que afetaram o grupo. ‘H.’ respondeu: “com vocês eu aprendi a me desviar do passado. Eu não quero mais ficar olhando para trás. Eu quero fazer a minha vida daqui pra frente.” Afirma ainda não desejar mais continuar na terapia individual porque não agüentava mais falar da sua história. Apontamos que seria importante falar tudo isso para o seu terapeuta.

‘H.’ cansou-se dos caminhos percorridos naquela relação. Caminhos vertidos à sua subordinação aos saberes e interesses do poder técnico do especialista que, segundo ele, ‘só se interessava por me fazer lembrar coisas tristes!’.

Neste ponto seria oportuno destacar o interesse das diversas terapias em possuir no seu modo de funcionamento o primado do caminho da lembrança: de ‘tornar consciente o inconsciente’. Esta metodologia, nas suas diversas modulações, pode acabar por viciar o modo de funcionamento do desejo dos usuários. Viciar o olhar de cada um na condução do presente ao caminho do passado. Poderemos afirmar que muitos especialistas se viciaram em funcionar olhando para trás, atrelados a uma clínica arqueológica que tem como primazia o ato de reviver/relembrar para dar conta do que acontece no contemporâneo.

E foi através da experiência estética do contemporâneo efetuada pelos encontros heterogênicos que ‘X.’ – uma outra integrante - vem dissolvendo a sua clausura subjetiva para conectar-se com o mundo de outras formas. ‘X.’ teve meningite quando pequena. Os efeitos da sua doença levaram prejuízos importantes na fala e na cognição. Ela conta, num dos nossos encontros, que na escola sempre foi chamada de doida e maluca. Os colegas a desprezavam. Afetos de rejeição e exclusão foram vividos não apenas na escola, mas também em sua casa. Ela escutava cotidianamente dos seus parentes: “ih, ela não entende nada mesmo... deixa pra lá, não conta nada pra ela não...”. As forças com as quais se relacionava – forças-colegas da escola/ forças-família - se utilizavam de saberes – ela não sabe de nada, ela é doida e maluca – para instituírem o seu lugar. A clausura na solidão afetiva foi edificada para aí, ela própria, se fixar.

Hoje, na companhia do seu marido – que também apresentava dificuldades de expressão – afirma: “aqui no grupo eu me sinto gente... vocês me aceitam do jeito que sou...”. E é através da experiência com o plano da heterogênesse que ‘X.’ também tem conseguido estetizar/transtornar a sua existência. Existência que vem aumentando o seu grau de potência. Grau de potência que é envolvido pela experiência turbilhionária da música e da arte que nos leva a todos para além da clausura de si: superação daquilo que nos domina. Música que, a um só tempo, dissolve os liames das grades da existência para, ela mesma, se configurar/modular em outras possibilidades.

#### ***IV.IX - DA PRIMAZIA DA PALAVRA À DESTERRITORIALIZAÇÃO DA LÍNGUA: DIÁSPORAS ESTÉTICO-TRANSTONAIIS-MUSICAIS.***

Tudo precisa ser codificado, marcado, denominado e racionalizado. Todas as experiências sensíveis são codificadas em palavras para que estas sejam compreendidas e compartilhadas no plano social. No entanto, o predomínio da razão, a primazia da explicação, a apologia das verdades têm como tributárias o uso corrente da linguagem, ou mais propriamente, da palavra.

A linguagem/palavra tornou-se ferramenta não apenas de comunicação, mas, por conseguinte, ela mesma, ferramenta clínica. Desejamos marcar a nossa posição em relação à potência linguajar/linguagem da palavra. Desejamos na heterogênesse não esquadrihar as enunciações de cada um com os estoques de conhecimentos já dados em relação ao objeto linguageiro de cada um. Desejamos a linguagem naquilo que há de informacional/comunicacional entre seres humanos que se encontram. Desejamos ser tocados pelas tonalidades das múltiplas experiências sensíveis, elas mesmas, subsumidas pela potência da palavra. Desejamos praticar a transtonalização entre-subjetividades. Transtonalizarmos os domínios imanentes a cada um de nós pela força dos encontros.

Encontros também atravessados pelos inúmeros elementos expressivos semióticos para além da palavra – esta é-nos ultra-significativa, quando acasalada às experiências musicais.

Neste ponto poderemos pensar no intercessor musical como possibilidade de decomposição estrutural da linguagem estabilizada em verdades em alguma força dominante: religiosa/jurídico/científico.

Na cotidianidade ambulatorial, deparamo-nos a cada encontro com a expressão dos modos de vida de cada um, geralmente, através de uma expressão linguageira. Desta dimensão linguageira o que escorre geralmente está referido ao campo do ideado, associado às imagens de um passado de ressentimentos ou de temores frente ao futuro que qual cada um está inclinado a vivenciar. Numa palavra, os encontros se dão, nas suas diversas manifestações, trivialmente, através de uma relação condicionada à linguagem, modulada por afetos ligados às imagens de um passado ou de um futuro.

Cabe ressaltar: estes encontros podem se transformar em dispositivos despotencializadores, na medida que, se reduzidos à esfera linguageira da palavra,

subsumem toda experiência sensível da pessoa à primazia de apenas um domínio expressivo, no caso, a expressão pela palavra.

Em meio à utilização da palavra como o único recurso estético/clínico para muitas terapias - as quais fomentam a produção de mais descrições e descrições de sentimentos sobre o domínio do passado ou do futuro para subsumi-los/subordiná-los ao cardápio conceitual que sustenta cada teoria clínica -, poderemos pensar, através do dispositivo musical, no engendramento de uma ruptura a-significante no interior da própria linguagem e encontrarmo-nos com potências languageiras para além do sentido estrito verbal. Foi por conta de um excesso de história/memória que escorria durante o grupo de heterogênesse que o conceito de ruptura a-significante (DELEUZE & GUATTARI, 1996) se acasalou à dimensão da arte. Conceito que serviu como um intercessor/ferramenta da filosofia interferindo na arte para que, por conseguinte, esta ganhasse a força necessária ao desbloqueio de uma recorrente produção do ressentimento dentro dos nossos encontros.

Num dos nossos encontros, ela – uma integrante – começou a falar que sua mente estava preenchida por lembranças que surgiram do nada. Começamos a debater no grupo sobre este aparecimento fantasmagórico/teologal/transcendental das imagens que aparecem do nada.

Cada um deu a sua contribuição: uns falam que, se acaso pararem um pouco para descansar, as imagens começam a aparecer: estes precisam se ocupar o tempo todo para elas não comparecerem em suas mentes; outros afirmaram que, mesmo que se faça alguma coisa e terminem o que estavam fazendo, logo em seguida aparecem outras imagens de situações de coisas que, ou foram adiadas, ou que precisam ser resolvidas; outros apontam para a produção de idéias e de sentimentos derivados de uma imagem que vem rapidamente ‘do nada’. Para estas pessoas as idéias e os sentimentos vão se complicando com a imagem – do passado ou do futuro – produzindo misturas que acabam criando sensações de paralisação, medo, impotência, raiva, ressentimentos, dentre outros afetos.

Conversamos sobre a possibilidade de inventarmos ferramentas para que possamos nos desviar – criando bifurcações - desta profusão de imagens e lembranças. Propus a criação de uma palavra que ninguém pudesse compreender, uma palavra que não tivesse significação. “Darandaiaahhh... darandáhhhh...”

E foi através do “darandaiaahhh... darandaáhhhh...” que começamos a brincar e a inventar novas palavras que rompessem com os estratos lingüísticos, dominados pelos



arquivos de saber. Começamos coletivamente a nos desviar do ressentimento e da culpabilização do passado. Aprendemos a cada encontro a nos desviar/romper dos temores do futuro, cantando nossas palavras a-significantes: malayhá... narayho... malaba... tatsamá... narandaiandá dánan... e aí por diante.

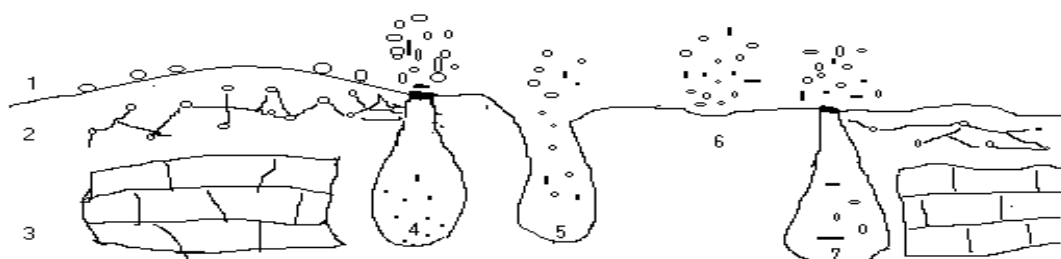
Num dos nossos dias de encontro – cabe ressaltar que nossos encontros se dão no interior de um refeitório, por onde passam muitos profissionais do ambulatório –, um profissional atravessou uma das nossas experimentações sonoro-musicais-corporais-a-significantes e o chamamos para participar conosco.

Ao final, foi perguntado ao profissional qual era a sensação de fazer aquilo junto conosco: “fiquei leve... parece que dá mais força... a mente fica leve...”. Neste momento, um dos integrantes do nosso coletivo fala sobre a sua experiência – este integrante foi aquele que desejava se matar/ foi aquele que traçou uma linha de fuga para não ser mais atendido pelo especialista ‘dos excessos de história’: “eu estou muito melhor cantando... depois que vim para este grupo... eu não tenho mais batido nos meus filhos, não brigo com minha mulher e não quero mais me matar... aqui com vocês eu estou aprendendo a esquecer o que já passou e a viver o presente... aprendi aqui a me encontrar com as pessoas para viver melhor... a música me ajudou a me unir às pessoas, não para sofrer, mas para gostar mais de mim e dos outros... Tenho me encontrado com um amigo que vem num outro grupo igual a esse num outro dia... Nós fazemos pipoca e juntamos a minha família e ele para assistir filmes e conversar sobre o que nós vimos... A gente aprendeu a conviver melhor e conversar sobre as coisas da vida...” Ele sorri e é abraçado pelo grupo.

Plasticidade existencial... Inauguramos formas de transtionalizar a existência para além das significações racionais da palavra, incluindo-a de outras maneiras. Por um lado, a processualidade estética – configurada na relação com o tempo - efeito do encontro com corpos de diversas constituições: corpos sonoros a-significantes; corpo palavra dissolvida; corpos que vibram sons dentre outros corpos. Por outro lado, a palavra ganha consistência pela experiência afetiva dos encontros entre híbridas formas de sentir, pensar e agir. Cantar para se desviar das suas clausuras. Cantar para libertar-se de si. Estética existencial engendrada pelas variações intensivas afetivas. Cantar para produzir encontros: sejam estes no ambulatório, sejam em qualquer lugar.

Variações intensivas afetivas, elas mesmas, produzidas pelo encontro entre os corpos sonoros nascidos dos corpos ressoadores de sons/música. Corpos que, por definição, expressam sons que afetam outros corpos que os afetam em ressonância.

Movimento ressonante que produz, a um só tempo, a ampliação do grau de potência – abrindo e ampliando o poder de afetar e de ser afetado por outros corpos/sons – e a modulação da singularidade de cada um – configurando os elementos constituintes de cada corpo em novas possibilidades intensivo/afetivas e do ideado que cada um tem de si.



Retomando o nosso diagrama de forças, encontramos-nos na seguinte situação, em meio à produção do intercessor trans/musical/filosófico:

- 1 - A modulação da zona de subjetivação 4 flui para uma abertura com as forças do plano do fora/1. O intercessor musical/filosófico contribui para a produção da modulação plástica da zona de subjetivação.
- 2 - Na sucessão do tempo da experimentação - que se inclina na direção do futuro - a zona de subjetivação/5 se estende, indiferenciando-se com o plano do fora. Aqui, nesta condição, não temos mais sujeitos, não temos mais papéis definidos. Profissional/usuários/outros profissionais/familiares dos usuários - dentre outros que circulem neste território - são desterritorializados dos seus lugares identitários e personalísticos. Somos convidados a entrar na aventura do plano impessoal, plano pré-pessoal, plano das intensidades caosmóticas engendradoras de novas configurações existenciais. Plano de uma coesão coletiva que se autogesta para garantir a singularidade de cada um dos seus componentes.
- 3 - Na dimensão 6 inaugura-se a esfera das hecceidades: individuações por acontecimento e não mais sujeitos individuados em suas histórias e memórias. Dimensão das forças potenciais e das energias livres/instituintes

(SIMONDON, apud Virno, mimeo) que tendem à constituição de novas individuações = novas maneiras de sentir, de pensar e de agir.

- 4 - Será na experimentação do intercessor musical/filosófico que a dissolvência das formas identitárias se dará. A música se incorpora numa palavra a-significante, tornando-se um ritornelo que se repete para a produção da diferença. Ritornelo (DELEUZE & GUATTARI, 1997) que contém na sua espessura territorial as linhas de forças plásticas anticaos: acasalamento entre caos e ordem, transação das forças turbilhonantes centrífugas e a configuração de um novo território a ser vivido e explorado: Dioniso/Apolo. Território que, de direito, é da ordem da música que banha, que envolve, que diasporiza, que dá contorno, revestindo todos no seu **líquido sonoro amniótico**, para que se dissolvam/agreguem em outras possibilidades existenciais. Experiência que se dá num plano de imanência: processos de diáspora/caos/coesão/ordem, a um só tempo, no curso da flecha do tempo.
- 5 - Da experimentação do *ritornelo* sonoro/musical a-significante com suas linhas de forças plásticas, a dissolvência identitária é estimulada pelas linhas de fuga advindas dos signos sonoros constituídos no plano de constituição do acaso. Pequenos ruídos, batidas de pés, ritmos com as mãos, gritos, gemidos, uivos, sons desafinados misturados com sons afinados, risadas, tudo isso forma um plano semiótico expressivo. Este plano semiótico vai se constituindo, ao acaso sem nenhuma determinação prévia. Acidentes sonoros que, nas suas diversas expressões, vêm compor um outro plano. Plano que se individua para a formação de um só corpo grupal. Unidade plástica de seres heterogêneos, ou como nos dirá Maffesoli (2004), formando uma *'coincidentia oppositorum'* – um encontro de opostos, de seres disparatados, sem sínteses fixas.
- 6 - Desterritorialização da língua: encontramos-nos na 'exrangeirice' da nossa língua materna (DELEUZE, 1997). Operação de ruptura de sentido que se efetua pela **operação da tetravalência do agenciamento**. O agenciamento terá, de uma parte, lados territoriais ou reterritorializados que o estabiliza e, de outra parte, picos de desterritorialização que o arrebatam e o caotizam. Ritmo/som/vibrações/conteúdos lingüísticos/expressões: de um lado teremos, num mesmo eixo, o agenciamento maquínico de corpos, a um só

tempo, desterritorializando os corpos das formas instituídas e produzindo novos territórios existenciais para serem explorados. Operação que movimenta paixões e misturas de corpos que reagem em conveniências e desconveniências. Reações, elas mesmas, como contágios e combates: poder de afetar e de ser afetado para a produção e entrelaçamentos de mundos díspares. De outro lado, teremos **os agenciamentos coletivos de enunciação** “[...] de atos e de enunciados transformações incorpóreas sendo atribuídas aos corpos” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p. 29). Não teremos nestas experimentações uma enunciação individual, nem mesmo sujeito de enunciação. O que há é a produção de efeitos entre corpos singularizados pela expressão de uma coletividade que se manifesta em voz. Uma coletividade que se expressa numa individuação gestada/singularizada a partir do acontecimento. Operação que se distancia dos modos habituais de se dizer ‘Eu’ para poder expressar os tantos que fazem parte da multiplicidade dos muitos de nós. Produção do coletivo – das raças, dos povos, das culturas, das vivências/ciências, das línguas, por outros códigos que escapam ao individual, mas que se engendram no encontro fortuito dos corpos. Neste domínio, teremos a expressão/produção maquínica do inconsciente. Inconsciente que **não lida com pessoas e objetos: mas com trajetos e devires**: produzido num plano de forças. Plano que se diz de uma Usina de Intensidades (PEIXOTO, 2000).

- 7 - Ao final das experimentações advindas do intercessor musical/filosófico, a sensação é de ser um outro distinto do que era antes. A sensação é de renovação e de estar lançado/inclinado ao movimento do devir. Novas individuações são compostas – zona de subjetivação 7. Ser e devir se esposam, a um só tempo, para nascer outros de nós em nós. Fórmula prigogeniana, num sentido um pouco desviado do original, donde fenômenos organizados podem nascer de si mesmos a partir de desequilíbrios efetuados pelas experimentações transtonais/estético/filosófico/catastróficas sonoro/musicais/cênicas. Assim como a natureza realiza suas estruturas mais complexas e delicadas através de equilíbrios instáveis que evoluem para misturas uniformes, o plano transtonal da heterogênese aposta na aventura de que “[...] a vida só é possível num universo longe do equilíbrio” (PRIGOGINE, 1996, p. 30). O mundo, a vida, doravante, não poderão ser

compreendidos à luz das certezas, mas de um universo que se efetua e se nasce de si pelas transações catastróficas simultâneas entre caos e ordem: estética caosmocismogenética filosófico/sonoro/musical.

- 8 - O exercício destas e de outras experimentações, onde o fenômeno sonoro/musical comparece nos nossos encontros, tem permitido a maior potencialização das afecções do grupo como um todo. Novas maneiras de poder manejar a vida são encontradas em meio ao exercício do nosso ritual de experimentações. Cumpre notar: tomamos de empréstimo o poder ritual da música. Poder de reunião de subjetividades que se entrelaçam pela força da ressonância musical. Nesta esfera, os corpos maquinicamente entram em ressonância pela força de afecção da música. Música que ritualiza a dinâmica de conveniências e desconveniências entre-corpos, assim como o que acontece quando um som afeta um objeto: um copo. O copo, enquanto corpo afetado, entra em conveniência com o corpo sonoro. Conveniência que faz vibrar o corpo-copo manifestando, como efeito deste encontro, a expressão de uma ‘altura sonora’: noutros termos, o copo ressoando um som. Assim como a interferência entre objetos produz ‘vibrações convenientes’, os corpos que constituem a heterogênese entram em ressonância. Ressonância entre-corpos homóloga à relação entre as cordas friccionadas de um violino e o seu corpo de madeira: será o tampo harmônico do violino que vibrará em conveniência com a corda friccionada pelo arco. Fenômeno ressonante nascido da relação vibratória entre-corpos. No caso da heterogênese, a ressonância é gestada pelos distintos corpos que se ligam pelos afetos nascidos dos sons: *afecsons*. Desta esfera, acreditamos na potência ritual da música. **Potência estética transtonal**. Potência que dá voz às polifônicas subjetividades: filhas da alteridade. Filhas da natureza a cantar e dançar: traçando novas linhas de desejo. Desejo nascido da música a-significante, ela mesma, emergência das interferências ressonantes entre-corpos.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS III :***

Existem aqueles dias em que as coisas estão andando ‘bem’ na vida dos integrantes da heterogênese. Aproveitamos para fazer a leitura deste tipo de ‘afecção’.

Afecção nascida das conexões com o plano da vida. Plano onde cada um sofreu a ação das combinatórias/transações de afetos e idéias: plano de composição onde cada um é parte.

Estávamos nós debatendo acerca da noção de terapia quando as vozes conceituam as experiências advindas deste ‘corpo’, ele mesmo, terapêutico. Uns afirmaram que, por estarem fazendo terapia, são vistos como aqueles que têm ‘descontrole emocional’; ‘só em vir fazer terapia, as pessoas me chamam de doente’; ‘o nome terapia restringe... fica sendo o lugar das pessoas doentes...’. Estas e outras enunciações foram discutidas quando num relance de idéias – assim como num drible ao meio das nossas idéias – surge a fala de uma mulher: “cada um aqui é um mundo”. Daí, outro, em seguida falou – um classificado com Esquizofrenia paranóide – “cada um é um mundo que se entrelaça com outros mundos para nascer outros mundos”. Esta definição foi debatida e ‘batizada’ pelo nome heterogênese: mundos que se entrelaçam para o nascer de outros mundos. “Dar o nome heterogênese nos põe junto de todo mundo aqui dentro e lá fora... lá fora também acontece a heterogênese...”.

A sensação nascida deste debate de idéias e de afetos era a de que todos podem compor com todos. Daí começamos a falar sobre o mundo lá fora. Das notícias da grande heterogênese planetária: a violência, as injustiças. Tivemos a idéia de misturarmo-nos mais com as vivências que estão a se operar na vida. Tivemos a idéia de cada um trazer recortes de notícias para movimentar a realidade que vai sendo criada a cada momento nos nossos ‘acoplamentos de mundos’. Debates sobre o volume das informações que estão a emergir a cada instante e sobre o fato de que nós também estamos a produzir informações. Informações de diversas ordens e naturezas. Informações que também se produzem pela via dos afetos e das correlações entre os corpos que se afetam. Comunicação entre corpos que emergem informações não apenas pela ordem da palavra: mas também, por signos rítmicos, timbrísticos, sonoros. Comunicação informacional que liga mundos, engendrando outros universos existenciais. Daí começamos a debater sobre as várias formas de comunicação e das informações que dela derivam. Uns falaram que os olhos falam coisas que as palavras não dizem. Outros apontaram para o movimentar das mãos: os gestos acompanham as outras vias comunicativas. O assunto ganhou a direção das várias formas de ligação que fazemos na vida. Caímos no tema da força da música que liga a todos nós – produzindo ressonâncias/correlações. Segue-se desta discussão o papel do ritmo como aquele que

pulsa o acontecimento: “as batidas de mãos e pés parece que sacode a gente por dentro...”.

Daí fomos nós ‘brincar’ de nos ligar através das percussões das mãos pelas partes do nosso corpo e pelo corpo do outro. Ritmos de mãos que se entrelaçam com outros ritmos. A ligação/correlação que vai se efetuando é acompanhada por um ritornelo melódico. Fluxos e refluxos feito as marés do mar. Ritmos, pulsações esposadas às modulações melódicas. Estas experimentações dos acoplamentos entre ritmos percutidos nos corpos entrelaçados com a nossa ‘língua estrangeira’ – modulada pelas palavras que inventamos -, proporcionam a edificação de ligas. Ligas, elas mesmas, efeitos dos acidentes entre os nossos ritmos e entre as nossas melodias. Acidentes de sons e palavras, de imagens dos corpos que se percutem. Percussões no espaço e no tempo. Percussões que, por definição, pulsam o instante/acontecimento. Acontecimento gestado pelo encontro entre mundos de sons/palavras/gestos/escalas anímicas/escalas rítmicas/escalas de desejo/escalas de vida.

Acontecimentos gestados pelo pulsar do encontro fortuito dos corpos. Corpos que perdem o seu estatuto identitário para, neste/deste encontro, se produzir em outras possibilidades: de sensações, de idéias, de ações. “Ganho força com vocês... é como se tivesse um espelho e pudesse me ver em vocês...”. Esta ativação das forças plásticas, da energia livre, daquilo que é potencial em nós, se dá pela via dos acidentes entre corpos. Na medida que somos tocados pela idéias sonoro/rítmico/gestual/afetivas de outra pessoa, formas de correlação são criadas. Correlação, ela própria, nascida do toque entre corpos. Corpos que sofrem a ação de outros corpos. Meu corpo é tocado pelas frequências ideativas sonoro/visuais de outro corpo que entra em ressonância – ou não - com as minhas. Toque que produz correlações/ressonâncias: o rastro/vestigio de outras subjetividades me habita como efeito do encontro. Transação de frequências ideativas sonoro/visuais que gestam outras possibilidades de vida. “Me sinto pra fora de mim... é como se eu pudesse sair de mim mesma...” – “meu corpo parece que se mistura com o de vocês...”. Experiências de misturas de corpos – assim como uma gota de tinta se dissolve/mistura com a água de um copo d’água. Efeito entrópico onde os nossos estratos do costume, do hábito, do aprisionamento identitário se dissolvem, se dissipam. Dissolvemo-nos quando mergulhamos nestas experiências. Um plano de outras possibilidades se abre em nós. Novas configurações existenciais nascem deste aumento da entropia existencial. Entropizamos aquilo que está concentrado, contido, super organizado, neguentropizado em nós. Entropizamos nossas histórias, nossas memórias,

nossos afetos e idéias que nos aprisionam em manicômios sem paredes. Entropizamos nossos manicômios de nós. Diasporizamos-nos como efeito do encontro com outras frequências ideativo/afetivas sonoro/rítmicas – e também de outras maneiras. E é através da experiência do encontro com o outro que podemos – pelo aumento da entropia existencial/grupal – viver os outros de nós em nós.

#### ***IV.X - DA MÚSICA COMO ORDENADORA SOCIAL À FORÇA RITUAL/POLÍTICA DA MÚSICA:***

Considerando as enunciações precedentes, podemos nos enveredar na expressão/potência magnética da música, ela mesma, recebendo o estatuto de catalisadora: estimulante/tônico. Estatuto musical que, por definição, vem dinamizar os corpos que a ela se esposa, constituindo **o nosso movimento estético transtional com cunho ritual/político.**

Não tomamos a música na sua acepção platônica, i. e., a música, ela mesma, recebendo o estatuto de música das esferas. Neste ponto, torna-se oportuno, numa primeira análise, remontarmos à cosmologia platônica que fundava a sua justificação na música como ordenadora e princípio do cosmos. Platão concebia a máquina do mundo como a imagem e semelhança, para nós, de uma grande vitrola cósmica (WISNICK, 1989).

Consoante Wisnick, o modelo musical cosmogenético transitou pela história do ocidente. Trânsito que deixou a sua marca milenar: sendo o modelo utilizado pela teoria musical medieval e renascentista. Modelo que se dissolveu na tradição musical européia, esta abandonando a astrologia, se manteve como uma música das alturas. Música “[...] sublimada e filtrada de ruído” (op. cit., p. 93).

Decorre daí que o modelo musical inspirado na harmonia das esferas é aquele que deseja para a música a sua existência sem ruídos/desvios/acidentes. Modelo que, por definição, tem como estatuto o equilíbrio de uma escala ideal – os ideais da norma, das regulações-regularidades – sem qualquer deslize, turbulência e ruído. Modelo musical, fundante e regulador cósmico que será transposto/deslocado para a norma social.

Decorre destas enunciações a íntima relação entre a cosmologia musical platônica – regida por um equilíbrio cósmico – e suas transposições ao equilíbrio social. Nesta esfera, o poder magnético da música tem a sua potência, a um só tempo, dirigido



à formação moral do cidadão – poder de agregar, poder centrípeta de pedagogização normativa – bem como a música, ela mesma, diaspORIZANDO – com sua força centrífuga e transgressora – a ordem estabelecida.

Por um lado, a música pode ser a ferramenta de constituição ético-estético-política da normatização/normalização/pedagogização social e, por outro lado, ela mesma, poderá produzir outras possibilidades. Possibilidades transtornais que se digam da construção e constituição permanente de fluxos que liberem as forças instituintes/constituintes. Liberação das forças instituintes que, nas suas diversas expressões, possam configurar novas ordens e processos sociais.

Nesta esfera, encontramos-nos com “[...] a luta sacrificial entre o som e o ruído” (op. cit., p. 93). Luta, ela mesma, expressando, por um lado, a face da música para o equilíbrio social e, por outro lado, a música que encarna a possibilidade de ‘microrevoluções’ no plano ontológico e coletivo. Cabe ressaltar que o modelo da harmonia das esferas idealizado por Platão tornou-se objeto pedagógico-político da experiência musical. Objeto que, por definição, delimitava “[...] estabelecer o crivo que separa a música adequada à ordem pública (ligada a um ideal de contenção e afirmação centrípeta do social) da música dissolvente, que minaria centrifugamente os fundamentos da vida social, levando-a à ruína” (op. cit., p. 94).

Naquele domínio platônico, a música foi pensada ao lado da ginástica, como a fundação para a educação e normalização social. Não será para o interesse do nosso projeto enveredar por uma análise exaustiva sobre a luta sacrificial entre a música de índole adequada à ordem social e aquela que busca a inovação e o transe. Luta onde foram produzidas bulas de utilizações de certos instrumentos e escalas para a coesão da polis, bem como outras bulas com indicações de instrumentos e escalas que deveriam ser evitados. Estas ‘bulas’ poderão ser encontradas em Wisnick (op. cit.).

Para o nosso interesse caberá ressaltar, no que foi exposto, sobre a subordinação da música à palavra. Subordinação da música dionisíaca que fora condenada - na medida que esta fora vista como dissolvente, como aquela que expressava a voz das minorias e não da ordem social. A música, que antes não estava subordinada e a serviço da razão e da palavra, perde a sua força. A potência da música – enquanto significante puro, i. e., enquanto sentido para fora do sentido, rompendo com as significações – acaba por ser regulada “[...] por um código de uso que faz com que ele se subordine ao significado Apolíneo” (op. cit., p. 95).

Poderemos problematizar, à luz do que foi enunciado anteriormente, acerca da música no seu aspecto ritual e político no processo heterogenético.

Cada um que comparece inicialmente na heterogênese vem trazendo seus sofrimentos singulares. Cada um sofre as ações da força dos acontecimentos singularmente. Sofrem as ações dos seus encontros, engendrando organizações no plano dos afetos, das idéias e, com efeito, das sensações corporais. Cada um chega, à sua maneira, despotencializado da força de conexão com a vida e com o mundo. Diminuíram o seu grau de potência: criando universos restritos às várias formas ladainésicas de se sofrer.

Uma das nossas ferramentas que nos auxilia para a produção de novas maneiras de conexão com a vida e com os outros se dá pelos rituais e celebrações musicais. Podemos todos sentir que as palavras já foram ditas e que precisamos nos ligar através dos sons. Sons que possuem o efeito liberador das correntes da história e da memória. Sons que são impulsionados por afetos de todas as ordens e colorações. Sons que produzem afecções produtivas de *afecsons*. *Afecsons* – afetos e sons nascidos dos outros sons e afetos dos nossos sons e afetos num movimento ritornélico centrífugo/espíralar– que arrancam as dores, despertam prazeres, desfiam do peito as amarras das tristezas, impulsionando-nos a entrar na passagem do tempo em devir: dinamizando o poder de afetar e de ser afetado pela ‘repetição ritornélica’ engendradora de diferenças.

*Afecsons* que nos libera do tempo marcado e cronificado da história – *Cronus* –, para deslizarmos num tempo sem tempo, num tempo que contém na sua espessura o passado e o futuro, tempo intempestivo, *tempo aiônico*. Tempo, ele mesmo, ondulatório e dinâmico por onde as ondas sonoras deslizam para surfarmos em novas ressonâncias que inauguram novas possibilidades experienciais.

E é pelo contágio dos afetos e dos sons que nascem os *afecsons*. Misturas de frequências sonoras com variações intensivas afetivas. Processo pelo qual o princípio de individuação se diasporiza para que as partículas de desejo entrem em estado de efervescência. Efervescência de formas constituídas que se dissolvem para novas configurações territoriais e existenciais. Encontramo-nos com o plano da natureza. Encontramo-nos com aquilo que é potencial, instituinte e livre em nós. A música - com seu poder heterogenético - nos oferece a liga necessária para que os cantos e as danças dêem voz à natureza imanente dos corpos. Natureza, ela mesma, liberada das formas cotidianas, dos estratos de história, dos arquivos de memória para poder devir. Devir

outros de nós em nós. Enlaçamo-nos com outros mundos/singularidades para entrelaçarmos sons e afetos – *afecsons* – produzindo outros mundos.

As colisões comunicativas sonoras, engendradas por nossos rituais, constituem ressonâncias que ligam estes encontros. Ligações efetuadas pelos encontros fortuitos sonoros/corporais. Uma partícula sonora correlata com outra encontrará em seguida uma terceira partícula. As correlações duais transformam-se, pois, em correlações ternárias ou em tétrades: corpos afetivo/sonoros que se acoplam no decurso do tempo. Blocos de sons engendrados de blocos harmônico/melódicos que transitam no fluxo do tempo. Daí a força do grupo – constituída por frequências afetivo/intensivo/sonoras singulares - é acoplada por ressonâncias formando a coesão grupal/sonora: efeito parecido com o que acontece com as ressonâncias de Poincaré (apud PRIGOGINE, 1996). As ressonâncias “[...] acoplam os processos dinâmicos exatamente como elas acoplam os harmônicos na música” (op. cit., p. 128).

Os encontros são homólogos à música: estão impregnados de tensões, dissonâncias, consonâncias, alturas sonoras que se entrelaçam para a emergência de uma polifonia de subjetividades, durações sonoras singulares mais curtas e mais longas, expressando os ritmos no interior de uma cadência nascida da ressonância grupal. Encontros que pulsam, a um só tempo, momentos estáveis e instáveis através das ressonâncias que produzem coexistências de frequências existenciais singulares, defasagens rítmicas que proporcionam espaços no tempo para a produção de curvas e quinas. Curvas e quinas produtoras de encontros entre existentes modos, filhos da alteridade. Curvas e quinas que se abrem pela ordem dos encontros movidos pelas sonoridades e afetos que nos tiram das nossas prisões históricas e mnêmicas. Encontros que ganham a sua consistência pela força das ressonâncias, assim como as moléculas de água que se colidem: após a colisão criam-se correlações entre essas moléculas. Correlações que, por definição, produzem, como efeito do encontro, ligações que conservam a vida entre-corpos. Conservação de vida efetuada pelas correlações advindas das ressonâncias que os ligam: assim como um som dura no tempo e entrecorta o espaço pela transação de frequências que ganham a sua consistência existencial pelos processos de co-existência ressonante entre a nota fundamental e os harmônicos que a ela se esposam.

Os processos de colisão entre as frequências sonoras de cada corpo produzem efeitos. Efeitos de ligação: **ressonâncias existenciais**. Ressonâncias, elas mesmas, expressão dos processos de colisão dos sons. Colisão de sons que afetam os corpos.

Corpos, eles mesmos, modulados pelas outras frequências. Ampliação do poder de ser afetado. Amplia-se a modulação dos afetos de vitalidade (STERN, 1992) para mais ou para menos: expansões ou contrações. Afetos que impulsionam a produção de mais frequências sonoras. Frequências que entrarão em novas colisões: redes de novas ressonâncias. Novas expressões do universo estético transtional existencial: flutuante, ruidoso, caótico, intempestivo, tempestuoso, ordenado, para *ser e devir* no curso do indeterminado.

Daí a variação dos corpos que se modulam afetivamente, produzindo outras frequências intensivas: afetos de vitalidade. Isso porque cada som, assim como cada singular existência, corresponde na realidade não a uma onda pura, mas a um feixe de ondas, uma superposição intrincada de frequências de comprimento desigual – cada um emite os seus afetos de vitalidade/frequências afetivo/sonoras para mais ou para menos: variações de alegria ou tristeza.

*Afecsons!* A cada momento, o nosso ritual heterogenético é timbrado pela singularidade colorística das frequências/afetos de vitalidade que vão modulando pelo toque que os outros corpos sonoros incidem sobre seus corpos. Nosso corpo é vibrado por outros corpos, assim como as cordas do violão são vibradas pelo violonista. Corpo instrumento vibrado pelas idéias e afetos de outros corpos. Corpo afetado e produzido na relação recíproca com outros corpos. Nascimento de efeitos/afecções em cada corpo em relação, combinação, correlação. Combinação/acoplamento efetuada por ressonâncias. Ressonâncias que ligam afetos, idéias e sons: afecsons. *Afecsons*, filhos dos encontros. Afetos nascidos em sons movidos pela dinâmica Transhodosfreqüencial: interferências entre-subjetividades que se processam no curso dos encontros, modulando as frequências das idéias, dos afetos, do mundo somático, dentre outros domínios da complexa existência.

Será pela combinação do jogo freqüencial afetivo vital – nas suas combinações e acoplamentos, interações, acasalamentos, núpcias – que teremos as transações melódicas dionisiacas e apolíneas. Melodias expressas por um feixe de frequências manifestas como corpo timbrístico: expressão da cor do som. Nascemos dos sons que, a um só tempo, nos gestaram. Ritual de produção de si no acoplamento entre trocas sociais de subjetividade, movidas pela força primaveril musical.

Processos de colisão/gestação de corpos efetuados pela experiência do contemporâneo. Processos que expressam realidades. Universo ritual estético flutuante, ruidoso, caótico, mais próximo daquele que os atomistas gregos haviam inventado. “O

clinamem que fora introduzido para resolver o dilema de Epicuro não é mais um elemento estranho, mas, sim a expressão da instabilidade dinâmica”. (PRIGOGINE, op. cit., p. 134).

Encontramo-nos ligados como um só corpo, num bloco de sons e de afetos que se ligam, se acoplam, se dissociam, se entropizam a todo instante. Movimento ritual dos *afecsons* que, em suas diversas expressões, singulariza-se em força, em potência, em vida. Vida que floresce mais uma vez: nascermos primavera dos nossos invernos em novas configurações de afetos e sons: afecsons.

E é através dos nossos rituais musicais que colorimos em desenhos sonoros os nossos desejos, **a nossa força política**. Afirmamos a música como a liga que transtionaliza e dá consistência ao corpo ético-estético-político da heterogênese<sup>1</sup>. A música é a expressão e manifestação do conatus-desejo-esforço de perseveração na existência do corpo heterogênético. Ganhamos força uns com os outros para perseverar na existência: “é quando eu vejo a melhora do outro que eu vejo a minha melhora”, disse um dos nossos. Será na potência do outro que poderemos ter a visibilidade das nossas potências. Potências nascidas do encontro como efeito tonificador da música. Música engendradora de dissolvência e de unidade: Dionisos e Apolos. Política estética ritual que tem o estatuto de ser meta-estável, autogestando-se por processos de equilíbrio dinâmico. Política estética ritual que nos oferece o apoio para ganharmos a força necessária pelos sons e afetos de quem está ao nosso lado: “eu nunca faria isso sozinho... eu preciso de vocês para superar os meus medos...”. Ao invés de utilizarmos a música para o controle das paixões, desejamo-la para a ativação das nossas forças plásticas ativas. Movimento ritual, filho das políticas sonoro, musicais e afetivas. Movimento que acolhe a diversidade sonora: desde os blocos de sons mais puros e infantis aos ruídos e ritmos que catalisam a força para catastrofizar as formas instituídas que tentam se manter ainda de pé. A música, na nossa política estética ritual, verte a sua direção, não para a ordenação e obediência ao já instituído. Verte a sua direção, sim, à produção de conexões fortes entre homens e mulheres para a constituição de um plano

---

<sup>1</sup>Vale ressaltar sobre a perspectiva da musicoterapia que utiliza a música com fins terapêuticos. A musicoterapia vem contribuindo em diversas áreas de atuação no campo da saúde mental e em outros com trabalhos importantes na área. Cumpre notar que a utilização da música nos acontecimentos dos grupos de heterogênese tem, a um só tempo, a função de mobilização de afetos e de idéias para o conhecimento das clausuras e liberações do desejo e de transtionalização das existências. Não utilizamos a música com fins terapêuticos, mas, sim, na construção de um plano ético - para a transvaloração, i.e., para a criação de novos valores, novos modos de existência que, por sua vez, se vinculam à transtionalização da vida, i.e., à criação de novas tonalidades nos modos de sentir, pensar e agir. Por sua vez, a música magnetiza os desejos para concorrerem na direção de interesses comuns: a música tonaliza os encontros, eles mesmos, com consistência política. A música é a nossa liga política.

que se diz, ele mesmo, heterogenético. Coexistir, conviver, cooperar, combinar, acoplar, co-habitar, co-ocupar, co-orbitar: ocupar a mesma órbita do outro, sair de órbita para devir outras, coordenar – ordenar cooperativamente –, co-produzir: transações dos afetos nascidos em sons e idéias. Idéias compósitas: recheadas/mescladas de intensivas experiências. Idéias gestadas das conexões fortalecidas pelo ritual político estético. Conexões de idéias e união de corpos.

#### ***IV.XI - DO TOQUE DOS CORPOS: MÚSICA, RESPIRAÇÃO E MOVIMENTO.***

Essas muitas das de mim estremeçeram  
quando levantei um pouco da pele adormecida.  
De onde vieram tão suadas, coladas em um só abraço?  
Era um jogo de peles peguntas, úmidas...  
Colam-se descolam-se grudam-se.  
E, de repente, Eu pura pele, corpo pele,  
pele memória,  
pele paisagens,  
pele arrepios,  
pele amada,  
pele mutante,  
pele, poros abertos, bocas e olhos,  
pele prazeres,  
choro de peles suores.  
Rasgo-me em peles, em tantas, ultrapasso a pele.  
Toco com a delicadeza a alma da pele, apenas toco.  
O toque tem o poder de desenhar universos.  
Descubro então poderes de estornar a pele,  
descubro poderes de deletar memórias,  
descubro poderes de criar carapaças,  
descubro o poder de redesenhar mistérios,  
descubro o poder de ser casca de ovo.  
(RITA BRENNAND, 2001, p. 25)

Assim como fazem os químicos, extrairemos das palavras de Brennan um componente necessário para dar movimento ao nosso trabalho: “O toque tem o poder de desenhar universos”. E será por esta dimensão, a do toque, que extrairemos a força que nos mobilizará para desenharmos novos universos existenciais.

E é no nosso ritual transtional da existência que o toque ganha a sua consistência como ferramenta estética, engendradora de mundos. Mundos que vão sendo modulados, criados, nascidos, paridos pela força de afecção do toque entre corpos, como os mundos cósmicos se germinaram dos encontros, dos toques entre partículas.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS IV:***

E ela chegou aos nossos encontros. Seus olhos arregalados... expressavam suas assustadas intensidades. Intensidades que, por definição, eram subsumidas pela expressiva manifestação do seu olhar. Seu olhar nos tocava como que esperando algo... seu corpo era todo uma expectativa expressa em olhos. Suas mãos frias e úmidas encontraram o toque das nossas. Em meio ao seu silêncio profundo, as nossas palavras se esposavam ao toque entre mãos. Sua mãe também acompanhava com seu olhar profundamente triste, carregando na emergência da sua profundidade aquilo que era a sua dor.

E foi durante os muitos encontros que os seus olhos – da filha e da mãe – puderam encontrar a energia de brilhar mais uma vez. Brilhar-se para a vida!

Já há muito tempo utilizamos o toque como ferramenta estética transtional. Ferramenta que diasporiza formas enrigecidas em novas configurações. E foi através da experiência pelo toque que criamos o nosso ritual da árvore. Cuidar das folhas, dos galhos, da sua copa, do tronco, das raízes... Tomamos de empréstimo as imagens da natureza para tocarmos nossos corpos. Devimos jardineiros de corpos existenciais!

Nossas cabeças tornaram-se as folhas e as ramificações dos galhos; nosso pescoço o tronco; os nossos músculos trapézios, as raízes. Assim como os orientais abrem os meridianos energéticos para a liberação de Chi, aprendemos a abrir a passagem da vida através do toque em nossos ‘jardins de árvores existenciais’. Árvores, cada uma, expressando a sua singularidade. Umas mais sofridas, uma vez que sofreram os efeitos do tempo e dos seus encontros. Tempo encarnado pelas rígidas manifestações da carne.

Aprendemos a desenhar os caminhos por onde abríamos passagens para que a vida pudesse encontrar sua expressão. Caminhos desenhados pelos toques dos dedos que faculta, como efeito, a vivência de novas afecções. Afecções nascidas da força do encontro pelo toque de mundos. Convidamos a música para, ela mesma, nos tocar com a sua força produtiva de afecções. O convite também foi feito à respiração para que, ela mesma, a força vital que alimenta todos os seres vivos, nos tocasse mais uma vez com vida: alimentamo-nos de prána (DE ROSE, 1995).

Todos divididos em duplas – um em pé e o outro sentado – formamos um círculo. A respiração tem a participação do abdômen, das musculaturas intercostais e,

por último, torácica. Respiramos em três tempos, retemos o ar em 2, expiramos fazendo um leve som sibilante pelos dentes, controlando a saída de ar. Marcamos a nossa escala dos tempos respiratórios, fazendo, dela mesma, o nosso ritornelo, o nosso universo ritual, para dele nascermos, em outros tons, em outras possibilidades.

A música vem nos tocar quando todos já estão respirando de olhos fechados e abrindo conexões de contato mais sutis. Dedos/mãos que tocam folhas, galhos, troncos e raízes... Folhas, galhos, troncos e raízes que tocam as mãos/dedos de cada jardineiro. Num dado momento, um suspiro... O grau de excitação da fronteira de contato (PERLS, 1977) se amplia. Os sons começam a se desvelar: as experiências sensíveis afetivas e intensivas se manifestam em sons. Sons que produzem mais afecções: *afecsons*.

Outras configurações do corpo/árvore se expressam em movimentos, assim como os ventos que tocam as suas copas, para um lado e para o outro... Movimento efeito dos encontros entre toques de corpos que se entrelaçam. Entrelaçamentos que dissipam formas fixas de viver para amplificar existências.

Corpos que amplificam o seu grau de potência, o seu grau de excitação pelo encontro de peles. Peles sonoras que vibram pelas auditivas; peles dos dedos que deslizam em peles táteis; peles respiratórias tocadas por peles práxicas dentre o encontro de outras peles mais sutis. Películas de existências que, na suas manifestações entretocadas, expressam a tez singular de existências individuadas.

“Leveza...”; “sou outra pessoa agora...”; “me sinto mais aberta...”; “senti que meu corpo está vibrando...”; “fui para um outro lugar...”; “flutuei...!” Estas e muitas outras expressões são as que se produzem como efeito do nosso ritual da árvore. Ritual que, por definição, aumenta o poder de afetar de ser afetado de cada um, singularizando-os em novas configurações existenciais, através do seu poder de afecção.

E foi assim que ela diz ter conseguido sair do seu ‘esconderijo’: atualmente retornou à sua graduação em Direito. Projeto que se desenha em novos tons de desejos, de idéias, de afetos: transtonalizando-se noutras possibilidades.

Cabe ressaltar: ela ficou durante meses sem falar no grupo! O grupo também, por seu turno, não interrogava sobre as causas de seu sofrimento. Modo de funcionamento ético, na medida que cada um tem o direito de expressar o seu mundo, quando quiser, encontrando, neles mesmos, o universo onde poderá encontrar a sua própria medida. Acreditamos – e isto pode ser visto em exemplos já vividos – que muitas pessoas efetuam a sua transtonalização existencial ao serem tocadas pelas experiências em nossos encontros. Podemos afirmar que, aqueles que muitas vezes,



mantêm-se em silêncio, experimentam ‘revoluções moleculares’. Revoluções, elas mesmas, advindas dos encontros entre diversos modos de viver. Aquilo que ainda é esconderijo poderá ser luz pelo exercício processual de ‘se ligar’ a outros mundos por outras vias expressivas. Aquilo que é esconderijo irá se manifestar quando *‘a voz se sentir capaz de tornar pele’* – o que é emergente e que aparece em ato – aquilo que ainda é obscuro nos afetos e nas idéias. O tempo dos encontros produzirá a emergência daquilo tão contido, manifestando emoções, pensamentos e imagens, doravante, em peles vocais.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS V***

Outra integrante afirmava que os pensamentos se misturavam em sua cabeça. Estes traziam mais pensamentos. Pensamentos que faziam nascer sentimentos confusos: “eu me sinto maluca de tantos pensamentos confusos e imagens...”. E foi através da sua fala que pudemos transversalizar este tema nos fluxos do grupo. O tema das afecções passivas é corrente. Já pude dar ‘aulas espinosanas’ sobre a produção destas afecções. O efeito tem sido: “ah, agora eu entendo como estes sentimentos surgem... parecia que eles vinham do nada...”. Pensamos sobre como podemos - além da compreensão da produção das nossas afecções, assim como vimos pelo terceiro capítulo – produzir formas e estratégias de abrimos outras configurações bioenergéticometais – i. e. entropizando nossa existência para a configuração, dela mesma, em outras possibilidades.

Decorre daí que poderemos nos servir do corpo – ou de vários corpos – para esta produção. As enunciações do grupo versam sobre a profusão de imagens e pensamentos confusos, estes ora dirigidos ao passado ou ora às preocupações futuras – e ainda movidos por imagens nunca vistas ou vividas. Estas últimas, ao invés de serem potencializadoras da invenção de novas bifurcações/possibilidades, são, elas próprias, imagens virtuais envenenadoras da existência. As marcas do passado podem agir de forma silenciosa no presente, agindo silenciosamente nas nossas formas de ver, sentir e decidir os nossos encontros.

Tive uma intuição: o presente intempestivo não está escorrendo. O presente - que subsume as forças potentes do passado e as virtualidades do futuro - não está fluindo de forma livre e criativa. Lembrei-me de Bergson (1999), quando nos enuncia sobre o acasalamento do passado imediato – enquanto pura sensação que nos traduz

uma sucessão de estímulos – e o futuro imediato – enquanto ação/movimento/devir. Ser e devir em núpcias na experiência do presente! Um presente, ele mesmo, encarnado pela experiência da sensação e do movimento: a um só tempo, o presente formando uma unidade indivisa onde o devir acopla-se à sensação dos instantes que consistem na experiência do corpo. Um presente, que se diz de uma experiência de combinações e de misturas de sensações e movimentos. **O presente é, por definição, ‘sensório-motor’.**

Desta intuição bergsoniana acoplei as imagens do tai-chi chuam com as imagens da respiração e sons. Inventamos uma ferramenta para a produção do escorrer do tempo, nele mesmo, corporificado por experimentações sensório-motoras.

Ficamos de pé – fazemos um convite a você tentar também conosco - com uma base aberta na extensão dos quadris. Joelhos fletidos levemente. Braços e mãos soltas ao longo do corpo. Olhos olhando na direção do horizonte: sem deixar o queixo cair! Começamos uma respiração um pouco diferente daquela do ritual da árvore. Inspire em três tempos – imaginando que o abdômen se expande em três tempos durante a inspiração, feito uma bola de gás -; reter o ar durante três tempos; soltar o ar – fazendo um som sibilante ssssssssss... por entre os dentes - contraindo levemente o abdômen para dentro em seis tempos na passagem do som; reter a respiração sem ar durante no máximo até três tempos. Sua mente se afinará com as sensações dos movimentos do abdômen, i. e. , com as sensações que entram em movimento no corpo. Corpo que começa a se modular.

Agora, ao expirar o ssssssss.... acople movimentos de um dos braços durante os seis tempos. Movimentos bem lentos... como se não houvesse gravidade! A ponta dos seus dedos são pincéis que desenham imagens pelo espaço. Imagine, de olhos fechados, os seus dedos deixando rastros no espaço – assim como a cauda de um cometa deixa seus resíduos. As sensações e os movimentos se acoplam para expressarem a história e o devir desta viagem. Quando a expiração chegar ao fim, o movimento também acompanhará: feito brincadeira de criança = estátua! A imagem congela quando o ar acaba! Retenha por um tempo a sua imagem/estátua sem ar e retorne a inspiração como de início. Ao expirar, deixe o outro braço e mão brincarem! Depois experimente dialogar os dois braços com as duas mãos, pernas, pés, braços e mãos. A mente acompanhará os movimentos e sensações: nenhuma outra imagem, lembrança, preocupações, dentre outras possibilidades imagéticas. Fique com as suas possibilidades corporais: lembrando-se de que a mente é corpo!

E o efeito da experiência equivale expressar que o nosso presente consiste na consciência de nosso corpo. Como extensão no espaço, nosso corpo é lançado, a um só tempo, na experiência singular da produção das sensações/afecções e da execução dos movimentos = história e devir; ser e vir-a-ser. **Subsunção da experiência de um tempo a vogar.** Esta experiência tem sido uma poderosa ferramenta para abriremos o nosso presente às novas possibilidades de afecções e de ampliação dos nossos poderes. A mente afinada com o corpo encontra bifurcações para novas modulações afetivas, ideativas, dentre outros domínios. Modulações que, por definição, nos retira daquilo a que estamos costumeiramente instituídos. Tocamos o espaço com o nosso corpo e nossa mente, a um só tempo. É preciso sempre lembrar: o toque tem o poder de desenhar universos! Experimente: mesmo parado, podemos tocar o espaço, imaginando os nossos movimentos de braços e mãos desenhando universos. Imagine um som curto – invente um – para acompanhar os movimentos virtuais. Invenção de universos estéticos que ampliam as possibilidades de existência. Ampliação dos nossos poderes. Afinal: quais as potências da mente em puro estado de conexão ao corpo? Desarranjos das formas que insistem em ser ativadas para aprisionar o desejo. Desejo, ele mesmo, produzido em conexões para longe dos seus três inimigos: dos processos de subjetivação manicomial histórica; do organismo estratificado em funções maquinizadas e repetitivas; das redes de significância em séries analógicas (DELEUZE & GUATTARI, 1997). Estamos e estaremos a abrir passagens para longe destes inimigos, vertendo a nossa direção à invenção e à aventura de, mais uma vez, nos descobriremos. O que podemos? Estamos a descobrir pela força de afecção dos encontros!

#### ***IV.XII - DA FORÇA DAS COMPOSIÇÕES MUSICAIS: ECOMUSICOPOIÉSIS***

No curso do nosso trabalho tecemos algumas considerações a respeito das representações do passado e das turbulências do futuro. Representações e turbulências reunidas nas expressões dos integrantes da heterogênesse. Cumpre notar: a produção das nossas ‘poesias’ - que, após a sua produção, serão, doravante, musicadas -, são, elas próprias, efeitos/afecções da nossa pesquisa cartográfica afetiva. Consoante o capítulo III, vimos o nosso interesse sobre as afecções do presente que se relacionam com as vivências do passado. Desejamos conhecer a tecedura, o feixe de relações engendradas das afecções que se apresentam correntemente no presente: conhecer e

explicar a natureza das nossas afecções – da ação dos corpos exteriores que nos fazem ‘sofrer’ de inúmeras maneiras - para podermos criar a partir delas. Criar novas direções, novas saídas, para a produção de novos universos de vida, evitando-se, por conseguinte, a captura do desejo e da existência.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS VI:***

Numa das nossas ‘assembléias’ que acontecem em meio ao processo da heterogênese, decidimos falar – colocando como analisador (LOURAU, 2004) – os pensamentos que, nas suas diversas manifestações, ‘aprimonam, não deixando dormir’; ‘são como correntes que não deixam outros pensamentos surgir’; ‘são feito fantasmas que nos amedrontam...’, dentre outras tantas definições.

Percebendo que as múltiplas definições indicavam a direção do aprisionamento das idéias, aponte para a perspectiva do clinâmen (PASSOS & BENEVIDES, 2001). Propus uma experimentação de choque entre corpos – todos de olhos fechados -, que, ao sentirem o encontro de outro corpo, desviassem em outras direções, assim como os átomos se encontram no universo. Ao final, o grupo descreveu as sensações: ‘alívio ao se desviar...’; ‘medo quando ia se encontrar...’; ‘ansiedade quando ficava no espaço pra se encontrar de novo...’.

Após estas expressões, cada um se remeteu às experiências difíceis com os seus pensamentos. Debatemos como o intercessor científico físico/filosófico – clinâmen – poderia produzir certas operações de desvio sobre os pensamentos que insistem e persistem. Deste trabalho - que potencializou a força do pensamento com a força da sensibilidade - criamos uma composição:

### ***CLINÂMEN***

Eu vou  
 Construir da ilusão, realidade em minhas mãos  
 De peito aberto e pés no chão  
 E vou  
 Viajar nas asas da imaginação, desviando do coração  
 Pensamentos em vão  
 E os pensamentos irão  
 E eu vou  
 E os pensamentos irão

E eu vou  
 Fluir coragem e o sonho  
 Atitude amor e paz  
 Amor e paz  
 E eu vou

A palavra apolínea vem nos emprestar a sua forma para a subsunção dos afetos/intensidades que se relacionam com a experiência dos pensamentos caóides. Cumpre notar: as palavras que foram tecidas sobre as experiências relatadas nesta seção ganham a sua dimensão transtional. Dimensão das palavras amplificadas pelo tônus tensional afetivo. Tônus que, por definição, é acompanhado da forma poética para subsumir a experiência sensível de cada um. Vale ressaltar: após o relato dos afetos nascidos da experiência sonoro/corporal/clinâmen, cada um construiu as suas idéias. Idéias esposadas aos afetos da experiência. Decorre daí que as tensões afetivas ganham a sua consistência artística em forma de poesia. Traços de afetos desenhados em riscos de palavras em papéis – ou também em desenhos, como faz um dos nossos para dar corpo imagético àquilo que é da ordem das estranhas experiências vividas nas entranhas do corpo.

E foi assim, brincando com a cartografia afetiva, que criamos nosso método de produção coletiva de poesias/músicas: *ecomusicopoiésis*. Cada um explica a natureza das suas afecções – cada um explica como sofrem as ações dos encontros - e daí nascem células de idéias que vão se aglutinando/se acoplando a outras células de idéias que se dizem, elas próprias, das experiências tensionais afetivas, produzidas pelos contágios, pelos acidentes entre corpos. São através destas transações entre as experiências que produzem afetos e idéias que vamos engendrando a nossa transtionalização existencial através das composições *ecomusicopoiéticas*. Assim como o livro “Cem mil bilhões de poemas” de Raymond Queneau (apud, VAUCLAIR, 2002), as nossas idéias composicionais afetivas vão se tecendo em várias variações. Uma frase se combina com outra, que se combina com outra que foi dita bem antes, que se combina com outra que foi dita bem depois... Aumentamos e diminuimos o fluxo da entropia das nossas idéias afetivas. Estas vão se acoplando por aquilo que convém/desconvém. Desordenamos, combinamos, misturamos idéias que nasceram daquilo que está encarnado, enquanto afetos. Experiências vividas no passado que se apresentam num presente que abre ao futuro incerto as nossas composições de idéias e de afetos.

Cumpra notar: as experiências do passado ganham também espaço nesta experimentação coletiva. Da leitura das afecções presentes existem ligações – *trans/liga/ações* - com as experiências passadas. Liga de ações/experimentações que se interferem no contato da vivência do contemporâneo. Interferências, elas mesmas, daquilo que é histórico e atual em nós. Interferências entre um plano *tranhistóricotemporâneo* de misturas de ações, idéias, imagens e afetos. O olhar contemporâneo do presente pode interferir no sentido das experiências do passado. O presente, por sua vez, muda o sentido do passado. Com efeito, as experiências do presente podem ter força de afecção, mudando o sentido que damos ao nosso futuro. Interferências pelas experiências intempestivas do presente que afeta, a um só tempo, o sentido das experiências passadas e futuras. O atual sentido destas dimensões temporais faz sentido porque são sentidas de outras maneiras, com outras perspectivas do decurso do tempo infinitivo. **O sentido só faz sentido quando é sentido nas experiências dos encontros, no tempo a vogar.**

Desenvolvemos a leitura dos afetos encarnados no presente que também já foram experimentados em outras experiências. O nosso interesse em pesquisar a produção das nossas afecções afetivas se dá por um simples motivo: os afetos fazem parte de uma experiência que nos movimenta em todas as situações da vida. Estamos – mesmo ‘sem pensar e imaginar alguma coisa’ – acompanhados por tensões afetivas, para mais ou para menos, de alegrias ou tristezas. O nosso debate sobre como se edificaram a construção destes afetos no passado vem marcar a nossa posição. Não estamos com a nossa direção a buscar as causas de um dado afeto corrente no presente. Se aquilo que é da ordem do passado ainda persiste correntemente no presente, significa que aquilo que é passado é ainda presente (PERLS, 1977): o passado é presente. Segue-se destas enunciações que o passado está disponível ao presente como um estoque de experiências. Estoque de experiências – do plano intensivo/afetivo, do mundo das idéias, de perspectivas imagéticas, sejam estas visuais, sonoras, táteis, olfativas, gustativas – que podem ser ativados. Ativação das experiências passadas pela experiência presente: pela experiência do contemporâneo. Uma dada experiência do contemporâneo poderá possuir um contorno comum – em algum traço – com alguma ou com várias experiências já vividas. A força de ativação experienciada no presente – uma música, um olhar, o cheiro de um travesseiro, um abraço, um leve toque na pele, o sabor de um bolo em meio à tarde, dentre outras experiências com traços sensíveis – proporciona o acesso às experiências já vividas que se entrelaçam de alguma forma com

a atual. Numa palavra, o acesso às experiências passadas é ativado pelas experiências presentes. É trivial a ativação daquilo que é da ordem do já vivido, mas, por conseguinte, naquilo que é apenas uma das suas partes. Como, por exemplo, uma música que é executada no presente e que ativa afetos matizados pelos inúmeros tons de tristeza: aperto no peito, contração na altura do estômago, arrepios que correm no caminho da coluna, transpiração nas mãos e pés. Sensações/variações intensivas já sentidas em outras ocasiões – marcas somáticas (LEDOUX 2001, DAMÁSIO 2000, 2004). Sensações/afetos que estão desacompanhados das imagens das ocasiões e das idéias que a ela se esposam. Ocasões de dúvidas, incertezas, que a música - no escorrer do contemporâneo - ativa. Temos aqui a ativação de afetos já vividos. No entanto, a experiência atual não se esposa às imagens nem às idéias da experiência já vivida. Nestas ocasiões, não tentamos ‘tornar conscientes’ as idéias e imagens de um passado longínquo que se liga aos afetos presentificados. **Tentamos coletivamente fazer a leitura de como se produzem estes afetos ainda em suas vidas: sobre como o presente – com a sua força de afecção intempestiva – faz sofrer nossos corpos.** Daí um paradoxo: através da leitura das suas relações de forças, i.e, **da leitura dos seus encontros**, situamo-nos no entrelaçamento do presente com o passado. Relações de forças, estas mesmas, possuindo pertinência/contigüidade com os afetos presentificados por alguma experiência do contemporâneo. Noutras palavras: mesmo que falemos sobre uma experiência que passou há uma hora – antes de começar o grupo, mesmo que falemos de nossas relações de forças acontecidas a um minuto atrás –, estamos nos enlaçando com aquilo que é da ordem do já vivido que consiste/insiste com aquilo que é da ordem do viver que, de direito, se dá numa dimensão infinitiva do acontecimento. A beleza do entrelaçamento das experiências vividas - e que consiste com aquilo que nos é contemporâneo - emerge das leituras que poderemos delas nos servir. Leituras, elas próprias, das núpcias da experiência da carne, das idéias, das imagens, dos afetos/intensidades no decurso do tempo. “Parece que a gente se liberta quando a gente entende como nascem os sentimentos...”. **Para além de causas primeiras estamos interessados em causas de marcas/vestígios e de fluxos: que dominam e que libertam.**

Uma vez que trabalhamos na dinâmica das experiências do tempo, preferimos produzir a aliança entre as esferas temporais para a leitura das teceduras das nossas capturas e das nossas liberações. Através do presente tentamos fazer leituras das nossas imagens, idéias e afetos: compreendendo quais as relações de forças que contribuíram

para a sua edificação, bem como, ainda, contribuem para a sua existência. Leitura do edifício das nossas capturas que, ainda, insistem em se manifestar no presente. Presente que poderá ser liberto através do conhecimento das nossas afecções, elas próprias, matérias primas das nossas *composições ecomusicopoiéticas*. “A gente fica dominado igual àquela música “tá tudo dominado...” quando as idéias da gente ficam bagunçadas... é igual quando a gente tem diarreia...”. Podemos nos aproveitar destas impressões para afirmar que, aos estarmos ‘dominados por nossas afecções’, estamos em estado de “diarréias/desarranjos bioenergéticomentais”. Desarranjos de idéias e de afetos que persistem na passagem do tempo – feito o passarinho que bate com o bico na janela em busca de uma saída libertadora. Aproveitamos a energia dos afetos e das idéias que tendem a se repetir ladainésicamente – conhecendo seus traçados, com o que e com quem se conecta, suas direções, suas intensidades, suas recorrências – para produzir uma operação de desvio. Feito a criança que busca fazer a leitura da épura do vôo do aprisionado passarinho que insiste em se esborrachar no vidro - abrindo um pouco mais a janela para que encontre o caminho da liberdade -, nós tentamos construir caminhos utilizando os temas, os afetos, as idéias, em nossas composições.

Por conseguinte, desejamos através das nossas composições ‘cantar a música das nossas vidas’, como nos diz uma de nós. Músicas que subsumem a experiência sensível e do mundo do nosso ideado para a emergência da sua dimensão expressiva. Dimensão expressiva que faculta a abertura de novas visadas, de novas alianças, de novas trilhas que poderão se abrir mediante a paisagem composicional do ideário, das imagens, dos afetos e dos sons. Paisagem de si e dos outros que podem se transfigurar em outras paisagens. Deste ‘cantar a vida’ (CASAGRANDE, 1993) nascemos de nossas idéias, das nossas experiências de vida, da nossa história, para devirmos outros de nós em nós. Composições modulatórias do ‘si’ que, a um só tempo, subsumem aquilo que são nossos estratos históricos – que recebem aqui o estatuto de estratos de capturas que nos situa instituidamente em formas bem definidas, redundantes e demarcadas no nosso viver – bem como as experiências já vividas com potência/tônus vital. Experiências passadas que têm a força propulsora afetivo/ideativo/imagética que nos movimenta dos impasses do contemporâneo. Passado com gosto de presente. Passado que tem a força de experiência tonificadora que faz, da passagem do presente, o impulso turbilhante, inclinando o presente, ele mesmo, ao escorrer do devir. Devir que concorre à experimentação das bifurcações de um plano de possíveis que se transfigura diante da nossa dionisíaca/apolínea/caosmótica existência.



Esta experiência, bem como as outras relatadas anteriormente, também nos abre passagens para o futuro. Futuro que é aberto pelas bifurcações nascidas do encontro com a criação de novas idéias e imagens. Futuro, ele mesmo, como aquilo que há de indeterminado no decurso do existir. Indeterminado/apeíron que nos convida a entrar na aventura da produção da novidade. Novidade, ela mesma, engendrada pelo encontro com aquilo que nos é atual. Contemporaneidade que nos retira das nossas garantias/certezas: das nossas existências ‘estáveis’. Afinal, “navegar é preciso... viver não é preciso...”. Contemporaneidade que nos desestabiliza. Contemporaneidade como princípio da novidade/criação. Criação ideacional e imagética que, nas suas transações recíprocas com as variações intensivo/afetivas, nascidas da experiência musical/poética, por sua vez, engendra a produção de novos desejos e novas direções.

Direções que abrem novas possibilidades de dissipação daquilo que se mantém ‘constante’ em nós. Dissiparmo-nos de nós nos acoplamentos de idéias e afetos: *estruturas existenciais dinâmico/dissipativas*. Estruturas, elas mesmas, engendradas por composições equilibradas instáveis. Um mundo se abre diante dos nossos olhos: múltiplas direções vão se abrindo para serem trilhadas. Desta forma “[...] o possível é mais rico que o real” (BERGSON, apud PRIGOGINE, p. 75). Aquilo que poderá se constituir num novo universo de referência para nós são as nossas individuações em processos instavelmente estacionários. Configurações instavelmente estacionárias: eixo territorial da tetravalência do agenciamento. Num mínimo relance, sofremos as ações das forças exteriores – nem que estas estejam presentes na nossa imaginação, nos nossos sonhos – para nos configurarmos numa outra singularidade. Longe do equilíbrio estamos a nos constituir por *processos cataclísmicos/cismogênicos*: naquilo que há de criativo e dinâmico entre as nossas partes constituintes com a força de afecção dos outros corpos sobre nós – poder de afetar e de ser afetado. Processos dinâmicos que nos retira daquilo que estamos instituídos para a produção de individuações. Individuações singularizadas pela variação de movimento-reposo-velocidade-lentidão das partes constituintes de cada um e da própria heterogênesse. Longe do equilíbrio a matéria/existência – de cada um, da heterogênesse – adquire novas singularizações: flutuações do devir-outro em nós. As instabilidades desempenham um papel fundamental: a nossa matéria existente torna-se mais ativa. Servimo-nos da plasticidade desejante para nos conectar com outros mundos. Mundos diversos que encontram a garantia da sua singular expressão. **Igualdade de expressão: ‘ex æquo’. Do latim, ‘com igualdade’, segundo os princípios da equidade.** Desejamos, pela via da

heterogênese, que as diferenças/singularidades existenciais encontrem aquilo que lhes são comuns: sua *equidiferença*. Esta perspectiva instituinte aberta pela ético/estética da heterogênese será mais detalhada no último capítulo.

#### ***IV.XIII - DA TRANSTONALIDADE CÊNICA DA VIDA: Do engendramento dos planos cênicos***

Tomaremos de empréstimo da arte, neste ponto, o poder da força de afecção cênica. Poder das artes cênicas que, a um só tempo, nos leva à experiência da tetravalência do agenciamento: por um lado, somos convidados pela arte a viver a parte maquina do agenciamento: retirando-nos de onde estamos fixados/instituídos, com o seu poder de desterritorialização; e, ainda, por sua vez, produzindo novos universos de referências, novos territórios a serem explorados e vividos. Por outro lado, a arte das imagens cênicas nos convida à aventureira viagem em que encontraremos as ‘terras’ de várias línguas sensíveis – das imagens, das palavras poéticas, dos afetos que os acompanham. Terras por onde nos aventuramos a descobrir aquilo que nos acontece na trágica e complexa aventura que é o viver, abrindo bifurcações/passagens/devires para além daquilo que nos acontece. Plasticidade dinâmica do existir em cena, em ato, em expressão.

E foi assim que incorporamos ao nosso movimento transtonal as cenas de vida daqueles que estão vivendo seus impasses, vivendo a clausura de suas armadilhas, vivendo a incapacidade de superação de si.

#### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS VII:***

E ela vivia aprisionada às imagens de si que se entrelaçavam ao passado. “Estas imagens vêm e não consigo sair delas”. Marcas ladainésicas de imagens. Imagens, elas mesmas, subsumindo as experiências sensíveis daquilo que foi vivido no passado com aquilo que é presente. Presente de dúvidas sobre os filhos, sobre o marido, sobre o amor, sobre as pessoas, sobre a sua própria imagem de mãe e mulher. Seu olhar se fazia intenso e presente. Sua testa franzida expressava o desejo de poder manifestar aquilo que, ainda, se mantinha contido e confuso em afetos e imagens. Suas palavras soavam como uma enxurrada que nos leva junto com ela.

Na semana posterior, ela retorna falando de novas experiências. Ela se encontrou com as artes cênicas. Numa viagem ao Rio de Janeiro – pois sua filha morava nesta cidade para estudar – foi convidada para assistir uma peça teatral. “Foi maravilhoso... eu nunca tinha ido ao teatro... Nossa... o que eu vi era a mim mesma... a peça falava de uma mulher que era tida como louca por seus familiares... ela era vista assim... ela não se amava... mas ela descobriu a vida... que poderia se amar... ela começou a fazer coisas que nunca tinha feito antes... eu me vi nela...”. Experiência que teve força de afecção sobre esta mulher. Ela afirma que o olhar sobre a sua vida mudou depois que “assistiu” à peça. Cumpre notar: esta afirmação sobre o “assistir” – como se o público ficasse passivamente recebendo informações sensíveis – pode ser ilusória. Isto na medida que ‘revoluções moleculares’ poderão – ou não – se operar deste encontro. Esta experiência foi reveladora para esta mulher. Foi uma experiência que nos motivou a encenar as nossas vidas, para que pudéssemos assistir aos nossos impasses, aos nossos estratos históricos, para, quem sabe, eles mesmos, se transfigurarem em outros planos de possíveis.

E foi assim que começamos a tomar as artes cênicas – de empréstimo – como ferramentas de agir sobre si e sobre o coletivo. A matéria prima das nossas cenas se inspira nos dramas de cada um de nós. Os atores e diretores das cenas eram/somos nós mesmos.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS VIII:***

Ele, um senhor viúvo que foi aposentado pelo INSS por ter sofrido um acidente, impossibilitando a sua continuidade nas atividades laborativas, traz seus impasses e afetos tumultuados sobre a sua relação familiar. Ele afirma que estava passando pela sala na direção de um banheiro para fora da sua casa quando se encontrou com a sua mãe. Esta pergunta para ele: “ - O que é que você tá levando aí? Tá levando a sua merda? Ele responde: “- Não, eu não tô levando a minha merda, não... Merda é aquilo que você faz lá na sua cama, sua porca... Eu estou levando o meu xixi que eu faço dentro da lata de madrugada... eu faço na lata pra não acordar vocês...” Ela continua: “- Você é um porco mesmo... não deve ter só xixi aí, não... deve ter merda também, seu porco...” Em meio a este contexto, aparece a filha deste senhor saindo nua do banheiro de dentro da casa: “- O que é que vocês estão falando aí? – o pai abaixa a cabeça com

vergonha e fala baixinho para si mesmo: nossa, mais uma vez... – Vale ressaltar: a sua filha fica andando nua pela casa quando sai do seu banho. Por mais que seu pai demonstre que ele não goste disso, ela continua a ‘andar pelada pela casa, assim como ela veio ao mundo...’. Na seqüência, ela continua: “- Vocês estão brigando aí, mas o vaso do banheiro está entupido e eu usei... alguém tem que dar um jeito de dar descarga...”. O pai fala em sua direção: “- Olha aqui, sua porca... se você sabe cagar no vaso, você também tem que aprender a se virar para dar descarga... assim como você sabe ficar andando como você veio ao mundo pela casa e você não me escuta... Faz o seguinte... vai lá no vaso e lambe aquela merda todinha que você fez pra deixar o vaso limpo como estava...”. Daí a filha começou a falar que seu pai era um doido que tomava remédios e que fazia tratamento psiquiátrico, que seu lugar não era naquela casa, que ele tinha que ser internado: “quem toma remédio tem que ser internado... seu maluco...”.

Após o relato deste episódio, perguntamos a este senhor como ele se sentia: “- eu não sei como fazer com elas... elas só gostam de mim quando eu recebo o dinheiro do benefício... depois que elas pegam o dinheiro comigo, elas me tratam como um cachorro”. Foi perguntado a ele se nós poderíamos encenar este episódio para que ele pudesse olhar o que estava acontecendo ‘de Fora’. Ele consentiu. Rapidamente os papéis se distribuíram entre nós. Este senhor inicialmente ia corrigindo a cena apontando a forma como a sua mãe falava, sobre como ele também falava, a sua forma de andar com a latinha de xixi, sobre a sua filha e os seus trejeitos corporais, dentre outras intensidades semióticas.

A experiência cênica foi se transfigurando, uma vez que o revezamento entre atores e diretores ocorria. O episódio foi ganhando contornos cada vez mais interessantes, na medida que outras intensidades semióticas se incorporavam às cenas. “- Diminua mais a voz e fale mais devagar... (nesta hora dirige um de nós que tem também problemas familiares sérios, falando na direção de outro que estava incorporando o papel daquele senhor); “não aumente a sua voz quando ela aumentar a voz dela...”; “olhe nos olhos da sua filha e não grite com ela...”; “não esquite a cabeça com elas... fale tranquilo e vai saindo pra onde você queria ir...”; “fale poucas palavras... mas, sem palavras... palavras que não agridam...”.

Num dado momento, eu fui convidado a participar da cena no lugar daquele senhor. O grupo foi me dirigindo: enquanto eu tentava o caminho de conversar, perguntando para a ‘minha mãe’ sobre as causas das nossas brigas, alguém do grupo me apontou para a posição do meu corpo: “olha só você está falando com as mãos dentro

do bolso e no quadril... você tá preso... solta o corpo... fala com as mãos também... muda as mãos...”. Senti que estava sendo regido por eles. As afecções que nasceram em mim eram as de que muitas coisas inconscientes vão se operando em nossas vidas e não nos apercebemos: como é bom existir pessoas para nos apontar sobre aquilo que age silenciosamente em nós!

Aquele senhor se emocionou muito com as variações da cena! Após este trabalho, conversamos a respeito destes episódios na vida. Várias pessoas se ‘identificaram’/entraram em ressonância. Um falou que está morando na casa da tia com a sua avó também. Ele morava no Rio de Janeiro com seus pais e veio morar com a tia no interior do Estado. Afirma que sua tia o agride com palavras sempre que o vê. “Assim como acontece na casa dele eu vivo na casa da minha tia... às vezes eu não sei como fazer... aqui a gente pode treinar outras formas de poder falar as coisas... a gente vai encontrando caminhos...”.

E tem sido assim a nossa transfiguração dos episódios existenciais encarnados em cenas. Cenas, elas mesmas, expressando um mundo semiótico engendrador de caminhos antes não trilhados. Mundo sensível onde as imagens, os gestos, as intensidades das palavras, os movimentos das idéias, dos afetos e dos corpos ganham outros contornos. Semiotizamos as cenas com as variações dos vários signos que nelas possam se esposar. **Héteros Semeiotiké**: héteros do grego: ‘outro’, ‘diferente’. **Semeiotiké** do grego: a arte dos sinais.

Da produção cênica produzimos variações de ‘outros’ mundos pelo ‘toque’ que recebemos dos outros, em nós. Desta experimentação da ‘arte dos heteróclitos sinais sensíveis’ vamos construindo paisagens.

Vale ressaltar sobre esta variação de índices sensíveis no plano cênico: os signos que vão sendo produzidos em meio às variações cênicas estão relacionados às energias livres/instituintes inconscientes. Mesmo com as indicações que possamos fazer sobre uma dada cena, o movimento desta é impulsionado por uma interferência de inconscientes. Transligação produtiva que transfigura as nossas formas instituídas para a liberação de energias livres inconscientes. Aqui neste ponto, ligamo-nos à noção de atenção flutuante de Freud. Noção que indica uma escuta livre: sem privilégios sobre qualquer elemento da narrativa/cena. A suspensão de juízos e de maiores interesses, num dado contorno que parece privilegiado na cena, abre o plano cênico a sofrer interferências de inúmeros processos produtivos inconscientes. Processos dos quais, os elementos que pareciam ser aparentemente insignificantes, passam a ganhar relevância e

valor intensivo, assim como os processos de deslocamento do processo primário do pensamento em Freud (GARCIA-ROZA, 1983).

Por conseguinte, o plano cênico abre dimensões de imagens, narrativas, sonoridades e outros elementos semióticos que nos empurra à dimensão onírica em vigília. A cena abre à perspectiva dos sonhos de olhos abertos. Assim, num pedaço de cena muitos significados podem se entrelaçar a um só tempo: feixes associativos de idéias e de afetos se esposam para germinar novos sentidos sobre o vivido e sobre o viver, assim como os processos de condensação se manifestam no sonhar. Outras possibilidades se abrem aos nossos olhos quando nos aventuramos a experimentar os caminhos que nascem das inúmeras interferências em cena. Interferências, elas mesmas, transferenciais: não com o estatuto transferencial psicanalítico, mas, sim, com aquele sentido que versa sobre as transações entre experiências sensíveis do plano das idéias e dos afetos entre ‘universos existenciais’ singulares. **TRANSUBJETIVAÇÕES** – transações entre-subjetividades. Noutros termos, transferências produtivo-sociais de trocas de subjetividade eliciadoras de novas paisagens existenciais.

Paisagens que, por definição, abrem bifurcações por onde cada um poderá experimentar. Experiência que abre um plano de possibilidades. Plano derivado da experiência coletiva da heterogênese que faz misturar/combinar/acoplar experiências, para que delas, possamos coletivamente devir e, por conseguinte, nos inventar.

#### ***IV.XIV - ESTÉTICAS HETEROINSTITUCIONAIS:***

Pelo que precede das seções deste capítulo e do capítulo anterior, o interesse da heterogênese é – como definiu o nosso grupo heterogenético - o de entrelaçar mundos para a criação de outros mundos. Hetero – diverso/diferença/outro: composto de partes de diferente natureza; gênese: formação, constituição, origem. Em relação à gênese: alinhamo-nos naquilo que há de genético – não na sua dimensão originária, mas, outrossim, naquilo que há de potência de criação/engendramento/edificação.

Deste plano de constituições – ou nos termos de Deleuze & Guattari (1997), neste plano de imanência – temos um funcionamento híbrido entre heteróclitos saberes, experiências, formas de sentir, pensar e agir a vida. Plano, ele mesmo, caosmótico: que se gera em meio aos processos catastróficos/formais, no curso do tempo a vogar.

Não poderíamos deixar passar algumas das experiências nascidas das ressonâncias heterogenéticas. Ressonâncias, como aquelas que produzem correlações entre frequências sonoras para o engendramento de um único som. Daremos visibilidades de algumas ligas que estão em processo de heterogênese. Ligas que transligam saberes, discursos e práticas em meio ao estabelecimento ambulatorial.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS IX:***

Um psiquiatra que estava entrando no serviço foi convidado pela coordenadora técnica do ambulatório a participar da heterogênese. Este profissional se depara inicialmente com um estranho modo de organização/atividade em saúde mental: não temos a figura do profissional de saúde mental como o centro do encontro. Não será quem possui o mandato social – delegado pelo Estado –, no caso o profissional de saúde mental - aquele que estará *conduzindo* o grupo: criamos esteticamente na nossa política heterogenética a figura do regente! Entraremos em detalhes no capítulo ‘Do movimento instituinte’ sobre as implicações desta proposição. Continuemos a nossa experiência entre gêneros de atividades/práticas em saúde mental.

Neste dia, foi X. a regente da nossa polifônica orquestra de modos/estilos existenciais. Ao entrar na sala, a discussão já estava quente – feito sopa quente em dias frios! O tema efervescia em torno das práticas psiquiátricas. Outra pessoa recebe a autorização para vocalizar suas idéias: “por que os psiquiatras ficam fazendo assim com as mãos, mandando a gente sempre esperar quando a gente quer falar? Eles têm essa mania de mandar a gente ficar quieta, quando a gente quer falar da gente... eu não entendo isso...” Neste momento, o psiquiatra presente deseja falar – no entanto, a nossa regente interfere o ‘solo’ do psiquiatra, dizendo: doutor, agora é fulano e depois é fulano... depois é a sua vez! Esta experiência configura numa nova experiência o grau de potência do gênero psiquiatra: neste meio quem coordena o processo de produção do trabalho é o regente que é eleito a cada encontro. Quem possui a batuta e as indicações das partituras – sempre mutáveis e dinâmicas para a condução da polifonia expressiva/vocal das pessoas – é a figura também dinâmica e também instável do regente. Figura psicossocial dinâmica, nomádica e instável, uma vez que a cada dia será um ‘*outro*’ de nós que ocupará esta posição. Posição que situa cada um na condição de

ordenador de uma rede plástica, mutante, dinâmica, rizomática. Figura plástica que, por definição, é ocupada por diversos modos de conduzir, diversos estilos/mundos de ser.

Quando é chegado o momento do psiquiatra falar, acaba por afirmar que concorda com inúmeras críticas efetuadas pelos integrantes da heterogênesse: sobre o pouco tempo disponível das consultas – batizamos este tipo de consulta como o do ‘paciente foguete’: como aquele que mal entra na sala e acaba saindo com a receita; sobre o interesse de muitos psiquiatras em saber aquilo que lhes interessa, não dando espaço para que eles possam falar sobre a vida. O psiquiatra aponta para a sua posição no processo de produção do seu trabalho: “já conversei com a coordenação e vou atender de meia em meia hora para dar tempo para as pessoas falarem também... também a gente não pode afirmar que todos os psiquiatras trabalham como vocês disseram...”. Outras pessoas do grupo imediatamente concordaram com ele: “eu sou atendida por Dr. X e ele me dá tempo para falar da minha vida e ele é muito simpático”. Apontamos para este tema do processo de produção do trabalho: existem profissionais em todas as áreas que estão comprometidos com “o fazer” do seu trabalho de forma séria, estimulante e generosa. No entanto, existem aqueles que estão mais interessados em fazer a sua produção e ir embora o mais rápido possível.

As experiências entre gêneros profissionais são super interessantes para este processo coletivo de produção de conhecimentos num ambulatório de saúde mental e, por sua vez, em qualquer estabelecimento de saúde. São universos de experiências que poderão sofrer as interferências de saberes: saberes científicos, saberes jurídicos, saberes filosóficos, saberes religiosos, saberes artísticos e saberes das pessoas. A heterogênesse faz cruzar esta *hexavalência do saber*: e não apenas as interferências entre os saberes disciplinares clínicos e científicos legitimados pelo Estado. Desejamos pensar/praticar/criar uma ‘nova aliança’ entre os saberes, para que possamos produzir outros. Utilizamos-nos da lógica *Trans* para a produção dos agenciamentos da hexavalência do saber. Linhas provenientes das ciências interferindo nas da religião. Esta interferindo nas da ciência. Estas duas linhas de saber interferindo nos saberes das pessoas que também, por seu turno, nelas interferem. Destas triplas interferências outras nascem na relação com as artes. Novas correlações vão se operando quando cada saber entra no seu grau máximo de entropia. Os saberes jurídicos, por conseguinte, também são interferidos na medida que a jurisprudência sofre a interferência daquilo que é da ordem do fluxo do contemporâneo: o saber das pessoas também interfere na leitura dos processos jurídicos. Aquilo que é pertinente ao saber coletivo faz parte das decisões



judiciárias que também sofrem interferências dos saberes científicos. Os códigos conceituais que legitimam e demarcam as fronteiras rígidas de cada saber se abrem à composição de novos códigos nas transações entre-saberes. Transações produtivo-sociais de trocas de subjetividade! Processos de Transubjetivação na produção de sentidos.

Ampliando a nossa direção: desejamos transcodificar aquilo que era da ordem exclusiva da clínica para uma ordem de direito ético/estético/política. Ordem transcodificadora onde se desinstitui aquilo que é da ordem da vida e do viver das estruturas discursivas/teóricas/práticas das disciplinas clínicas e jurídicas. Transcodificação onde se misturam, onde se embaralham os códigos para a emergência de outros: legitimação efetuada através daquilo já instituído para, ele mesmo, se dissolver pela força instituinte coletiva. *Transcognoscere*: instituição plástica da vida. Vida normatizada pela produção coletiva que não exclui nenhuma forma de saber/conhecimento/discurso. Instauração de novas normas para o viver: instauração coletiva regida pela *episteme do transconhecer*.

Aqui desejamos demarcar a nossa posição em relação à clínica. A clínica, mesmo a transdisciplinar, ainda se estrutura pelas interferências entre as disciplinas da área ‘psi’ e científicas. Não percebemos nesta perspectiva as interferências do saber das pessoas como também analíticas do seu processo discursivo/teórico/prático. Não é trivial os usuários e as pessoas da comunidade participarem de processos onde os saberes/práticas/discursos legitimados como científicos são colocados em análise. Segue-se desta afirmação a seguinte indagação: existe espaço para que os saberes religiosos possam se apresentar em meio às práticas transdisciplinares? Os saberes religiosos – mesmo que regidos por leis transcendentais – fazem parte do estoque de conhecimentos que a coletividade utiliza para/no seu processo de existir. Dentre os múltiplos analisadores que atravessam os coletivos heterogenéticos, os saberes religiosos também sofrem a ação dos mundos existenciais: sem julgamentos, mas, sim, buscamos fazer leituras sobre aquilo que há de positivo dos rituais religiosos, bem como colocamos nossas lentes sobre as relações de poder que se instauram nestes universos.

Na medida que o nosso objeto de trabalho é complexo – sofrimento complexo/existência complexa –, será pelas lentes de uma estética do *Transconhecer* que desenvolvemos a nossa prática, situando-nos para além das disciplinas e, por sua vez, da clínica. Tanto as disciplinas quanto o olhar clínico é convidado a participar dos processos heterogenéticos: no entanto, como parte do processo, ele mesmo, constituído

e constituinte de diversas perspectivas. Segue-se do que foi enunciado a nossa preferência pela noção do *transconhecer*. Noção que versa sobre a complexa tecedura de interferências entre experiências, saberes e práticas. Dinâmica do transconhecer, ela própria, a dinâmica produtora de novos sentidos. Novos sentidos tecidos pela força de pontos de vista sobre as experiências fenomênicas da existência, seja esta individual, seja coletivo-social. A preferência pela noção do Transconhecer, por um lado, vem ser uma questão de apetite: uma vez que apostamos na complexa aventura do jogo de interferências entre experiências e saberes. Por outro lado, vem ser uma questão de análise conceitual, uma vez que a noção de transdisciplinaridade traz consigo um certo parentesco com a noção de disciplina. Noção que tem sua filiação nos processos disciplinares de modelização dos corpos. Cumpre notar: mesmo compreendendo que a noção de transdisciplinaridade vem versar sobre uma lógica de interferências entre saberes que são desestabilizados para a criação de novos saberes, preferimos compor um conceito que subsuma todas as formas de conhecimento em estado de interferência para além do conceito “disciplina”. Optamos, por apetite, em afirmar os processos heterogênicos movidos pela dinâmica do transconhecer: dinâmica movida pela dimensão infinitiva do acontecimento. Dinâmica cismogênica que vem desestabilizar os centros e cristalizações que sustentam rigidamente toda e qualquer experiência e saber. Dinâmica do transconhecer que transutopiza os lugares – retirando os usuários da tutela dos profissionais de saúde mental e de outros que queiram governar os acontecimentos/encontros -, desloca as fronteiras rígidas e limitadas dos saberes constituídos para a invenção de conhecimentos e de novos sentidos que substantivamente sejam construídos coletivamente, ao invés de introjetados pela força do hábito.

Pelo que precede, a heterogênese como processo e como lógica poderá ocupar tanto um espaço de saúde mental, quanto uma escola, quanto as reuniões de associações de bairro ou em qualquer outro espaço social. Ocupações de espaços para que as forças instituintes façam aliançar saberes. Saberes tornados instrumentos de transcodificação daquilo que está instituído para a produção de outras possibilidades do viver social.

Dando curso às misturas caosmoheterogênicas: aquele psiquiatra que estava ingressando na unidade teceu comentários numa entrevista: “eu nunca vi este tipo de grupo... psicóticos com neuróticos... pessoas com experiências completamente diferentes... a regência... isso dá uma outra posição ao usuário... ela pode fazer isso lá do lado de fora na sua vida... a música que você vai tocando quando as pessoas vão

falando... é uma trilha sonora das falas deles... nossa... eu gosto de música e toco violão...” Daí conversamos sobre a possibilidade dele mesmo poder desenvolver uma prática psiquiátrica em que utilizasse a música na relação com as pessoas. Ele ficou empolgado com a idéia: “isso vai aproximar mais as pessoas...”.

Noutras palavras, o grau de potência da sua atividade poderá se ampliar. Por outro lado, haverá a possibilidade de uma nova configuração dos elementos constituintes da sua atividade. A palavra poderá ganhar outra dimensão: uma dimensão estética de transtionalização das existências pela via da arte. Dimensão que modulará os afetos e idéias produzidas nos seus encontros. A prática da medicalização poderá ganhar o acompanhamento de outros recursos de outros gêneros de atividades em saúde mental, estilizando a sua atividade (CLOT, 2006).

Vale ressaltar que este psiquiatra deseja fazer grupos com a perspectiva delineada acima. Claro que não podemos dizer ainda algo sobre a sua atividade: ela ainda está se desenvolvendo na singularidade deste psiquiatra. Singularidade que se modulou: suas partes constituintes – valores, crenças, idéias, conceitos, preconceitos, afetos, experiências, i.e., seus estoques de conhecimentos e vivências – estão a se reconfigurar para a produção de um singular estilo em psiquiatria. Singular, na medida que outro psiquiatra ou qualquer outro profissional que venha a desenvolver a sua clínica/atividade sob esta perspectiva terá algum ingrediente ou variante característico.

A heterogênese não se situa na dimensão da clínica, mas, sobretudo, no plano das práticas instituintes de saúde mental - i.e., na produção de políticas para o viver esposadas às políticas públicas de saúde. No entanto, aqueles que se utilizam da clínica poderão interferir seus processos de produção de trabalho com a perspectiva aqui desenhada, se acaso tiverem este apetite.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS X :***

Em meio às nossas experimentações heteroinstitucionais, conseguimos manter uma interlocução importante com vários profissionais. Uma experiência super-rica tem se processado com os psiquiatras. Já há muito tempo esta interlocução tem sido tentada com estes profissionais com resultados importantes. Vários dos antigos psiquiatras compreenderam os objetivos da heterogênese e, por sua vez, tornou-se comum o encaminhamento dos seus pacientes para este processo. Consoante uma psiquiatra que

não faz mais parte do serviço atualmente: “este trabalho aponta para aquilo que há de positivo nas pessoas... vocês vão na direção da alegria... vejo resultados significativos com várias pessoas que venho acompanhando...”. Esta mesma psiquiatra afirma que “enquanto vocês cantam, a música chega aqui na sala quando estou atendendo outras pessoas... me sinto muito bem... a música me traz paz... consigo trabalhar mais leve...”. Mesmo ao longe, os processos heterogenéticos se aglutinam a outras experiências institucionais.

Neste domínio, buscamos nos aliançar com outros saberes/práticas/discursos para exercitarmos uma perspectiva *trans* na vida ambulatorial. Tenho conseguido manter contatos/reuniões com regularidade com todos os psiquiatras da unidade. Sem exceção, temos avançado em inúmeras discussões. Atualmente estamos trabalhando sobre o tema dos objetos/matérias primas dos quais o ambulatório e seus profissionais se encarregam. Trivialmente o objeto dos ambulatórios de saúde mental – e também da saúde mental – tem sido ainda no contemporâneo, ‘a doença mental’, ‘o sofrimento psíquico’, ‘transtornos de diversas ordens’. Mudam-se os termos, mas a lógica ainda é a da psicopatologização. Psicopatologiza-se qualquer desvio da norma, como vimos pelo primeiro, segundo e terceiro capítulo. As lentes dos saberes coevos ainda colocam o foco naquilo que é experimentado pelas pessoas que procuram estes serviços como mórbido, como experiências do negativo. Negativo que é patologizado e reduzido às linguagens das diversas teorias e saberes. No entanto, temos dialogado sobre a possibilidade de mudarmos o foco das lentes por onde contactamos as experiências sensíveis de cada pessoa. Temos conversado sobre a possibilidade de trabalharmos com a perspectiva do sofrimento complexo/existência complexa como nosso objeto: numa inspiração tomada de empréstimo da perspectiva do movimento da desinstitucionalização italiana (ROTELLI, 2001). Uma vez que se muda o objeto, muda-se, por conseguinte, o objeto final do nosso trabalho. O modelo biomédico está associado epistemologicamente à ciência das doenças. As pessoas são vistas não como os sujeitos de sua doença, mas, sim, como objetos mórbidos. Em si, cada um traz o seu mal, como se cada uma ‘doença mental’ carregasse uma essência mórbida que a definiria.

Por sua vez, um especialista para cada ‘caso’. Especialistas habilitados por diplomas reconhecidos e que sancionam os saberes que a eles se esposam. Habilitações que, por definição, legitima o tratamento das diversas doenças mentais. Doenças que são expostas em inúmeros tratados quanto à sua sintomatologia, patogenia, terapêutica e

quanto à etiologia. Etiologia ainda indefinida para inúmeras categorias patológicas em saúde mental. Ao lado das questões etiológicas, temos dialogado sobre o objeto final da psiquiatria. O objeto final é a cura? Uma vez que a cura dos diversos ‘transtornos mentais’ ainda não é possível, podemos, por seu turno, mudar o objeto final do nosso trabalho? “Melhor qualidade de vida... aprender a lidar melhor com a doença...”. Estas enunciações e outras já foram ditas. Assim como a noção de cura está associada àquela tendência de concebê-la como “[...] final de uma perturbação e retorno à ordem anterior” (CANGUILHEM, 2005, p. 53), vemos, por sua vez, também a tendência de acreditar que as ‘recidivas fazem parte da evolução da doença’. A sensação é a seguinte: como não se curam as doenças mentais – i. e., uma vez que não é possível restabelecer a saúde ao estado a ela anterior – a saída foi apostar na idéia de que as ‘recaídas’, os ‘sofrimentos’ fazem parte da doença e não do próprio ato de existir. Do nosso ponto de vista aquilo que é visto como uma ‘recaída’ pode ser concebido como uma ‘outra queda’. Outra queda como efeito do encontro com aquilo que tem força de afecção no decurso do contemporâneo. Na medida que o nosso objeto de trabalho é o sofrimento complexo - existência complexa, a ‘outra queda’ se dá por um novo encontro que produz a ativação de configurações bioenergéticoafetivomentalis. Configurações, elas mesmas, nascidas da ação daquilo que nos é exterior com aquilo que está instituído e em estado de instituição em nós. Sofremos, desta forma, a ação das forças dos encontros para ‘cairmos’ numa dada configuração. Configuração que pode ter a ‘tonalidade’ de outras já vividas. Tonalidade que, nas suas diversas modulações, é ativada no encontro com aquilo que nos é contemporâneo. Noutras palavras, as múltiplas configurações bioenergéticoafetivomentalis são blocos existenciais/marcas existenciais que vão se modulando, ao serem ativadas às experiências no decurso do tempo. Nunca viveremos uma mesma configuração vivida como antes: a força intempestiva do contemporâneo nos ativa aquilo que está disponível em nós como potências de configurações de afetos/idéias/imagens/reações químicas/energéticas. Definiremos esta produção modulatória existencial – efeito das ressonâncias/correlações entre os estoques de experiências e a força de afecção do contemporâneo – como a potência da nossa USINA DE INTENSIDADES (PEIXOTO, 2000). Usina, ela mesma, processadora de elementos estocados com outros atuais/virtuais. Processamento que, por definição, tem o estatuto caosmótico de perpétua atualização daquilo que está instituído em nós, em vias de se desinstituir – ou não. Processamento sempre singular: uma vez que combina/mistura heteróclitos elementos. Misturas de corpos –

celulares/químicos/energéticos/ideativos/imagéticos/afetivos – efetuadas no decurso do tempo. Por este prisma, entendemos que as experiências inteligidas pelas lentes nosológico-nosográfico-psicopatológicas podem ser compreendidas de outra forma. Compreendemos que estas experiências podem ser qualificadas como tempestuosas. Experiências tempestuosas dos domínios imanentes a cada ser existente. Cada um entra numa experiência tempestuosa na relação com as forças afetantes, assim como a natureza entra em suas tempestades de tempos em tempos. Valorizamos a dinâmica que subsume os processos metaestáveis de caos-ordem. Processos dinâmicos que impulsionam a vida da natureza. Processos que nos tiram do ponto de vista reducionista de muitos saberes para, com efeito, compreendermos a natureza dinâmica e complexa de cada ser existente.

Por conseguinte, temos conversado com os psiquiatras sobre a perspectiva da lógica “RE” em saúde mental e psiquiatria: restaurar, restituir, reabilitar, restabelecer, reconstituir, recuperar, dentre outros “RES”. A aposta nesta antiga lógica aponta o seu ponto de incidência na reversibilidade de fenômenos com significados patológicos ao caminho da ‘saúde’, i. e., ao caminho do estado anterior daquele da ‘doença’. A existência é irreversível: assim como os processos do segundo princípio da termodinâmica: a entropia – lei que se diz da irreversibilidade e da não possibilidade a um estado anterior.

Preferimos tomar como objeto a complexidade do ato de sofrer a força de afecção dos encontros e as frestas de luz. No primeiro caso, uma vez que estamos vivos, sofrer as forças de afecção dos corpos exteriores é o trivial. Sofremos ações de inúmeras naturezas e intensidades –, mesmo que não tenhamos consciência delas. Sofremos as ações das forças exteriores que, a um só tempo, alteram a estrutura do nosso corpo e as suas funções. De uma maneira muito simples: o corpo sofre as ações de um alimento ingerido. Vai ser preciso que a ‘comunidade biológica’ trabalhe bastante na elaboração deste material. Por sua vez, o corpo sofre a ação de estímulos-informações visuais, sonoros e auditivos: estímulos-informações, eles próprios, alimentos para o desejo de quem está aprendendo algo útil e interessante. O corpo, no instante deste encontro e também depois, a um só tempo, sofre transformações estruturais – nas conexões de novas vias neurais que irão se esposar também às antigas, produzindo memórias daquilo aprendido – bem como sofre transformações de funções: tempestades neurais explodindo entre as conexões antigas e as novas. Conexões num processo de acasalamento com o ‘sofrer’ o encontro do interesse/desejo com aquilo que lhes é

exterior. Os exemplos destes processos estéticos, transtonais e transformacionais, advindos de uma física dos encontros podem ser inúmeros. Paremos por aqui!

Ao preferirmos tomar como objeto os vários tipos de ‘sofrimento’ – e aqui é uma questão de apetite/preferência –, também tomamos como objeto de trabalho as frestas de luz. Estas frestas aparecem por pequenos instantes de tempo. São índices de vida em meio a tantos ‘sofrimentos’. Não nos filiamos à noção de cura em saúde mental: mas, outrossim, aos processos que ajudem a modular as existências na produção da superação das capturas nas suas diversas configurações. Neste ponto, temos conversado com os psiquiatras sobre a perspectiva dos processos heterogenéticos vertidos à produção da autonomia: bem ao modo de Canguilhem (1978) auto – próprio – nomia – norma: processos que se dizem da instauração de normas próprias. Instigar as potências de cada um para que supere o poder de afecção das suas memórias, histórias, daquilo que aprisiona e entristece o viver. Instaurar novas normas, novos caminhos para que o desejo possa se conectar e ‘sofrer’ a ação dos novos encontros.

Decorre desta lógica a possibilidade do processo contínuo de produção de conexões para o funcionamento desejanter (DELEUZE & GUATTARI, 1997). Assim como falamos há pouco, a aprendizagem se dá pela conectibilidade de novas transações neurais. Aprender, portanto, é aprender a se conectar com a vida, com o mundo, assim como faz o cosmos com as suas transações de mundos atômico/moleculares para a produção de outros mundos. Segue-se destas afirmações que a plasticidade existencial – nos nossos modos de sentir, pensar e agir – são homólogas à plasticidade neural.

Em meio às nossas transligações teórico/práticas, temos também pensado sobre a função da terapia medicamentosa. Aqui, problematizo com o leitor, como faço com os colegas psiquiatras: **1-** A terapia medicamentosa poderia sofrer o olhar da arte no processo de produção do seu trabalho? **2 -** A terapia medicamentosa, se não cura, o que ela faz? **3 -** Como dosar a medicação, uma vez que o metabolismo varia de pessoa para pessoa? **4 -** Como encontrar a medida, aquela boa dose medicamentosa em que o usuário não se enclausure? – como foi apontado pelo diagrama 2 da seção VIII.

Temos algumas direções sobre estas problematizações. Não as tomamos como definitivas: tomando como referência a vida, uma vez que ela mesma também não é definitiva, nem mesmo as teorias que dela tentam encontrar respostas certas e universais. Em relação ao problema 1: temos conversado sobre um conceito da música: o conceito de modulação. As escalas musicais ocidentais possuem sete notas com os seus intervalos de semitons. A combinatória destas sete notas entrelaçadas aos seus

semitons produz uma infinidade de músicas. Uma mesma música poderá ser tocada num tom de Dó maior ou em Ré maior ou em qualquer tom. Esta passagem de tons de uma música – ou como variação tonal dentro de uma mesma música – definiremos como modulações tonais. Homologamente, uma pessoa quando sofre a ação de alguma força externa modulará o ‘tom’ dos seus afetos, das suas idéias, das suas ações. No seu mundo biológico, inúmeras modulações tônico/intensivas/tensionais ocorrem: variações nas tempestades neurais, ativação de áreas cerebrais que ativam outras áreas corporais – glândulas produtoras de hormônios e outras substâncias da nossa usina química biológica. Assim como a música muda de tom, a nossa existência como um todo modula o tom das funções e estruturas. TRANSTONALIDADE EXISTENCIAL. Modulação de funções e estruturas na relação recíproca entre as suas partes constituintes – que também se autointerferem, automodulando-se quimicamente, ideativamente, imaginariamente, emocionalmente, na relação com os encontros com aquilo que lhes é contemporâneo. As marés bioquímicas entram em fluxo e refluxo, assim como as marés dos oceanos. Marés que fazem parte do complexo jogo de transações entre os diversos domínios do corpo. Corpo que reúne a expressividade dos ‘maremotos e calmarias bioquímicas’ nascidas das proporções de movimento-reposo-velocidade e lentidão dos seus fluxos na relação recíproca com os corpos exteriores e também interiores.

Problematização 2 : a terapia medicamentosa poderá ajudar na modulação das tempestades neurais: diminuindo e aumentando o fluxo das marés bioquímicas. Definiremos a função da medicação como também modulatória, uma vez que o corpo sofre as suas interferências, modulando-se ao esposar com a sua natureza.

Problematização 3: desenvolverei tanto a problematização 3 e 4 simultaneamente. É trivial a inquietação das pessoas usuárias de medicação psiquiátrica reclamarem dos seus efeitos. Por vezes, o mal estar é derivado dos componentes da medicação: e isto é apontado pelo psiquiatra. No entanto, existem inúmeras situações que a dosagem medicamentosa está a menos ou a mais. Os próprios psiquiatras afirmam que, acertar a ‘medida’, depende do ‘feeling’: da experiência profissional, da relação que vai se estabelecendo com os usuários, da sensibilidade que vai sendo desenvolvida. Encontrar a medida da medicação para cada pessoa seria – claro que guardando as devidas proporções desta analogia – encontrar a medida das intensidades/alturas mais adequadas para a execução de uma determinada música para uma pessoa: como afetá-la de sorte a proporcionarmos um bom encontro entre os corpos que a ela irão se nupciar. Daí



encontrar a medida, a boa dose, será desenvolver conhecimentos sobre a psicofarmacologia, associados ao conhecimento da sua sensibilidade: temos aqui uma boa composição – psiquiatras artesãos/artistas a encontrar boas dosagens de misturas químicas que ajudem no processo de modulação da complexidade do existir. Complexidade que, a um só tempo, subsume entrelaçamentos de diversos domínios imanentes a cada ser existente, ele mesmo, sendo parte de um jogo de forças com o meio: interferindo e sendo interferido.

Pelo que precede, a plasticidade do desejo/do organismo/das idéias/dos afetos aí encontra a sua função ao se conectar, sofrendo a experiência sempre original daquilo que nos é contemporâneo: alegrias e tristezas.

Outro desafio problemático: da não necessidade classificatória, conforme poderemos ver pela parte ANEXOS 6, ÍTEM: 12. Tenho dialogado com os psiquiatras a respeito de outra perspectiva. Ao invés de reduzir as experiências sensíveis fenomênicas nas unidades abstratas dos conceitos psicopatológicos, poderemos compor a leitura das afecções através das suas variações intensivas, da dinâmica dos afetos, das idéias, dos fluxos imaginativos, metabólicos, fisiológicos, dentre outros domínios. Nesta esfera, a leitura da experiência torna-se complexa. A medicação se esposará às experiências sensíveis não para o seu controle, mas, outrossim, para ajudar na composição de uma criativa afinação da existência: em conjunto com outras instâncias interferentes (encontros com outras pessoas, com as artes, com o trabalho, com a rede de vizinhança etc.). **TRANSTONALIZAÇÃO EXISTENCIAL.** Existência, ela mesma, transtonalizando-se, transmodulando-se pela força dos encontros que, por sua vez, se transformam pela força desta experiência complexa, que se tece em conjunto. Nesta esfera, podemos utilizar a imagem do piano que precisa de afinações das suas cordas. O afinador encontrará a melhor tensão para cada corda, afinando-a na relação com as outras – e nunca afinando uma corda de forma isolada de outra. Ao cabo da afinação, o pianista exercerá a sua maestria tocando o teclado do piano. A percussão das teclas nas cordas, com o tempo, mudará as suas tensões. O poder de ser afetado das cordas do piano se configurará noutras tensões na relação com os toques do pianista. O piano desafinará. Por sua vez, o afinador será convidado a comparecer com a sua sensibilidade para uma nova afinação.

Arriscando-nos a uma certa homologia entre o processo de afinação e desafinação do piano com as experiências existenciais, afirmaremos que cada um se desafina quando é tocado por outras idéias, outros afetos, outros comportamentos no

curso da vida. Quando a desafinação é paroxística, quando esta se torna intensivamente tempestuosa, é trivial se buscar a afinação das suas idéias, dos seus sentimentos, das reações fisiológicas e somáticas nos especialistas. Compreendemos, por conseguinte, que estas pessoas não poderão ficar o resto da vida sofrendo a afinação dos especialistas: a vida de cada um ficará tutelada a uma dada **“afinação especialística”**. Decorre daí sobre a importância dos especialistas num primeiro momento, i. e., podendo contribuir para que as pessoas “desafinadas existencialmente” possam, elas mesmas, encontrar formas de afinar seus sentimentos, suas idéias, enfim, transtonalizando a sua existência gradualmente. Transtonalização que segue o curso da produção de novos sentidos para a complexa aventura do viver.

Cumprir notar: as nossas discussões têm versado, por seu turno, na direção de nos tornarmos inúteis para aqueles que nos procuram: na medida que desejamos processos de autonomização, tornamo-nos, nós profissionais de saúde mental, dispensáveis para aqueles que conquistaram a direção das suas existências. Vamos ser catalisadores de outros mundos existenciais, para que cada um aprenda a instaurar as suas próprias normas de viver. Aprender a escrever as suas próprias histórias: de vez em quando eles vêm nos visitar para celebrarmos a experiência da vida, ela mesma, constituída de entrelaçamentos de mundos que germinam outros mundos!

#### ***IV.XV - ESTÉTICAS EXTITUCIONAIS***

A heterogênese se situa numa estranha posição: ocupa o espaço que, por definição, vem se delimitando a ser clínico. Os coletivos da heterogênese vêm ocupar os espaços da saúde mental para neles colocar outras lentes sobre o seu instituído e crônico objeto de trabalho: “as doenças mentais” ou “transtornos mentais”. Nesta ocupação ético-estético-política, instauramos a possibilidade de invenção de novos olhares-perspectivas sobre os vários tipos de sofrimento e de existências, bem como criamos territórios por onde transitam diversas práticas que nos auxiliem a desestratificar as nossas instituições. Com efeito, uma das práticas que também circulam no ambulatório, onde tem se situado os grupos de heterogênese, é a oficina “Cuidando de Si”, como veremos abaixo.

## ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS XI***

A coordenação do ambulatório de saúde mental, apostando na possibilidade de articular os serviços ambulatoriais com a rede de serviços de saúde e de outras esferas, abriu a possibilidade de fazermos parcerias com a iniciativa privada. Proposta levada ao Sr. Secretário de Saúde que a aprovou.

Desde então, produzimos uma oficina que denominamos: Oficina cuidando de si. Não conferimos o sentido de terapêutico a esta oficina: uma vez que desejamos que esta e outras oficinas se sustentem por aquilo que é, de fato e de direito, parte dos processos de subjetivação engendrados de novas constelações existenciais. Processos de subjetivação que podemos definir como ‘práticas nômades instituintes’. Prática nômade, uma vez que os espaços e os saberes por onde estas práticas possam circular são móveis, transitórios e dinâmicos.

Um instituto de beleza da cidade foi convidado para participar deste projeto. Convite feito, projeto aceito. Começamos a modular em outros tons o ambulatório de saúde mental com outras práticas que não sejam estritamente clínicas. A lista de inscrição logo foi preenchida.

Oferecemos cortes de cabelo e escova. Parentes de usuários também ingressaram nesta aposta. No dia da oficina, estávamos nós – profissionais de saúde mental e usuários – participando juntos de uma celebração do cuidar. Várias profissionais pegaram a carona e também cortaram seus cabelos e fizeram escova. Produzimos ressonâncias entre as nossas imagens: aqueles que cuidam estão sendo cuidados por outros que vieram de fora. Experiência do plano do fora que vem desestabilizar os lugares instituídos. A atmosfera do ambulatório modulou para a de um espaço de trocas, de contágios entre experiências múltiplas. Transações produtivo-sociais de trocas de subjetividades.

Inauguramos o processo da heterogênese – processo que se diz de uma ética-estética-política do viver – para a abertura de novas possibilidades extitucionais. Abertura entre aquilo que é o fora do ambulatório na relação com aquilo que, nele mesmo, está instituído. O ambulatório recebeu a força de afecção/interferências de outras perspectivas para se modular. Afinal, o que podem os ambulatórios de saúde mental? O que pode a saúde mental como um todo? Quais são as possibilidades de produção de outras afecções? Problematizamos neste ponto não para trazer respostas: mas, sim, levantar a poeira para que a força de afecção do contemporâneo nos dê a volta

por cima. Contemporâneo que nos sacode das posições e crenças instituídas. Estar aberto à força da novidade é a possibilidade de ampliarmos o nosso grau de potência: aumentamos a força entrópica do nosso poder de ser afetado. Aumentamos a possibilidade de configurarmo-nos, nós e os outros – e a saúde mental – em novos planos de convivência e produção de saídas mais potentes.

Estamos em busca a cada dia de parceiros que nos ajudem a ampliar a produção de práticas instituintes em saúde mental. Práticas que se configuram como aquelas que se combinam com saberes e outras práticas para a produção de caminhos e soluções coletivos. Edificamos um processo de produção da rede intersetorial – ou nos nossos termos, de TRANSETORIALIZAÇÃO - não se delimitando aos outros dispositivos de saúde ou outras agências sociais, mas, por sua vez, abrindo o seu poder de conexão com as possibilidades que vão se tecendo rizomaticamente com outras pessoas e serviços da comunidade. Compreendemos que outros serviços podem ter força de afecção no interior dos ambulatórios de saúde mental. Força de afecção que **transetorializa** a dinâmica institucional dos ambulatórios, ampliando as suas capacidades na produção de políticas para o viver. Várias propostas de convivialidade transubjetiva estão a se tecer neste ambulatório.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS XII:***

Outra experiência muito interessante foi a visita de alunos com professores que trabalhavam num projeto sobre a questão do preconceito e das diferenças. Este tema compareceu na escola como efeito de um acontecimento de preconceito com um dos seus alunos. Estes participaram do encontro com alguns participantes da heterogênese. Acontecimento que foi desenvolvido embaixo de uma árvore que se situa numa área externa das salas de atendimento, uma vez que o refeitório estava ocupado com uma reunião. O dia habitual do grupo de heterogênese pelo turno da manhã não era viável para os alunos e professores. Daí, marcamos o encontro num outro dia e utilizamos outro espaço: a sombra de uma frondosa mangueira.

Conversamos sobre a lógica da psicopatologização da diferença no contemporâneo, acerca da possibilidade de invenção de outras lentes que possam produzir outros sentidos na relação com a expressão da diferença, dentre outros temas. Um professor presente nos enuncia sobre a experiência heterogenética:

**Compartilhamos, essa é uma das maneiras para tentar explicar o que sentimos no encontro com o grupo heterogêneo; compartilhamos idéias e experienciamos o viver. Numa crise civilizacional generalizada, cheia de paradigmas, o grupo heterogêneo propõe a ruptura, construindo com várias mãos a participação espontânea. O grupo busca participação com liberdade.**

A participação destes alunos com professores num encontro heterogêneo, por ocasião de uma necessidade institucional da escola, vem se entrelaçar com uma outra proposta que está se desenhando no Programa de Saúde Mental do município onde ocorrem os grupos de heterogêneo. Temos a visibilidade que os eventos em saúde mental são ocupados, em geral, por seus usuários e profissionais. Pelo menos é o que ocorre neste município do interior do Estado do Rio de Janeiro. Para fortalecer a participação da comunidade e de outros atores estamos criando os Espaços de Convivência, Cultura, Renda e Eventos em conjunto com a participação da ASPAS – Associação dos usuários, parentes e amigos da saúde mental. Dispositivo que poderá promover a maior participação da comunidade, de outras agências sociais e gestores na discussão acerca do preconceito, do estigma, da exclusão social, dentre outros temas de extrema relevância, não apenas ao universo da saúde mental. Decorre daí que a lógica heterogênea poderá alcançar outros horizontes para além da cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental. Lógica que poderá ajudar na despatologização do plano social. Lógica, ela própria, valorizadora da produção de perspectivas mais abertas e coletivas para a produção de sentidos sobre a questão da diferença e da complexa experiência que é o viver.

Já formalizamos a parceria com um teatro de um sindicato para a promoção de eventos onde a convivência entre usuários da saúde mental, alunos de escolas, gestores e outros interessados, aconteçam com periodicidade. Possibilidade de invenção de novas misturas *caosmoheterogêneas nas experiências pela cidade*.

### ***MISTURAS caosmoHETEROGENÉTICAS XIII:***

Geralmente, quem anda até aos estabelecimentos de saúde mental é o usuário. Por sua vez, o ambulatório, qualificado por sua etimologia latina como aquilo que é próprio ou destinado a passeio, em geral, não circula suas práticas na direção da cidade.

Inspirados nesta perspectiva, pensamos na estratégia de criação de uma trupe – que faz parte das práticas nômades instituintes de saúde mental. Criação que envolve pessoas da comunidade, usuários e nós profissionais de saúde mental. Batizamos esta prática como HETEROGENÉTICA TRUPE. Nosso objetivo é andarilhar pelos espaços da cidade. Espaços das escolas, das associações de bairros, das igrejas, das ruas, das praças que receberão a força de afecção das suas próprias cenas. Cenas impulsionadas pelos procedimentos narrativos da arte, da filosofia, dos múltiplos saberes que circularão as cenas da cidade em falas e gestos.

Estamos montando o nosso projeto “Cenas do Contemporâneo”. A idéia está inspirada nas tragédias gregas. Inspiração que versa sobre a possibilidade da cidade se ver em cena – com suas tensões, conflitos, efervescências e criações de novos mundos. Inspiramo-nos também em Chaplin –, uma vez que as cenas cortantes da dor são atravessadas pela singeleza da alegria, da força e do espírito genuíno da criança que pode ser ativado em cada um de nós. Cenas que vêm problematizar os paradoxos do contemporâneo. Problematizações que receberão as múltiplas perspectivas, de muitos olhares e muitas vozes, para que dêem curso ao processo do viver – e não necessariamente para que o problema se resolva. Viver em cena aquilo que é da ordem trágica: extrair do viver aquilo que pode nos ser útil para consistirmos na existência com os outros, apesar das incertezas, da dor. Aprender coletivamente a exercer a fórmula que Espinosa nos recomenda para o nosso movimento instituinte e político, como veremos no nosso próximo capítulo.

#### ***IV.XVI - RESUMO DAS DIMENSÕES TRANSTONAIIS DA HETEROGÊNESE***

Vale ressaltar que a ordenação destas dimensões não se refere nem à sua maior importância/valência de uma sobre as outras, nem sobre como se configura o seu processo. Pode parecer que o processo da heterogênese se dá por uma seriação/ordenação como a que se segue abaixo. A dinâmica transtonal da heterogênese ganha a sua consistência na combinatória destas dimensões e de outras que a elas possam se esposar.

### **1 – Dimensão da Tetralência do Agenciamento:**

A heterogênesse é a dinâmica e a expressão dos processos de constituição e dissolução de mundos.

A heterogênesse toma de empréstimo a noção de tetralência do agenciamento de Deleuze & Guattari para pensar o processo contínuo de produção de subjetividade. Por um lado, teremos um eixo vertido aos processos de desterritorialização das formas constituídas que poderão se configurar em novos territórios. Eixo que subsume as experiências caosmóticas (GUATTARI, 1992) – assim como o que acontece com o cosmos com o seu contínuo processo de caos e ordem. Processo que reúne a experiência da dissolvência de territórios para novas configurações. Por outro lado, teremos outro eixo que se diz dos agenciamentos coletivos de enunciação. Neste eixo expressam-se vozes coletivas e impessoais naquilo que é matéria singular em ato. Polifonias de vozes sociais expressas na existência vocal singular. Mesmo a matéria é, a um só tempo, expressão das suas partes constituintes – originárias dos encontros entre moléculas/átomos – expressas no contemporâneo como manifestação singular da existência. A matéria expressa sua história e seu devir.

### **2 – Dimensão do Ser e do Devir:**

A existência é a expressão das estruturas em processos metaestáveis: equilíbrios dinâmicos.

A negação do tempo associada à idéia de imutabilidade do ser tem suas raízes antigas na história do pensamento ocidental. Desde Parmênides com o seu princípio da identidade o homem vem lutando para negar aquilo que é imanente à experiência do ser: o movimento do seu devir. Aqui nos filiamos aos domínios da física e da filosofia que afirmam o ser e o devir: aquilo que é sua história e seu plano de virtuais. Olhamos pelas lentes que observam os processos de instabilidade das formas histórico/instituídas – na matéria, no plano dos afetos e das idéias – pelo decurso da experiência do tempo intempestivo. Decurso de um tempo a vogar que movimenta todo e qualquer modo/existência material – sonora/afetiva/ideativa/molecular/atômica/subatômica... A matéria é o efeito de processos irreversíveis (PRIGOGINE, 1996). Vemos a existência como a expressão de seres metaestáveis em equilíbrios dinâmicos.

### **3 – Dimensão da Entropia Existencial:**

As formas constituídas/estacionárias (ser) entram em devir (dinâmica instituinte) pelo aumento do grau de entropia da suas partes constituintes pela força dos encontros.

Tomamos de empréstimo da física o segundo princípio da termodinâmica: a entropia. Segundo Prigogine, o século XIX nos legou um espólio: por um lado, as leis de Newton, que estão ligadas às leis de um universo estático e, por outro lado, teremos a descrição de processos irreversíveis no decurso do tempo. A entropia é o princípio conferido aos processos irreversíveis, uma vez que está orientada pela passagem do tempo. Segundo esta perspectiva, a entropia do universo cresce na direção de um máximo. “O crescimento da entropia designa, pois, a direção do futuro, quer no nível local, quer no nível do universo como um todo” (PRIGOGINE, op.cit., p. 25). As matérias tendem à dispersão. Qualquer matéria é constituída de partículas: átomos/moléculas ou outras que estão para longe do nosso conhecimento. Teremos uma configuração microscópica (VAUCLAIR, 2002) para um dado agenciamento de partículas. Boltzmann, segundo Vaulclair, nos apontará que a “[...] entropia é de fato uma medida do número de configurações microscópicas diversas que conduzem ao mesmo estado macroscópico observado.” (op. cit., p. 152). Desta forma, uma gota de tinta que cai dentro de um copo de água vai se misturando: combinações entre moléculas. Aquilo que antes era uma gota de tinta e um copo de água se constituirá em novas configurações. Suas moléculas se abriram a um plano de possibilidades irreversíveis – uma vez que outras configurações poderão se efetuar no curso do tempo. As configurações microscópicas se abriram em maiores possibilidades. Temos, com efeito, o aumento da entropia. O aumento da entropia de uma dada existência aumenta as possibilidades de novas configurações. Poderemos aqui pensar os nossos movimentos ético/transvalorativos-transtonais/estéticos- instituintes/políticos como engendrades de entropia: dispersando formas constituídas para que se configurem em novas possibilidades existenciais.

### **4 – Dimensão das Estruturas Existenciais Dissipativas:**

A existência é complexa, precária e transitória.

Na medida que “[...] a vida se acha associada à produção de entropia e, portanto, aos processos irreversíveis” (PRIGOGINE, op. cit., p. 65), estaremos nós, seres existentes – detentores das nossas estruturas e funções –, ligados à nossa



transitoriedade. Somos seres estruturalmente precários e transitórios. Dissipamo-nos no decurso do tempo e dos nossos encontros. Seres que sofrem a ação dos corpos exteriores e, com efeito, da flecha do tempo. A natureza e o cosmos estão a processar a edificação de estruturas permanentemente: a criatividade da vida está associada aos processos irreversíveis. As estruturas existenciais – pensando aqui nos nossos processos ideativos/afetivos/bioquímicos, dentre outros – estão sofrendo as ações dos encontros dos corpos exteriores, bem como sofrendo as ações dos seus próprios componentes. A estrutura existencial se dissipa pelo decurso do tempo e pelas novas configurações produzidas pelas relações com as forças exteriores e interiores. Daí podemos afirmar que a estrutura e as suas funções se dissipam pela força de afecção da entropia. Estamos em constante relação com os nossos ambientes: aquilo que é externo em nós torna-se indissociável da experiência interna. Decorre daí que não podemos ser e ter estruturas e funções em equilíbrio constante. **Para longe do equilíbrio teremos comportamentos coletivos: assim múltiplos afetos e idéias podem se combinar para a produção da criação de novas subjetividades.** Produção coletiva, ela mesma, afecção/efeito do encontro entre existências que, nas suas diversas modulações, de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes constituintes, forma uma estrutura emergente transitória. Estrutura/corpo que funcionará para superar uma dada situação. Estrutura/Afecção, que se gesta para se autoproduzir, dissipando-se para a produção de outras possibilidades. Pela perspectiva de Prigogine “[...] os seres vivos são sistemas abertos, complexos organizacionais semi-estáveis (dispersivos ou dissipativos), estado que lhes assegura uma constante e íntima interação com o ambiente, com o qual trocam energia, mantendo-se devido a esse infundável fluxo dinâmico” (apud VILLAVERDE, 2000, pg. 543). Desta forma, se cada ser existente vivo está, a um só tempo, em processo de dissipação e de criação de si pelas transações energético/informacionais com os corpos exteriores, poderemos apontar para a unidade dos coletivos heterogênicos como corpos que se dissipam – na medida que sofrem os efeitos do decurso do tempo e dos encontros entre corpos – e se alimentam – ganhando energia e consistência/insistência/existência no tempo – de idéias, afetos e outras ações. Vale ressaltar que o processo de produção da heterogênese – caosmose – pode ser encontrado em Guattari (1992) e, por conseguinte, na biologia como a experiência de geração espontânea e a alternância do tipo de reprodução em sucessivas gerações.

## **5 – Dimensão da existência complexa:**

O aumento do grau da entropia existencial movimentada a dinâmica da complexidade que é o existir.

Ao estarmos modificando as nossas estruturas e funções no decurso do tempo - na relação com as forças afetantes exteriores -, entramos em condições de entropizar as nossas certezas, valores, garantias, modos de viver. Tornamo-nos seres complexos através da possibilidade de ampliação do nosso grau de entropia existencial. Noutras palavras, para longe das nossas certezas, entraremos na experiência do indeterminado. Experiência que dissolve a constituição da ego-lógica – lógica do Eu - para enveredarmos no paradigma eco-lógico-poiético: ecogênese. À proporção que experimentamos o desequilíbrio das nossas verdades, aumentamos as chances de combinarmos novas configurações das nossas estruturas e funções. Dissipamos, por conseguinte, aquilo que tenta se manter estável, equilibrado, instituído – feito um cristal no vácuo – para afirmar a complexa aventura que é o viver. Aventura da TRANSTONALIZAÇÃO EXISTENCIAL. Aventura de produção de novas modulações tonais dos nossos modos de sentir, pensar e agir a vida. Transtonalização como efeito da força dos encontros. Aventura transtonal da existência movida pela lógica cismogenética que produz abalos sobre aquilo que insiste em se manter cronicamente instituído no limite, quer seja dos relacionamentos dos estabelecimentos do Estado, no horizonte, quer seja das relações que se produzem e se reproduzem nas experiências pela cidade.

## **6 – Dimensão do Apeíron:**

Entrar no fluxo do indeterminado será viver no curso da invenção de si.

Do imprevisível jorro da vida poderemos extrair a força do possível. A indeterminação da existência e do universo nos conduz à possibilidade de criação de novos mundos. Mundos, eles mesmos, constituídos de heteróclitos elementos históricos (ser) que se dissipam para, num movimento entrópico, se expandirem em novas constelações de possibilidades (devir). “O universo ao nosso redor deve ser compreendido a partir do possível, não a partir de um estado inicial qualquer do qual pudesse, de qualquer maneira, ser deduzido” (PRIGOGINE, 1996, p. 61). A criação, doravante, poderá ser compreendida como instância geradora de vida. Criação, ela

mesma, efeito do encontro entre corpos num plano de indeterminações. Universo para além das certezas.

### **7 – Dimensão dos Encontros Complexos:**

Quando um corpo se encontra com outro corpo nasce a possibilidade de novas configurações estético-existenciais.

E será através da tetralogia entre desordem/interação (encontros)/ordem/desordem (MORIN, 2005c) que se darão os formigamentos de transações entre os heteróclitos elementos constituintes do universo. Homologamente é o que acontece com os encontros entre universos existenciais: encontros complexos. Esta tetralogia vem constituir a causa eficiente imanente de toda e qualquer transformação para a produção de vida. Caos/ordem são processos que se dão por uma contínua tensão de dispersão/entropia e de novas configurações individuadas: meta-estáveis e transitórias. Configurações individuadas que, pela força dos encontros com os corpos exteriores/interiores, terão como dinâmica a modificação das suas estruturas e das suas funções. Estamos de acordo com Morin quando este nos aponta para a perspectiva da entropia como princípio da dispersão que tende/trabalha para a organização. Da mesma forma, aquilo que se deseja organizado tenderá à sua dispersão. Processos de dispersão/concentração de individuações advindos das relações com o meio. E será pela via dos encontros/acidentes entre corpos que encontraremos a via de constituição de novos mundos existenciais. Assim, o clinâmen de Epicuro é a expressão da instabilidade dinâmica que vem, pela força do desvio e da instabilidade dos átomos, germinar a produção de mundos em permanente processo de transformação.

### **8 – Dimensão das ressonâncias:**

Os encontros entre corpos produzem ressonâncias.

Teremos, por seu turno, através dos encontros entre corpos – assim como os átomos se encontram fazendo correlações por acidentes – a constituição dos universos existenciais. Existências que se encontram, produzindo colisões de mundos: formas de sentir, pensar e de agir. Destas colisões nascem correlações: a marca/vestigio de um corpo fará parte do outro, reciprocamente. Cada um sofre a ação do outro. Segue-se

desta afirmação que os universos existenciais vão se constituindo por ressonâncias: pelos acidentes/encontros entre corpos. Corpos que formam unidades existenciais mais complexas à medida que possam ampliar/construir outras correlações com outros corpos. Para o interesse da heterogênese afirmaremos que, ao nos encontrarmos com mundos diversos, poderemos produzir transações de conhecimentos, novas visadas, novos afectos/perceptos/conceptos para o engendramento de outras configurações nos nossos modos de viver. Por este prisma, teremos a produção de uma **Rede de Ressonâncias**. Rede tecida pelas correlações entre idéias/afetos/ações. Correlações que deixam os seus vestígios em cada um: processo de individuação heterogenética onde os termos constituintes consistem no fluxo do tempo. Assim, cada um se sente parte de um universo complexo e dinâmico: experiência de pertencimento/individuação e de crescimento/expansão no curso de um tempo a vogar. As ressonâncias consistem/insistem na passagem do tempo: mesmo com a ausência de uma pessoa, sua presença é autenticada pelos vestígios/marcas que nos imprimiu pelas experiências vividas.

### **9 - Dimensão das Ressonâncias Intensivo/Afectivas:**

Os afectos ligam os corpos pela força da sua ressonância.

Uma vez que, no fluxo dos encontros, podemos aumentar o nosso grau de potência – poder de afetar e de ser afetado -, levamos os vestígios/impressões dos encontros e, por seu turno, também os nossos vestígios são levados pelo corpo que entrou em ressonância com o nosso. Os processos de colisão/entre/mundos existenciais produzem ressonâncias intensivo/afectivas. Aqui poderemos nos ligar ao conceito de **equidiferença** que, por definição, é o encontro de heteróclitas formas de ser que se ligam naquilo que lhes é comum. O exercício da comunalidade também se dá pela ordem do afeto, dos apetites, dos interesses, daquilo que une e atrai, desacelerando a potência entrópica do encontro para a produção de individuações dinâmicas: instavelmente estacionárias.

### **10 – Dimensão das Ressonâncias Ideativas:**

As idéias ligam os corpos pela força da sua ressonância

Assim como os afectos/intensidades acoplam mundos distintos, as idéias a eles se esposam para ampliar a consistência da individuação singular que nasce deste encontro.

À proporção que cada existência sofre a ação de outra existência, vemos nascer o acoplamento entre mundos: mundos que se correlacionam por ressonâncias ideativas. Estas ressonâncias consistem na passagem do tempo devido à sua força de afecção. Estas ligam mundos, assim como ligam/acoplam os harmônicos de um som: mesmo que sejam distintos, algo em comum lhes atrai. Atração parida daquilo que é comum: constituição de territórios a serem explorados – lado do eixo de produção de territórios dinamicamente estacionários da tetravalência do agenciamento.

### **11 – Dimensão das Comunicações/Informações:**

Da complexidade dos encontros entre-corpos, as transações informacionais são gestadas.

Decorre daí que a heterogênese não se filia às correntes reducionistas. Estamos a produzir – pela força das ressonâncias – comunicações entre mundos de saberes diversos. Inspirados em Morin (2005 c), vertemos o alcance do nosso olhar – e do nosso desejo – na edificação de conhecimentos complexos, uma vez que o objeto de trabalho da heterogênese, por seu turno, também é um objeto complexo: existência complexa/sofrimento complexo/encontros complexos. Saberes que se entrelaçam para a produção de conhecimentos que sirvam para movimentar nossos mundos. Mundos que vêm – pela força das correlações de idéias/afetos – produzir transações de informações híbridas. Híbridagens informacionais que não se reduzem às comunicações pela palavra. Outros sentidos informacionais são sentidos pela força de afecção das artes. **O sentido só faz sentido quando é sentido.**

### **12 – Dimensão da Ruptura A-significante sonoro/musical:**

O sentido só faz sentido quando é sentido.

As informações que são trocadas pelos encontros da heterogênese também ganham a sua dimensão a-significante (DELEUZE & GUATTARI, 1995). Dimensão que tem o estatuto de intensiva. Pelas intensidades sonoro/musical produzimos um plano de desterritorialização da língua. Nossa língua materna nos leva a outro plano de significações. Plano de exploração semiótica por onde atravessam informações intensivas que aglutinam a força do coletivo. Força, ela mesma, parida daquilo que é impessoal em nós. Força que nos flexiona para longe das reducionistas significações, da memória/história e das funções estratificadas, habituais e mecânicas do organismo. Assim, encontramos-nos com as possibilidades de produção de ressonâncias pela

experimentação do corpo, da música, das cenas, dos sons a-significantes. Decorre desta instância de experimentações sensíveis que o sentido só faz sentido quando é sentido.

### **13 – Dimensão das Afecsons:**

Os sons produzem cortes na duração afectiva, uma vez, liberados se manifestam em sons.

As correlações entre corpos, durante as experimentações sonoras, produzem afetos que se expressam em sons. As *afecsons* são filhas de si. Germinam um plano de composições sonoras e afetivas que se retroalimentam. Retroalimentações que facultam o engendramento das ligas por ressonâncias. Retroalimentações que nos ligam para que possamos nos dissolver no líquido amniótico sonoro. Líquido que nos diasporiza/entropiza para nos ligar de outras maneiras à vida. As *afecsons* como partes interiores da produção sonora, ligam mundos. Ligação por ressonância. *Afecsons*: afetos que nascem dos sons que nascem dos afetos que nascem de outros sons...

### **14- Dimensão das Ressonâncias Temporais:**

O passado e o futuro estão subsumidos na experiência do presente a vogar.

Uma vez que podemos viver a experiência da imanência caosmótica, temos a chance de experimentar no curso do tempo aquilo que é da ordem do já vivido com aquilo que é da ordem da experiência do contemporâneo. Viver arranjando-se/desarranjando-se. Experimentamos a vivência da subsunção do tempo: daquilo que é da ordem do já vivido e que ainda é ativado pela força das necessidades do contemporâneo. Experiências do já vivido que se acoplam às experiências do devir. O passado e o futuro coexistem com o presente (BOHM, apud VILLAVERDE, 2000).

### **15 – Dimensão da Plasticidade:**

Todos os domínios da existência são plásticos/estéticos: precisam sofrer a ação das experiências para aumentar a sua realidade.

No decurso da experiência do tempo, os encontros se efetuam produzindo correlações de inúmeras ordens para a configuração de individuações. Individuações estacionárias, dinâmicas e transitórias. Podemos pensar a dinâmica da plasticidade existencial à luz da plasticidade desejanste: ao desejo nada falta, ele só precisa ser conectado, agenciado (DELEUZE & GUATTARI, 1997). A plasticidade desejanste se efetua pelos acidentes onde os corpos entram em correlação. Correlação que aumenta ou

diminui as variações do desejo. Poderemos ampliar o alcance da noção da plasticidade, pensando-a como parte integrante dos processos biológico-neurais. Processos que são ativados pela força da experiência do contemporâneo. Será, através das experiências, que as conexões neurais se efetuarão. Mesmo as conexões neurais, responsáveis pelas funções de órgãos, são ativadas pela experiência. Experiência da comunidade política biológica que, nas suas diversas configurações, entram em ressonância plástica para manter e conservar a vida: **conatus biológico**. Vida que não pode sofrer uma ação entrópica radical, o que seria a dissolução das suas partes em partículas primárias: suas moléculas, seus átomos ou, ainda, seus quarks.

### 16 – Dimensão das Modulações Existenciais:

Os domínios constituintes dos seres existentes modulam ao sofrerem a força de afecção dos seus encontros.

Consoante a variação da plasticidade do desejo e de outros domínios constituintes da existência, temos, por sua vez, a manifestação daquilo que serão as modulações existenciais em ato. A singularidade se expressa como acontecimento: como corte na duração. Dinâmica modulatória dos blocos de configurações das idéias, afetos, apetites, reações bioquímicas emergentes a cada encontro: essência singular em ato (ESPINOSA, 2000). Assim como cada indivíduo se modula quando sofre a força de afecção dos corpos exteriores e também das correlações entre os seus componentes, o processo heterogênico se modula quando sofre a ação da força de afecção das forças exteriores e das afecções de que seus componentes são capazes. Desta instância, afirmaremos que a heterogênese é modulada quando sofre a ação de intercessores do plano do fora que, por seu turno, entram em relação com seus elementos constituintes imanentes.

### 17 - Dimensão da energia livre e energia instituinte:

A energia instituinte liberada é a força do desejo em potência, filha dos encontros.

A energia livre (FREUD apud LAPLANCHE E PONTALIS, 1988, GARCIA-ROZA, 1983) é, por definição, aquela que é tributária do processo primário: energia móvel, uma vez que está vertida à descarga de maneira rápida e a mais direta possível. A energia livre poderá ser compreendida como **energia instituinte**. Por energias livres chamaremos, doravante, como energias instituintes. Energias que se disparam, são

ativadas pelas colisões/conexões/transações informações entre idéias/afetos. Transações que se efetuam na ordem do coletivo. Coletivo, ele próprio, concebido como a Usina de liberação dos fluxos de energia instituinte. Nestes processos, teremos menos indivíduos fixados em suas histórias e mais individuações dos fluxos de idéias e desejos que concorrem e se esforçam para se conservar na existência.

### **18 – Dimensão das Forças de Ativação das Afecções:**

A força de afecção do contemporâneo ativa blocos de afectos/perceptos/conceptos instituídos e outros a serem experimentados/construídos.

A experiência do contemporâneo afeta os corpos ativando aquilo que é da experiência do ‘já vivido’ ou do ‘ainda por viver’. Noutras palavras, será pela força de afecção dos corpos afetantes, situada no contemporâneo, que se ativarão os blocos de sensações/idéias/imagens/reações bioquímicas. São ativadas marcas/blocos de experiências já vividas que se configuram como maneiras de se pensar, de sentir e de agir. Estes blocos são ativados por traços/contornos que se apresentam no decurso da experiência na dimensão infinitiva do tempo. A um só tempo, o tempo não pára de passar e de ativar nossos blocos ativos instituintes de transformação – blocos de afectos/perceptos/conceptos que fazem parte dos nossos estoques de experiências já vividas, entrelaçadas com as experiências do contemporâneo. Experiências que farão parte de outros blocos de experiências que poderão ser ativadas no ‘ainda por viver’ dos nossos encontros. Por outro lado, a força intempestiva do contemporâneo poderá nos apresentar contornos sensíveis/imagéticos/ideativos que ativem blocos existenciais reativos/instituídos. Blocos que se dizem da força do hábito, das marcas ladainésicas de afectos/idéias e ações. Blocos de sensações, afectos e intensidades que agem silenciosamente como marcas históricas ladainésicas. Ladainhas de sensações e afectos que insistem em comparecer nas experiências do contemporâneo. Por este prisma, distanciamo-nos das teorias da personalidade que pensam em fases de desenvolvimento psíquico/emocional. No entanto, acreditamos que estamos por constituir, pelo resto da vida, combinações entre blocos de afectos/perceptos/conceptos na relação com os blocos já vividos e com aqueles que ainda estão por vir. A força de afecção do contemporâneo ativa os nossos blocos existenciais conforme os contornos/traços que tenham a ver com os já vividos. Assim como podemos variar as harmonias de uma mesma música, podemos nós, variar de forma/modo/tom afetivo-ideativo no curso das



experiências por vir. Segue-se daí que as nossas modulações existenciais são expressões/emergências/singularidades dos nossos blocos de afectos/perceptos/conceptos: cada um deles configurado e ativado pelos traços e impressões da força fluxionária dos corpos afetantes do contemporâneo. Numa palavra, os corpos afetantes se qualificam como toda força externa ou interna – lembranças, idéias, sensações, afetos – que se manifestam no decurso da experiência do tempo infinito, no curso do tempo a vogar.

### **19 – Dimensão do movimento vibratório/pulsátil:**

Da vida como vibração/pulsação.

A natureza de qualquer matéria é o movimento vibratório. “Assim, a natureza vibratória das partículas-ondas demonstra a pulsação do universo no nível subatômico” (VILLAVERDE, 2000, p. 537). A natureza/cosmos se constituiu e se constitui do movimento vibracional. Tudo no mundo subatômico vibra. Se tudo vibra no mundo subatômico, a vida pulsa no mundo macro. O mundo macro é a afecção/emergência das microvibrações do universo subatômico. Homologamente, a heterogênese - enquanto constituição de coletivos que acopla diferentes formas de vibrar as idéias, os afetos e ações – pulsa no decurso do tempo, ela mesma, sendo efeito/afecção das vibrações dos seus elementos constituintes em estado de ressonâncias que os ligam na insistente aventura que é o viver. E é pela constituição dos coletivos heterogênicos que amplificamos as pulsações entre corpos. Corpos que, pelas correlações de idéias e afetos, amplificam suas pulsações. Condição pulsátil do corpo heterogênico que modula as relações de movimento-repouso-velocidade-lentidão das suas partes constituintes. Condição vibrátil que modula e institui novas normas como afecções/efeitos dos encontros, eles mesmos, afecções dos seus elementos constituintes. A um só tempo, cada elemento constituinte é modulado pela força de afecção dos corpos pulsantes de idéias e afetos, bem como a heterogênese se modula em novas afecções derivadas das modulações dos seus elementos constituintes. A heterogênese vibra e pulsa na dinâmica fluxionária da vida.

## 20 – Dimensão das frequências em interferência:

A vida é a emergência complexa da polifonia frequencial.

O universo se constitui por padrões de interferência (PRIBRAM, BOHM, apud VILLAVERDE, op. cit.). Uma vez que as realidades existentes (mesmo as subatômicas) são constituídas por frequências vibratórias, teremos, por conseguinte, a constituição de existências mais complexas – corpos de diversas naturezas – que se constituem pelas interferências frequenciais entrecruzadas. Por este prisma, se uma frequência é constituída por vibrações – assim como a nota “lá” vibra frequencialmente em 440 hertz, i. e., vibra 440 vezes em um segundo para se constituir como uma ‘identidade estacionária “lá”’, teremos corpos complexos que vibram, eles próprios, em frequências diversas para constituírem a sua singularidade. O corpo humano vibra em frequências completamente diversas: células que vibram, interferindo-se umas às outras. Interferências que produzem outras interferências. O corpo não vibra em uníssono. O corpo é uma sinfonia de frequências que se automodulam pelas constantes interferências: **transfonia**. O corpo é frequencialmente polifônico. Poderemos afirmar que o corpo pulsa, uma vez que a densidade molecular do corpo possibilita a manifestação de pulsações que subsumem frequências/vibrações no decurso do tempo. “Em essência, pulsação e vibração são uma e a mesma coisa. Por exemplo: o coração humano pulsa, em média, a 80 pulsações por minuto. Já o coração do beija-flor não pulsa, vibra a 8000 vibrações por minuto. A natureza vibratória do universo evidencia seu estado de plena e contínua pulsação” (op. cit., p. 542). Por este prisma, poderemos verter o alcance do nosso olhar para a produção das idéias, afetos e ações no plano da heterogênesse. À medida que o universo vibra/pulsa, interferindo-se pelas frequências entrelaçadas, poderemos afirmar que as idéias nascem das interferências frequenciais entre idéias que também, por conseguinte, são acompanhadas pelos ‘tons/frequências’ afetivas. Um olhar mais afinado poderá verificar as tempestades frequenciais que se produzem no corpo humano inteiro. Tempestades de frequências entre células nervosas do cérebro que produzem reações bioquímicas, interferindo noutros sistemas que vibram/pulsam em outras frequências. O pensamento, uma imagem, afetos que os acompanham, são frequências que se cruzam para a produção da **transfonia** de uma dada ação/comportamento. Uma música é um padrão de interferências: vibrações que pulsam numa unidade singular em ato – assim a existência singular de um indivíduo é

constituída pelas interferências da sua comunidade que lhe constitui – estrutura e funções de órgãos, imagens, afetos, reações de diversas ordens, pensamentos, dentre outras esferas constituintes – e pelas interferências que sofre do mundo. Interferências complexas que se entrelaçam para a produção de uma dada singularidade existente, ela mesma, qualificada como acontecimento: ser meta-estável na passagem do tempo infinitamente infinito.

## **21 – Dimensão dos analisadores:**

O plano do coletivo é o plano que faculta a liberação da força instituinte.

Nos coletivos heterogenéticos não temos a figura do analista. Tomamos de empréstimo a noção de analisador (LOURAU, 2004) para produzirmos interferências no nosso modo de nos afetar e afetar o próprio processo dos coletivos heterogenéticos. Uma reviravolta na instituição do analista é produzida pela força dos analisadores. Doravante, será o analisador que realiza a produção de sentido. A palavra liberada e liberadora dos analisadores, como palavra política, será o próprio analisador que efetuará a leitura do encontro. Não se tratará mais de interpretar, mas, sobretudo, de diasporizar um corpo: aumentar o grau de entropia de um dado tema para que, ele mesmo, se abra em novas perspectivas e possibilidades. Possibilidades que entram em relação de ressonância. Nesta instância, não se tratará mais de produzir redes de significância explicativas que nos levem às determinações causais, mas, outrossim, iluminar os elementos que compõem o conjunto. Lourau afirmará que os analisadores se encontram em uma instituição como aqueles lugares onde se exerce a palavra, bem como também serão encontrados em certas operações, práticas e dispositivos que provocam o movimento de descentramento daquilo que está instituído, revelam o que estava escondido. Na heterogênese aquilo que se parece banal e sem importância torna-se objeto de discussão e debates. Objeto que movimentava as idéias e afetos do coletivo. Aquilo que saiu de uma pessoa torna-se objeto de debates, coletivizando-se. O que era de um torna-se parte de todos como efeito das ressonâncias afetivas/ideativas/perceptivas.

## **22 – Dimensão do brincar:**

Da vida podendo ser tomada como objeto de invenção.

Uma vez li em Nietzsche algo assim: o homem encontrará a sua maturidade nos jogos de criança. Este axioma me acompanha há muito tempo, não apenas nos encontros dos coletivos heterogenéticos, mas, sobretudo, na minha vida. Tive a oportunidade de ter três filhos. Oportunidade de aprender com eles a criar sempre uma nova possibilidade para os impasses que se apresentam no contemporâneo. Caixas de fósforos viram pequenas televisões... lembrei-me de quando fiquei um ano dentro de casa por conta de uma nefrite – meu irmão e eu tivemos ao mesmo tempo. Criávamos bondinhos do “Pão de Açúcar” com caixas de sapato, barbantes que atravessavam carretéis de linha vazios da nossa mãe. Prendíamos duas linhas: uma no alto da janela que era amarrada no pé da cama – legal, tínhamos a gravidade necessária. Outra linha transpassava o carretel que estava preso no nosso ‘bonde’. E assim criávamos o nosso Pão de Açúcar, já que não podíamos viajar. Viajamos em nossa imaginação, construindo outras possibilidades de vida. E foi assim, construindo com objetos e também com a arte – sempre gostei de compor desde os seis anos de idade minhas músicas para minhas namoradas, para a natureza, para a vida – aprendi a desenvolver o gosto pelas misturas e pelas combinações de coisas. Poderia, neste ponto, trazer inúmeros autores que falam sobre o brincar: prefiro trazer a minha experiência pessoal de invenção de mundos. Invenção, ela mesma, que se efetua pelos problemas que o contemporâneo nos convida a superar.

## **23 – Dimensão das bifurcações/possíveis:**

Dos encontros como edificadores dos planos de possibilidades.

Um dos recursos que temos para a produção de ‘linhas de fuga’ poderá ser a nossa aventura pelo mundo da imaginação – não aquela das experiências vagas e do ouvir dizer do primeiro gênero espinosano – mas, sim, pela força/potência de abertura do nosso campo de virtuais. Campo que se dá pela experiência do encontro. Encontro que, por definição, é o encontro entre corpos. Quando temos a oportunidade de nos encontrar com outros corpos (sejam estes uma música, uma idéia, uma imagem, uma lembrança, dentre outros corpos materiais ou imateriais) abrem-se condições para o

engendramento de bifurcações. Bifurcações nascidas dos encontros entre corpos. Este plano constituído por relações de forças possibilita a produção de proto-idéias. Proto – do grego *prôtos*: primeiro. Idéias singulares que se dizem filhas do encontro de corpos. Idéias que nasceram singularmente do encontro da relação de forças. Daí a força de afecção dos encontros possibilitar à imaginação expressar o seu poder criativo e construtor. Entramos no universo de experiências compossíveis: misturas de corpos, de afetos, de idéias que se entrelaçam. Entrelaçamentos que fazem nascer bifurcações/possíveis/virtuais – efetuados pelos estoques de experiências com aquilo que nos é atual pela força do encontro. Linhas de fuga daquilo em que estamos fixados para abrimo-nos à produção de novos universos, novas possibilidades. Só através dos encontros é que teremos, a um só tempo, problemas que movimentarão as potências da imaginação criativa com a força da intuição. Intuição, ela mesma, como força/potência de subsunção daquilo que é da ordem do já vivido com aquilo que é possível: terceiro gênero do conhecimento espinosano.

#### **24 – Dimensão da Fronteira de contato:**

A variação do nosso grau de potência se dará pela dinâmica da fronteira de contato.

Aquilo que será construído como possível se dará numa relação de fronteira (PERLS, 1977). Relação que, por definição, delimita a existência entre corpos, assim como as células de um corpo possuem membranas que delimitam a sua existência na relação recíproca com outras. O processo dos coletivos heterogenéticos se efetua pela variação do grau de excitação das fronteiras de contato. Ampliações, contrações, expansões, retrações: uma vez que o nosso poder de ser afetado variará. Variações da nossa possibilidade de entrar em certas transações de idéias e afetos - ou não. A ampliação da fronteira de contato poderá ter um efeito entrópico radical, no qual se efetuarão efeitos paroxísticos nada criativos: processos de abolição e de morte. As modulações de fronteira poderão se efetuar com graus de prudência para a não dissolução da vida. Desejamos que as modulações se efetuem para a produção de vida.

## 25 – Dimensões Dionisíacas e Apolíneas:

Da vida inventada como obra de arte: produzida pelos processos dinâmicos de caos e ordem.

A arte - com a sua poderosa força de afecção - vem nos retirar da vida ‘ordinária’ – a vida habitual, dos costumes fixos – para nos lançar no extraordinário da vida. Vida exuberante e potente. Vida, ela mesma, filha de si. Desta esfera, somos convidados a ingressar na viagem dionisíaca da música (NIETZSCHE, 1992). Viagem num mar tempestuoso que nos retira de nós. Apolo está ao nosso lado para nos salvar com as suas harmonias e ritmos. Experiência de ir e vir: de descentramento e centramento. Temos a possibilidade de nos experimentar como **unidades caosmóticas primaveris**. Unidades meta-estáveis. Individuações efetuadas por equilíbrios dinâmicos. Dioniso e Apolo são as forças que nos convidam às modulações da existência. Modulações que se dão pela ordem dos encontros, assim como a argila encontra as mãos do artesão. Artesão que encontra a boa medida dos componentes que poderão dar a boa liga, encontrando a melhor dose do toque das suas mãos que se conectam com o corpo argila. Encontros de corpos que são regidos pela dinâmica dionisíaca/apolínea. Usina de Intensidades.

## 26 – Dimensão da Usina de Intensidades:

A vida, ela mesma, como emergência transitória da esteticidade da existência: subsumida pela hibridez do diverso da vida

Os processos coletivos heterogenéticos são efeitos/emergências de si que produzem outros efeitos para “o fora” – naquilo que está instituído nos espaços onde possa se situar; nas experiências da cidade. Usinamos idéias, novos caminhos, novas possibilidades para aquilo que se apresenta como problema. Esta esteticização da existência se dá num meio propício que definiremos como Usina de Intensidades. Usina onde subsume transitoriamente o conjunto de perceptos, afectos e conceptos. Reunião de novas percepções do mundo, de novas maneiras de se sentir a vida, de outras formas de se pensar a aventura construtivista que é o viver. Viver, tecendo-se e constituindo-se pela lógica de uma tetravalência do agenciamento, como vimos por uma das dimensões anteriores.

## ***INTERMEZZO V***

Trilhamos pelo quarto capítulo pelo movimento das teceduras de universos transtonais da existência. Universos, eles mesmos, inteligidos como potenciais, à proporção que se afirmam como um plano de possíveis. Plano que engendra a conexão entre-domínios existentes, eles próprios, modulados pela força de afecção dos encontros. Seguimos as imagens daqueles que edificam suas existências pela dinâmica das práticas ladainésicas de tristezas. Tristezas tributárias de uma lógica que reproduz e reapresenta a dinâmica da repetição do mesmo, i. e., reproduz a vivência da prática da ladainha, ela própria, inteligida como ‘mesmice’, no limite da experiência subjetiva. Seguindo o curso do capítulo, vimos que existem outras formas de marcar o tempo, dinamizando as configurações existenciais. Dinâmica do Ritornelo. Dinâmica que, por definição, insiste no ato de repetir para dele poder diferir. Noutras palavras, poder ser e devir na subsunção da experiência imanente do tempo para a construção processual da existência. Processos que movimentam outras modulações tonais das configurações existenciais. Em meio a estes processos, encontramos-nos com os princípios plásticos dionisíacos e apolíneos. Princípios caosmocismogénéticos que expressam a dinâmica trágica do ato de existir como afirmação das potências alegres. Potência que é movida pelo tónus/tensão/tónico da música que estremece e aumenta o grau de entropia existencial para a subsunção daquilo que se diasporizou, entrando em novas conexões de vida: nascendo-nos de nós. E, em meio ao toque que a música nos oferece, encontramos-nos com os diversos tipos de toques que têm o poder de desenhar universos. Toques dos encontros que nos toca, assim como as mãos do pianista toca as teclas de um piano. Encontros de toques entre-peles-entre-sons-entre-subjetividades-entre-vidas que produzem ressonâncias. Ressonâncias, filhas dos encontros entre-realidades. E será pela lógica dos encontros que teceremos o quinto capítulo. Capítulo intitulado como movimento instituinte. Movimento que nos apresentará o plano de composições do corpo político criacional heterogénico. Corpo, ele mesmo, filho e pai de si. Corpo que luta para perseverar na existência como uma unidade plástica que se alimenta daquilo que possa conservar a vida singular dos seus constituintes, eles próprios, a força desejanste como causa eficiente imanente do nosso projeto político.

## CAPÍTULO V

### *Terceiro Movimento*

### *Das Invenções Instituintes:*

*Presto abbastanza, fortíssimo, nobile, sforzato*

#### V.I - DA EXISTÊNCIA POLÍTICA

**Mundus est omnium communis patria.**

O mundo é a pátria comum a todos.

Decorre das proposições tecidas no capítulo IV a execução do movimento transtional da existência, efetuado através da dinâmica do *hodosmeta* (PASSOS & BENEVIDES, 2005/2006). Método que, nas suas diversas expressões, é movido pela potência dos heteróclitos desejos que caminham em direção aos interesses coletivos. Tecedura de caminhos numa dimensão infinitiva, dimensão do devir.

Uma vez que compreendemos que o ato de existir é complexo, compreendemos, por sua vez, que toda existência é, acima de tudo, POLÍTICA. A existência ético-estética é uma existência política. Os elementos constituintes de um dado corpo – com suas partes fluidas, moles, pequenas, grandes, densas dentre outras singularidades estruturais – mantêm entre si interferências. Interferências políticas. Para que um dado corpo possa se conservar em existência, será, tão-somente, necessário que as suas partes constituintes se esforcem em concorrer na direção de, pelo menos, um desejo comum. Desejo/esforço de perseverar na existência: consistir/insistir a existir.

Potência dos desejos – causa eficiente imanente, causa de si - que forma o saber, as direções, as práticas, os indivíduos, eles mesmos, elementos constituintes do engendramento do corpo heterogenético. Nesta instância, cada um é construído em sua potência quando afetado pela força de afecção dos desejos e idéias coletivas e, por seu turno, constrói a potência existencial do corpo heterogenético.

Cada um é conduzido a conhecer a sua própria potência pela força dos desejos e idéias coletivas. Cada um é tecido pela produção do encontro existente e, por seu turno, tece a singularidade em ato, manifesta pelo corpo contemporâneo do coletivo. A um só tempo, nosso método político é constitutivo e constituinte (NEGRI, 2002). Método



homólogo à constituição da vida. Constituição processual e dinâmica da vida que se efetua pelos encontros fortuitos entre os corpos: *dinâmica hodosmetaódica*.

Processo construtivista da vida, ela mesma, compreendida como a expressão sempre em ato e vitalizante da multidão de átomos a configurarem-se em indivíduos, em sociedades, em ações, idéias, afetos e desejos. A reunião de átomos – constitutiva à configuração dos indivíduos – “[...] reinterpreta a pulsão da potência para existir através de configurações cada vez mais comunitárias do viver. Os mecanismos de produção da natureza constroem os indivíduos, os indivíduos naturais põem em movimento os processos de construção do social” (NEGRI, 2002, p. 445). Por conseguinte, “*sine materia nulla species effici potest*”: sem a matéria nenhuma espécie pode ser constituída. A matéria constituinte do corpo político heterogenético é engendrada pelos heteróclitos desejos e idéias. Universo desejante e ideativo, ele próprio, subsumido na emergência material, sempre provisória e em ato, do tecido coletivo.

A vida, ela própria, enquanto expressão das matérias corporais ou incorpóreas, segue a plástica gênese constituinte da natureza. A natureza produz indivíduos; todavia, a natureza não cria povos, nações e Estados (ESPINOSA, apud CHAUI, 2003). Com efeito, segue-se desta afirmação que a natureza tem a potência de invenção dos seres existentes; no entanto, será pela união de esforços, de desejos, de potências ou direitos que o plano social se erige. A associação de potências, de unir direitos – pela força dos desejos/afetos/idéias comuns – aumenta as ressonâncias entre as potências individuais/singulares, assegurando, a um só tempo, a conservação das potências individuais e a constituição de um ser muito mais potente: o corpo político.

Por conseguinte, o corpo político – enquanto existência política – por definição, será o efeito da união dos elementos constituintes que concorrem em direção aos desejos comuns, eles mesmos, expressão emergente do corpo coletivo singular. Por este prisma, compreendemos, por um lado, que os indivíduos são filhos da natureza – constituídos por heteróclitos elementos que se esforçam em se conservar na existência – e, por outro lado, são partes - cada um - da emergência do corpo político. Corpo político que se institui movido pelo estado de espírito cooperativo e utilitarista.

Estado de espírito que nos convida a sair da nossa condição solipsista de existência – compreendido como o estado de dispersão individual, solidão, interessado em seus desejos particulares. Estado de espírito egológico: lógica do EU. Lógica que edifica os estados de inanição subjetivo/política. Lógica fundada no centrípeto olhar sobre si. Olhar engendrado pela força dos ideários onde a única realidade no mundo é a

existência faltosa. Existência fundada na falta que precisa ser preenchida pelos objetos do desejo. Falta movida por ideários de consumo, de felicidade e de esperança que movimentam o costume de quem vive constrangido na solidão. Solidão movida pelo medo do outro e, por sua vez, pela esperança de uma vida melhor para si.

Vida constrangida, vida escravizada pela imaginação, pelas idéias e afetos confusos e parciais. Experiência de estar *alterius juris*, estar subordinado à potência mais forte de um outro, mesmo que este outro – mesmo ausente como causa material/concreta em ato - se apodere de si pelas marcas, vestígios e imagens, agora, como causa imaginária/virtual/possível imanente. *Corpus alienum*: corpo estranho que envenena o poder instituinte de invenção de novas possibilidades existenciais. Vida constrangida da liberdade de ser *sui juris*: senhor de si (CHAUI, op. cit). Vida constrangida pela reprodução de práticas ladainésicas nos modos de sentir, de pensar e de agir. Vida que precisa encontrar o tónus ou os *tons* exuberantes da alegria, ela mesma, filha do ato de liberdade.

Vida e liberdade sem constrangimentos: projeto que movimenta a experiência social, qual seja, o gérmen genético instituinte da política. Movimento de conservação da individualidade de cada ser existente, ele próprio, constituindo parte do corpo político. Existência política, tendo como causa eficiente imanente o desejo/conatus em conservar-se pelo fortalecimento dos interesses coletivos.

Decorre daí que o corpo heterogenético – compreendido como existência política constituída por heteróclitos indivíduos singulares que concorrem na direção de interesses comuns – ganha a sua consistência no corrente exercício da co-operação e, por seu turno, na união de potências/desejos/direitos. Consistência mediada graças à força de afecção das paixões alegres, qual seja, dos afetos potentes que fortalecem o conatus heterogenético. Força das paixões que formam o entrelaçamento dos desejos. Desejos que fundam a comunidade de direitos e de direções: *union corporum, conexiones idearum*: união de corpos e conexão de idéias (ESPINOSA, 2000).

## **V.II - DA INVENÇÃO DE CAMINHOS INSTITUINTES EM SAÚDE MENTAL.**

O corpo político heterogenético está inspirado em Espinosa: corpo político, ele mesmo, considerado como um ser existente coletivo reunido pela força dos desejos comuns/potência/conatus. Corpo político movido pela força das paixões de

autoconservação: desejo de governar e de não ser governado – pelas paixões tristes, pelas idéias parciais/mutiladas, por qualquer forma de leis transcendentais; corpo utilitarista: desejar aquilo que convém, fortalecendo o coletivo e, com efeito, os seus elementos constituintes, afastando-se daquilo que envenena/entristece, diminuindo a sua potência (CHAUI, 2003).

Tríplice determinação do corpo coletivo: 1 - processo coletivo onde se expressa a potência natural de governar e não ser governado: garantindo o direito à diferença em meio à vida coletiva; 2 - de ser movido pela força das paixões alegres vertidas aos interesses comuns: interesses que versam sobre a defesa das garantias dos direitos coletivos e individuais; 3 - de se esforçar em buscar aquilo que há de útil e que faça perseverar na existência o corpo coletivo, ele próprio, constituído pelas singularidades individuais.

Corpo instituinte, qual seja, corpo-emergência da potência coletiva que, a um só tempo, confere a cada um dos seus elementos constituintes a função de ser cidadão, legislador e governante. 1 - **Cidadão**, uma vez que a prática instituinte heterogênica possibilita que cada um dos seus constituintes possa gozar dos direitos de participar do exercício do poder de legislar. 2 - **Legislar** a criação da normatividade ética instituinte. Por um lado, a heterogênese, ela mesma, como emergência de uma existência complexa – constituída pela força dos desejos dos seus constituintes - expressando a sua existência como finita na duração, portanto, acontecimento. Acontecimento heterogênico, finito pela força instituinte dos desejos coletivos. Por outro lado, a heterogênese é a experiência singular de associar potências e unir direitos, aumentando a força das potências individuais, constituindo um corpo/processo vertido às ações coletivas. 3 – Cada um exerce o lugar de **governar** os encontros. Tomar parte da condução do coletivo será exercer a posição ativa no processo de produção das trocas sociais de subjetividade – como veremos na nossa *Política da Regência*.

Segue-se destas enunciações que o processo heterogênico se institui pela produção permanente de caminhos que aumentem o poder de cada um dos seus constituintes de ser *sui juris*, i. e., de ser senhor de si.

Projeto de libertação dos constrangimentos da ética moral transcendental que domina as idéias, o imaginário e o estado de ânimo de todo aquele que a ela se ajoelha e se enclausura. Nesta instância, aumentar o conhecimento sobre as formas de não subordinação da vida regida por uma ética de assujeitamento às verdades transcendentais será desejar, pelas ressonâncias afetivas/desejantes/ideativas do corpo

coletivo, **a invenção do seu próprio sentido de viver: instituição da liberdade.** “*Liberti, id est, hi qui desierant esse servi*”: libertos, isto é, aqueles que deixaram de ser escravos.

O projeto político da heterogênese versa, sobretudo, a respeito da edificação da ***lógica etho-eco-poiética***: invenção de si pela prática instituinte coletiva. O desejo singular individual socializado na relação recíproca com outros desejos muda o signo da existência: saída da esfera solipsista da **ego-lógica** – da lógica narcísica e egoísta da existência – para o exercício da **etho-eco-lógica**: alimentar a existência individual dos frutos semeados, cuidados e colhidos pelo corpo coletivo.

Existência, ela mesma, tecida em conjunto, ganhando em consistência, perseverando na experiência do tempo infinitivo. Tempo que move o corpo coletivo na dimensão infinitiva do acontecimento: tempo que faz o corpo coletivo se singularizar a cada novo encontro.

Encontros singulares que instituem sempre uma nova constituição dos desejos dirigidos em direção da liberdade. E é o desejo da liberdade – de governar e de não ser governado pelas paixões tristes advindas das idéias e imagens ou, com efeito, da subordinação aos outros desejos e verdades – que determina a emergência do projeto político heterogênico. Projeto de conexão de idéias e de união de desejos movidos pela permanente produção social de trocas de subjetividade. Transações entre-afetos-idéias-desejos: **TRANSUBJETIVAÇÕES**.

Produção de valores vertidos à usura daquilo que fortalece o corpo coletivo: aumentando a sua potência/existência e outras que possam a ela, se esposar. Ser ***sui juris*** será superar a condição de estar ***alterius juris***: de estar separado do seu poder de pensar e desejar por si, i. e., de viver subordinado às paixões tristes e segundo outros desejos e outras idéias. “*Nam quaedam personae sunt sui juris, quaedam alieno juri subjectae*”: pois algumas pessoas são capazes, outras sujeitas ao poder alheio. Ser ***sui juris*** é ser causa eficiente e imanente do desejo, das idéias, enfim, da aventura corajosa de, a um só tempo, inventar-se a si mesmo, tomando parte na construção do plano do coletivo. Tecitura de si como emergência das núpcias com o tecido coletivo. Tecido coletivo – ***complexus*** – que tem o estatuto de tecer-se junto nas tramas e enlaces com outras subjetividades. Experiência que faz nascer existências políticas, elas mesmas, suas partes constituintes e instituintes que não cessam de mobilizar e dinamizar os interesses comuns, mesmo nas tensões que expressam suas diferenças.

O projeto político instituinte da heterogênese vem garantir o direito de voz e decisão co-operada entre aqueles que transitam nos dispositivos em saúde mental e seus trabalhadores/gestores. Considerando que os serviços em saúde mental vertem a sua atenção ao coletivo/comunidade, este, por conseguinte, tem peremptório direito de participação na vida institucional dos dispositivos. Direito garantido pela Constituição Federal e pela Lei do SUS.

### ***V.III - DOS INDICADORES PARA O EXERCÍCIO DAS PRÁTICAS INSTITUINTES EM SAÚDE MENTAL:***

E, será por meio dos direitos garantidos nas leis e portarias constituídas, que as práticas instituintes em saúde mental encontram frestas para a criação de políticas para o viver. Com efeito, podemos encontrar na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o artigo 198. Artigo que versa sobre as ações e serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Cumprido ressaltar que a participação da comunidade é o VIII princípio da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula o Sistema Único de Saúde. Princípio que também poderá ser encontrado na Portaria SNAS de nº 224/92 de 29 de janeiro de 1992. Portaria que enfatiza a ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.

A legislação preconiza a participação social para que esta tome parte naquilo que, por definição, é *“juris et de jure”*, i. e., de ‘direito e por direito’ foi constituído para servir aos interesses coletivos. Com efeito, **de direito**, uma vez que os serviços públicos de saúde são de utilidade coletiva e, por sua vez, **por direito**, a comunidade, ela mesma, tem o direito de participar do processo de formulação e controle daquilo que lhe serve e, conseqüentemente, é a maior interessada.

A invenção da dinâmica política do projeto heterogenético se institui em meio à Constituição Federal, aos princípios do SUS e às portarias ministeriais em saúde mental. Existem inúmeras portarias que podem ser encontradas de forma sumária na parte ANEXOS 1. Legislações e Princípios plásticos que servem de indicadores para orientar – sem engessar - as práticas de invenções instituintes em saúde mental. O projeto instituinte ético/estético/político da heterogênese faz uso da legislação, precisando, ela mesma, ser exercitada “*jure et de facto*”: por direito e de fato.

Pelo que precede, o coletivo da heterogênese tem ajudado na formulação de estratégias de funcionamento do ambulatório de saúde mental onde são realizados os encontros.

Considerando que os serviços em saúde precisam garantir a acessibilidade na assistência, foi levado aos grupos heterogenéticos o problema institucional sobre a falta de vagas nos grupos de acolhimento para aqueles usuários de primeira vez.

O tema - concernente ao acesso aos serviços públicos de saúde – circulou no coletivo heterogenético. Circulação temática, onde inúmeros afetos ligados às experiências de muitos que ali estavam emergiram: “Nós conseguimos vagas para o atendimento na psiquiatria e para o grupo... se nós conseguimos vaga, outras pessoas também têm direito...”.

Em meio à emergência dos afetos/idéias que movimentavam o acontecimento, uma integrante expressou: “o nosso grupo ainda tem espaço para mais gente... e se as pessoas puderem entrar no nosso grupo?” Outras pessoas entraram em ressonância com a direção dada. Neste contexto, levantou-se a questão dos nossos limites: em relação ao espaço físico e sobre a quantidade de pessoas no grupo. Outra pessoa aponta: “bem, nós podemos ainda receber umas cinco pessoas...”; outra interroga: “e o que fazer com as outras que vão chegar depois?”; em meio às direções e interrogações, eu fiz uma proposta: “bem, o grupo de heterogênese também têm seus limites... não poderemos acolher todos que chegam no ambulatório... este é um problema institucional que não vai ser resolvido apenas por nós... nós estamos tomando parte no problema, tentando dar algumas direções... gostaria de fazer uma proposta ao coletivo: uma vez que existem muitas pessoas que chegam na recepção e vão embora por falta de vagas, nós poderíamos ser co-responsáveis por aqueles que chegam durante a manhã dos nossos encontros... quem chegar antes e durante os nossos encontros serão acolhidos... quem chegar noutros horários, os outros serviços do ambulatório se responsabilizam...”.

O coletivo aprovou a proposta. Ainda assim, pensamos na situação em que o grupo não pudesse mais acolher, por falta de vaga. Várias propostas foram criadas: 1 – quando as pessoas novas ingressassem no grupo, estas seriam comunicadas pelo coletivo sobre as dificuldades de vagas no estabelecimento e sobre a dinâmica de acesso aos grupos de heterogênesse, bem como informando aos recém chegados as características deste grupo; 2 – na proporção em que chegassem mais pessoas e acabassem as vagas, haveria um rodízio entre aqueles que estão precisando mais do grupo com aqueles que estão precisando menos: quem está precisando menos vindo de 15 em 15 dias para dar oportunidade de acesso a outros; 3 – permaneceriam no grupo aqueles que desejassem nele participar, aqueles que precisassem de uma atenção individualizada poderiam continuar conosco, mesmo que venham conseguir posteriormente vaga no atendimento individual; 4 – na hipótese de não haver mais possibilidade de rodízios, os elementos constituintes do coletivo afirmaram o interesse de ir à casa das pessoas que não conseguiram vaga para ajudar em alguma coisa de que precisem. As proposições criadas pelo coletivo foram levadas para a reunião de equipe do ambulatório, na qual foram aprovadas.

O desejo do coletivo heterogênico foi respeitado, uma vez que, ele mesmo, é a emergência da garantia de direitos pela participação nos processos de sua instituição. **“Magna est differentia inter societatem et partitionem”**: grande é a diferença entre sociedade e participação, na medida em que podem existir sociedades alienadas da participação nos caminhos dos interesses coletivos.

Outro princípio que nos serve de indicador no processo de produção da heterogênesse é o IV princípio do SUS. Princípio que versa sobre a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Inspirados neste princípio pensamos na possibilidade da produção de trocas sociais de subjetividade.

Produção gestada pelos entrelaçamentos entre mundos existenciais complexos diversos. Mundos diversos, eles próprios, movendo as lentes epistêmicas do **transcognoscere**: para a produção do sentido de si, tecido pelos encontros coletivos.

Diversidade existencial polifônica que encontra na garantia de direitos o direito à diferença: de ter igualdade de expressão e convívio social. **Igualdade de expressão: ‘ex æquo’**. Do latim, ‘com igualdade’, consoante os princípios da equidade.

**“Aequitas lucet per se”**: a equidade luz por si. **“Aequitas in paribus causis, paria jura desiderat”**: em causas iguais, a equidade deseja direitos iguais.

Desejamos, pela via da heterogênese, produzir meios onde as diferenças/singularidades existenciais encontrem aquilo que lhes são comuns: sua equidiferença. E será pela força dos desejos comuns – causa eficiente imanente do projeto instituinte da heterogênese - que a potência coletiva ampliará os poderes individuais, eles mesmos, diferentes em suas naturezas.

Garantimos ao coletivo heterogênico o exercício de outro princípio: o da **Integralidade na assistência**. Desejamos construir a nossa prática pela perspectiva de um olhar complexo. Como já foi ressaltado, o objeto da heterogênese é a existência complexa/sofrimento complexo. Perspectiva que, por um lado, nos convoca a garantir as necessidades de assistência singulares – clínicas, sociais, judiciárias e outras.

Perspectiva que, por outro lado, nos convida à produção de um olhar guiado pela ótica do transconhecer: *transgnoscere*. Instituição plástica do conhecimento da vida. Vida normatizada pela produção coletiva que não exclui nenhuma forma de saber/conhecimento/discurso. Vida normativa que convida os saberes e práticas tributárias, sejam dos especialistas, sejam da cultura em que os constituintes da heterogênese fazem parte, tomando parte das transações sociais de subjetividade, elas próprias, engendradoras de novos caminhos e de novas possibilidades.

Instauração de novas normas para o viver: instauração coletiva regida pela lógica do transconhecer. Dinâmica de interferências entre-domínios. Dinâmica que coloca em movimento aquilo que se mantém cristalizado em muitos saberes.

Utilizamo-nos da lógica *Trans* para o exercício da política da **hexavalência do saber**: utilizamos todos os saberes – científicos; judiciários; filosóficos; artísticos; religiosos e os saberes das pessoas – colocando-os em estado de interferência uns sobre os outros. Jogos de interferências entre-saberes que nos ajudarão a visibilizar os processos de constrangimento/captura que os próprios dispositivos em saúde mental – suas práticas/discursos/saberes – possam reproduzir. Processos que podem se instaurar em outras relações pelas experiências sociais.

Para ampliar a nossa capacidade de exercício do transconhecer, convidamos outros profissionais – psiquiatras, psicólogos, dentre outros – para nos ‘interferir’ com os múltiplos olhares sobre as questões da complexidade da existência. Tecemos meios onde a diversidade de saberes possa circular sem preconceitos. Circulação de saberes que, nas suas diversas constituições, ampliam o nosso poder de entendimento sobre a complexa expressão fenomênica da existência.



Decorre daí a garantia de outro princípio que versa sobre o **direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde**. Desejamos com esta prática aumentar o grau de visibilidade sobre as experiências da existência: no seu plano biológico, emocional, psíquico, social, espiritual, dentre outros.

Prática da produção de sentidos. Produção do transconhecer que, de direito e por direito, convida aos constituintes da heterogênesse - e aos outros que a ela se encontrar – a tomar parte na construção/invenção de sentidos mais amplos e, por sua vez, menos reducionistas, das experiências sensíveis de cada um. Afinal, o sentido só faz sentido quando é sentido. Quando podemos sentir os diversos pontos de vista sobre a complexa tecedura que compõe a existência, novos sentidos vão se produzindo. Sentidos precários e sempre provisórios. Sempre um novo sentido pode emergir pela força intempestiva de cada encontro. Encontro que subsume as múltiplas experiências singulares, expressando, nele mesmo, novas políticas para o viver. Políticas para a vida!

Por conseguinte, temos progressivamente constituído uma rede de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde, bem como outros serviços de interesse coletivo – cursos na área de educação; cursos profissionalizantes; parceria com um instituto de beleza que organiza no ambulatório a Oficina Cuidando de Si para cuidados dos constituintes da heterogênesse e de usuários do ambulatório; apoio na área jurídica – com a ajuda dos próprios constituintes da heterogênesse; parceria com o Programa de Saúde Bucal; e com outros que estão se tecendo.

Muitos deles se servem de outros serviços e circulam as informações durante os nossos encontros. Tornou-se freqüente o momento de informes sobre serviços durante os encontros. Muitas vezes aqueles que têm dificuldades na organização em marcar horários recebem a ajuda co-operativa daqueles que podem disponibilizar um tempo para marcar e levar ao estabelecimento de saúde ou outro estabelecimento qualquer.

Garantimos o exercício do VI princípio do SUS que versa sobre a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

#### ***V.IV - DA POLÍTICA INSTITUINTE: DA INVENÇÃO DE CAMINHOS POLÍTICOS***

Nosso caminhar é movido pela chama da paixão constituinte (ESPINOSA apud NEGRI, op. cit.). Chama acesa pela tensão dos desejos singulares. Desejos singulares que foram enfraquecidos na sua potência, ao longo do tempo, pela sua dispersão no

plano social. Dispersão social como efeito da lógica política hierárquica e vertical que cria injunções transcendentais, elas mesmas, reproduzindo a cultura de subordinação aos seus interesses. Um dos interesses da dinâmica política transcendental/vertical é o da pulverização coletiva para o enfraquecimento da potência coletiva.

Por seu turno, o nosso projeto tem o seu ponto de incidência lançado à invenção/criação de meios. Meios onde cada um possa exercer/vitalizar a sua *vocalidade política*. Vocalidade que vai ganhando a sua expressão/manifestação quando encontra a potência de outras vocalidades. Potência vocal movida pela força potencial do plano coletivo. Plano, ele mesmo, composto pelas vocalidades que se expressam em heteróclitas tessituras de idéias/desejos/afetos, antes amordaçadas pela tributação das verdades que ainda escorriam em suas subjetividades: em seus modos de viver – *modus vivendi*.

A potência do desejo individual ganha a sua consistência quando movida pelo impulso da potência coletiva. Força instituinte, ela mesma, constituída pela multidão dos desejos – *causa eficiente imanente do exercício vocal transtonal político*. E será pelas interferências *entre-tons de subjetividade* que o corpo político heterogênico ganha a sua consistência: *transtonalidade política instituinte*.

Desejos que encontram o território – antes inexplorado e negado – para o seu exercício. **Território potencial**, ele mesmo, filho dos encontros entre a união de corpos: emergência do corpo político. Território potencial: constituição de possibilidades criadoras. Possibilidades de alternativas que vitalizam e inovam novos meios, sendo eles as ferramentas contra a estática e o imobilismo das injunções transcendentais.

Possibilidades políticas de instaurar normatividades. Instauração normativa instituinte compreendida como o processo de criação contínua de políticas, i. e., de um movimento de criação de caminhos úteis que facultem a potencialização da vida. Vida tecida pelo tecido desejante, ele próprio, *complexus*. Complexidade, filha do movimento de se “tecer junto”, a existência. Existência coletiva que pode ser “[...] neutralizada pelo individualismo” (NEGRI, op. cit., p. 431).

Existência coletiva que ganha o seu sentido instituinte só fazendo sentido quando sentido pela lógica dos interesses comuns. Interesses que aumentam a potência do corpo coletivo, “[...] obtendo um poder maior do que o de cada um deles sozinho” (CHAUI, op. cit., p. 163). Com efeito, a experiência da associação de idéias e de desejos edifica a possibilidade de produção de direitos comuns. Direitos que versam

sobre a garantia da diferença e da singularidade individual bem como sobre o espírito de cooperação constituinte do corpo político. Criamos a nossa **Política da Co-operação**.

E será pelo espírito da **co-operação** que instituímos uma das nossas políticas no processo de produção da heterogênesse. A lógica da co-operação funda o espírito instituinte que movimenta e dinamiza os lugares a serem ocupados nos encontros ethoeco-poiéticos da heterogênesse. **Somos todos co-operadores na produção das transações sociais de subjetividade: somos co-responsáveis pela produção dos encontros.**

Processo onde cada um dos constituintes pode operar como co-responsável na tecedura de caminhos e soluções. “Participar desta forma dá força pra gente... a gente sente que é capaz... e isso a gente leva lá pro lado de fora...” – afirma uma co-operadora.

Aprender a tomar parte do processo de constituição da prática instaura a mobilização de cada um desejar ocupar o seu lugar no processo. Prática do pertencimento: afeto de se sentir pertencente a um corpo que potencializa e confirma a existência singular/individual de cada co-operador. Co-operar é poder cuidar daquilo que também fortalece cada um dos seus constituintes. Composição de co-operadores que concorrem ao direito e ao esforço de produzirem objetivos úteis e comuns. Co-operação do corpo político, ele mesmo, corpo de desejos e de idéias.

O espírito da co-operação institui a dinâmica constituinte dos processos da heterogênesse – compreendida como uma prática instituinte em saúde mental. Prática que se institui pelo esforço/desejo/direito de ‘trabalhar em comum’, em nome de caminhos coletivos úteis. Trabalho co-operativo legitimado pelo desejo comum de governar e de não ser governado. Desejo constituinte do projeto político das práticas instituintes em saúde mental. Desejo como causa eficiente imanente da consistência do corpo político heterogênico.

Uma vez que os co-operadores não são clínicos, não qualificamos o nosso projeto como clínico/terapêutico: mas, sim, ético-transvalorativo/transtonal-estético/instituinte-político. Projeto que se diz “da criação de mundos pelos entrelaçamentos entre mundos”, consoante a definição dos co-operadores. A perspectiva clínica comparece nos encontros da heterogênesse através do ponto de vista dos especialistas. No entanto, o ponto de vista clínica não é dono do acontecimento, não é dono da festa. O acontecimento é, de direito e de fato, constituído pela hexavalência do saber. Constituição instituinte do transconhecer. Dinâmica descentrada que convida

todos os pontos de vista a comparecerem para o debate sobre a complexa aventura do viver.

Neste domínio, as práticas instituintes em saúde mental não se situam na esfera da clínica – mesmo que tenham a participação de profissionais de saúde mental. Uma vez que o objeto da heterogênesse será a existência complexa/sofrimento complexo, a prática da heterogênesse seguirá a lógica genética que a constitui: lógica da criação da diversidade de sentidos e de direitos, pelo diverso. E é pela lógica da diversidade – tributária da constituição de realidades por meio de heteróclitas formas de viver – que as práticas instituintes em saúde mental se organizam.

Segue-se do que foi enunciado que a heterogênesse – como uma prática instituinte em saúde mental – efetua operações. **Operações transvalorativas** – colocando em crise aquilo que se mantém instituído enquanto valores e crenças; **operações transtonais** – operando mudanças na singularidade individual, ela mesma, tendo força de afecção no corpo coletivo pela força dos encontros; **operações instituintes**: na invenção permanente de políticas para o viver. Decorre daí os entrelaçamentos de operações, elas próprias, produzidas por seus co-operadores. Um exemplo clarificador: nas férias do profissional de saúde mental que co-opera com o coletivo, os encontros continuaram a acontecer. O coletivo se organizou no mesmo horário dos encontros para praticarem meditação e trabalhos corporais na praia, dando seqüência ao conjunto de operações que estamos desenvolvendo no momento. Num outro dia, o profissional precisou se ausentar para participar de uma conferência na cidade do Rio de Janeiro: o coletivo se organizou elegendo antecipadamente aqueles que seriam o regente e o co-regente – estes conceitos serão clarificados mais adiante – que organizariam este encontro. Decorre daí que as operações coletivas não ficam subordinadas/tuteladas à presença do co-operador/profissional de saúde mental. O coletivo tem força de afecção por si para movimentar o processo constituinte e instituinte da heterogênesse.

Cabe ressaltar que as clínicas/terapias em saúde mental podem, elas mesmas, de direito se constituir em projetos instituintes. Constituição de projetos clínicos que operam na lógica dos princípios do SUS e da legislação em saúde mental, apoiada pela Reforma Psiquiátrica. Projetos clínicos instituintes que colocam em análise as instituições das suas práticas, dos seus discursos e dos saberes que os sustentam. Clínicas instituintes não fixadas nos especialismos que, via de regra, fundam

centripetismos institucionais, quando se centram estritamente no saber ao qual os trabalhadores em saúde mental são/estão filiados.

Por sua vez, as práticas instituintes em saúde mental não podem ser consideradas clínicas, na proporção em que a operação do processo se desenrola pelo espírito da co-operação: qualquer um dos constituintes da heterogênesse poderá ser co-operador. O exercício da co-operação está mais para o estado de espírito instituinte e constituinte de novos caminhos e direções do que fixados na figura de alguma autoridade legitimada pelo Estado. Cada co-operador poderá ser o elemento catalisador que movimenta as idéias, os temas, a leitura ética das afecções/afectos, das experiências estéticas.

Cumprir notar que o espírito da co-operação não se reduz aos momentos dos encontros na instituição. Este espírito é deslocado para outras experiências sociais.

### ***V. V - DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL ÀS PRÁTICAS INSTITUINTES EM SAÚDE MENTAL:***

Consoante o que foi exposto pela seção III deste capítulo, a Constituição Federal, os princípios do SUS, as portarias de saúde mental preconizam a participação social no campo da saúde e, por sua vez, no campo da saúde mental. Por este prisma, a noção de controle social se filia ao princípio da participação da comunidade. A rigor, o controle social no campo da saúde – e no interior da luta da Reforma Psiquiátrica/Saúde Mental – “[...] deve ser pensado e exercido através de várias perspectivas complementares e necessárias, não se reduzindo apenas ao âmbito dos conselhos do Sistema Único de Saúde (SUS), como muitas vezes é pensado” (VASCONCELLOS, 2001, p. 32).

A participação social e, por sua vez, o controle social democrático vertido ao sistema de saúde, via de regra, tem espaço de reivindicação e de luta pelos interesses populares nos Conselhos de Saúde, bem como nas conferências de saúde. No entanto, “[...] no Brasil, em muitos municípios e mesmo estados onde a tradição da sociedade civil é fraca, os conselhos são inexistentes na prática, ou muitas vezes apenas formais e manipulados pelas forças políticas dominantes” (op. cit., p. 33).

Pensamos que a ocupação destes fóruns político-institucionais é fundamental para a luta dos interesses coletivos/populares referentes ao campo da saúde e, com efeito, da saúde mental. No entanto, também pensamos sobre o exercício participativo

da comunidade e daqueles que se servem dos serviços de saúde, i.e., dos dispositivos de saúde mental, na cotidianidade da vida institucional; na rede intersetorial – tecendo articulações com as diversas agências sociais, ligadas ao Estado ou não, aproximando-se de outros movimentos sociais, bem como buscando sensibilizar os representantes políticos sobre as nossas questões.

E tem sido através da perspectiva da co-operação instituinte que instauramos a nossa normatividade de funcionamento na cotidianidade dos nossos encontros. Nesta esfera, estimulamos cada constituinte da heterogênesse a ser co-operador: produzimos o espírito instituinte/constituente de cada um tomar parte na tecitura dos caminhos a serem explorados e descobertos na vida institucional da heterogênesse e, com efeito, nas suas redes sociais pela cidade.

Por este prisma, a nossa política co-operativa exerce a perspectiva da tomada de decisões que, num dos seus estatutos é o de favorecer à “[...] participação e organização dos usuários e familiares nos diversos níveis dos serviços em saúde mental, bem como de forma difusa na sociedade civil” (op. cit., p. 35). Por isto, entendemos claramente que a definição de ‘controle social’ se amplia para um estatuto mais profundo: o exercício democrático do diálogo e criação coletiva. Diálogo que, em suas diversas expressões, manifesta o conflito e os tensos debates, bem como o encontro com aquilo que fortalece e une os interesses coletivos. Manifestações de desejos e idéias que, em nome do coletivo, devem concorrer à reunião dos seus próprios interesses.

Cumprir notar que será preciso guardar as devidas proporções sobre o conceito de ‘controle social’. Conceito que nos remete às segmentações binárias: dominador X dominado; controlador X controlado (DELEUZE & GUATTARI, 1997). Preferimos pensar não em controle das ações dos serviços ou em outras formas de controle social, mas, por sua vez, em tomar parte da vida institucional dos dispositivos em saúde mental, de direito e de fato.

Ainda é comum o ponto de vista sobre as pessoas que utilizam serviços de saúde mental, como aquelas que “[...] são tradicionalmente encaradas dentro do sistema como recebedores passivos, incapazes de expressar suas próprias necessidades e desejos, e sujeitas a formas de atenção ou tratamento sobre as quais coube a outros a formulação e a decisão” (CHAMBERLAIN, apud OMS & OPAS, 2001, p. 87). Ainda assistimos, no contemporâneo, a cotidianidade de serviços em saúde mental movida por práticas, saberes e discursos já postos. Com efeito, em maior ou menor grau, a cotidianidade dos serviços em saúde mental é movida pela ótica dos seus especialistas. Os usuários se

encaixam naquilo que está, trivialmente, pronto. Ainda encontramos práticas em saúde mental tuteladas. Os usuários estão tutelados aos registros, aos conceitos, às formalizações institucionais. Estas são pouco interferidas pela tomada de decisão compartilhada com os usuários.

A produção de políticas mais participativas na área de saúde mental pode ser encontrada internacionalmente, como no caso dos movimentos de usuários em saúde mental em países da Europa do Norte e nos Estados Unidos. A noção de ‘fortalecimento do poder dos usuários’ – *‘empowerment’*; ou de *‘self-empowerment’*, qualificada como autovalorização – vem promovendo a participação e organização autônoma dos usuários e dos familiares na busca da autonomia e, por sua vez, na gestão das organizações e serviços pelos próprios usuários e familiares nos níveis pessoais, grupais, institucionais e na vida social (VASCONCELOS, 2000/2001; CHAMBERLAIN, 1997).

Dentre os vários temas que compõem a plataforma de reivindicações das organizações, são objeto de luta os seguintes pontos (CHAMBERLAIN, apud OPAS & OMS, 2001, p. 87):

- o direito de autodeterminação;
- a necessidade de informação sobre medicação e outras formas de tratamento;
- a necessidade de serviços para facilitar a participação ativa da comunidade;
- o fim do estigma e da discriminação;
- o aperfeiçoamento das leis e das atitudes do público, removendo obstáculos à integração na comunidade;
- a necessidade de serviços alternativos operados pelos usuários;
- melhores direitos legais e proteção legal dos direitos existentes;
- o fim do confinamento de pessoas em grandes instituições, muitas vezes pelo resto da vida.

Considerando que as opiniões variam de grupo para grupo em relação “[...] sobre qual seria a melhor maneira de atingir suas metas”, seria peremptório apontar para o respeito aos desejos singulares a cada tipo de organização/grupo (op. cit., p. 87). Uma

vez que não poderemos crer – como num ato de fé incondicional – que teremos uma única forma de dar direção sobre as experiências fenomênicas sensíveis humanas.

Chamberlain afirma que “alguns grupos querem uma cooperação e uma colaboração ativas com os profissionais de saúde mental, enquanto outros querem completa separação deles”(op. cit., p. 87). Por conseguinte, também encontraremos, nesta esfera, distinções a respeito de como devem ser estabelecidos os estreitamentos ou as separações com as organizações que são ligadas aos membros das famílias dos usuários. Vale ressaltar o risco do modelo centrado no usuário se reduzir ao modelo usuariocêntrico. Modelo de gestão em que os encontros centripetizam-se no ponto de vista estrito dos usuários.

Com efeito, acreditamos ser o ponto comum entre estas organizações o desejo de suas vozes serem ouvidas. Polifonia vocal que manifesta o interesse de garantir direitos, assim como cada cidadão tem o desejo de garantir os seus. Decorre do desejo de garantir direitos, a luta contra o estigma e a discriminação. O estigma e a discriminação são fatores que produzem a distância, para que os sonhos, as reivindicações, os projetos de vida destas pessoas não cheguem aos ouvidos de quem detém o poder – seja político, científico ou institucional. “Pode-se definir estigma como um sinal de vergonha, infortúnio ou reprovação, que resulta em ser um indivíduo rejeitado, feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas diferentes da sociedade” (OPAS & OMS, 2001, p. 42).

Por conseguinte, o relatório do Diretor Geral de Saúde dos Estados Unidos sobre Saúde Mental, descrevendo o impacto do estigma (op. cit., p 42) afirmará que este “[...] leva as pessoas a evitar a socialização com portadores de transtornos mentais, a não querer trabalhar ao seu lado nem lhes alugar moradias para eles ou morar perto deles”. E ainda, “[...] o estigma, tragicamente, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na sua plena participação na sociedade”.

Segundo o Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (op. cit., pg. 134), para que possamos operar mudanças sobre a produção do estigma e da discriminação, serão peremptórias abordagens em diversos níveis. Abordagens com o seu ponto de incidência dirigido também à cultura educativa dos profissionais e trabalhadores de saúde mental; o fechamento das instituições psiquiátricas – estas contribuindo para reproduzir e reforçar o estigma; a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos daqueles que se servem dos serviços. Por seu turno, orientam-se



linhas de sensibilização ao público na ação ao combate do estigma: desde campanhas de informação pública dirigidas à educação e informação à comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos ‘transtornos mentais’, com objetivos de dissipação dos ‘mitos’, incentivando ações e comportamentos ‘mais positivos’.

Neste mesmo relatório, podemos encontrar a valorização do papel da comunidade. Desde o esforço individual e da ajuda mútua, bem como no seu exercício de reivindicações sobre a garantia de direitos nos recursos destinados à saúde mental. Por sua vez, a comunidade torna-se fundamental para o desenvolvimento de atividades educativas e na participação de “[...] monitorização e avaliação da atenção e à advocacia em prol de mudanças de atitudes e redução do estigma”(op. cit., p. 136). O relatório ainda aponta para o valor das organizações não-governamentais como recurso comunitário para a saúde mental. “Elas muitas vezes se mostram mais sensíveis às realidades locais do que os programas centralizados, além de geralmente demonstrarem decidido empenho em favor da inovação e da mudança” (op. cit., p. 136).

Por seu turno, o relatório afirma que as organizações de usuários têm ocupado e atuado de forma decisiva no campo da reforma da saúde mental. Organizações que, nas suas diversas manifestações, se constituem numa “[...] força vigorosa, sonora e ativa, não raro insatisfeita com a provisão estabelecida de atenção e tratamento” (op. cit., p. 136).

Seguem-se das enunciações precedentes as indicações sobre o contínuo e permanente processo de construção/constituição dos caminhos em saúde mental, não apenas no Brasil, mas, com efeito, no mundo. Caminhos que são trilhados e construídos não apenas por seus especialistas. Caminhos tecidos e trilhados pela diversidade dos elementos constituintes de realidades tão híbridas e tão distintas entre si. Em meio a estas realidades tão distintas, encontramos textualmente no relatório sobre a importância da participação dos ‘usuários’: “Um passo importante para lograr a responsabilização é envolver os usuários na criação de serviços, na revisão de padrões hospitalares e na formulação e implementação de políticas e leis” (op. cit., p. 136).

Neste momento, seria oportuno deixar as imagens dos processos de produção de trabalho em saúde mental ser ativadas à mente. Como ainda se configuram os serviços de saúde mental no atual estado de coisas no Brasil? Como anda a participação dos ‘usuários’ na formulação de estratégias, na avaliação dos serviços oferecidos em cada dispositivo, na produção de políticas inventivas e criativas, elas mesmas, recebendo a

co-operação no exercício das atividades promovidas nos estabelecimentos de saúde mental?

No Brasil encontramos várias formas de participação nos próprios dispositivos de saúde mental: grupos operativos, assembléias, associações de usuários com participação de familiares, profissionais e amigos/interessados pela causa. Por sua vez, temos a presença muitas vezes ativa de usuários em projetos institucionais – sendo grandes colaboradores como oficinairos nos CAPS e em outros dispositivos – e, ainda, participando com suas experiências em seminários e atividades – como em reuniões de equipes, em alguns casos. Vemos assim, que a noção de controle social, poderá ser compreendida naquilo que interessa aos interesses coletivos de participação potente dos usuários e familiares no processo de cuidado. Processo que versa sobre a “reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas e culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura, etc.” (VASCONCELOS, op. cit., p. 35)

Por conseguinte, esta cultura em saúde mental precisa ser incorporada pelos profissionais de saúde mental e gestores, uma vez que a hierarquia institucional e a formação acadêmica profissional movimentam centripetamente a vida dos dispositivos, em geral, ao saber e às práticas destes: “[...] fazendo dos usuários apenas “pacientes”, pessoas passivas, objeto do “tratamento” (op. cit., p. 36).

**Por este prisma, a cultura em saúde mental segue a cultura hegemônica da hierarquização em especialidades nos serviços em saúde.** Cultura terapêutica que fortalece o estatuto do profissional/especialista como aquele que tem o mandato social de intervir no processo de prevenção, tratamento e cura. Cultura que dificulta a emergência de dispositivos em saúde mental com gestões transversalmente horizontalizadas. Gestões, elas próprias, dinamizadas pela lógica da co-operação/co-gestão entre profissionais, usuários, familiares e interessados na produção de políticas para o viver.

Vale ressaltar, consoante Vasconcelos, que a participação dos usuários e familiares – quando exercitam o desejo de emancipação da autonomia e da valorização dos seus direitos - não se fixa apenas nos dispositivos/serviços. A participação também tem o seu ponto de incidência dirigido para vários tipos de projetos e organizações geridas pelos usuários e familiares.

De forma sumária, apresentamos algumas propostas dos movimentos dos usuários e familiares encontrados no Brasil e no mundo, consoante a perspectiva de Vansconcelos (2001):

- Grupos de ajuda mútua: grupos do AA (Alcoólicos Anônimos); grupos NA (Neuróticos Anônimos). São práticas de importância pela troca social de experiências e apoio afetivo, abrindo espaços de discussão sobre as maneiras de superar o sofrimento e de não ser superado por ele.
- Grupos de suporte mútuo: como efeito dos grupos de ajuda mútua. Estes podem gerir projetos de cuidado e de apoio direto na cotidianidade de quem estiver precisando de maior atenção. As atividades podem se relacionar desde passeios, à marcação e acompanhamento a consultas; atividades de cultura; trabalhos domésticos; trocas de conhecimentos/saberes para produção de trabalhos, gerando renda; até a criação de clubes sociais, telefone de serviço de suporte pessoal, cartilhas educativo/informativas.
- Defesa de direitos: esta prática pode ocorrer de forma informal – na ajuda entre usuários na resolução de problemas mais variados, resolvendo problemas para se conseguir benefícios, dentre outros. A defesa de direitos também se dá formalmente através em serviços organizados por usuários e outros onde existam profissionais de saúde mental e advogados para a defesa dos seus direitos civis.
- Da garantia de direitos temos a criação de práticas culturais, artísticas dirigidas à transformação do estigma e da cultura preconceituosa sobre toda e qualquer forma de diferença.
- Participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social: não podemos afirmar que, de forma genérica, os usuários sejam potencializados para a participação mais política pelos profissionais de saúde mental como um todo. No entanto, consoante Vasconcelos, existem usuários e familiares que “[...] participam das instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como desenvolvendo projetos de pesquisa, planejamento e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais” (op. cit., p. 37).

Estas e outras experiências vêm estimulando a participação dos ‘usuários’ e outros interessados pelas lutas na área da saúde e, por conseguinte, em saúde mental. Lutas pela garantia de direitos e pela garantia à diferença, respeitando-se a diversidade

das formas de subjetividade. Lutas que se afirmam pelo contínuo processo de produção de territórios potenciais, eles mesmos, territórios de efervescência constituinte e instituinte para a invenção de políticas para a vida.

Territórios que não se limitam à vida institucional dos dispositivos em saúde mental. Vida que, por direito e de direito, precisa ser inventada continuamente pelo processo social de trocas de subjetividade no limite, seja dos espaços institucionais, no ‘horizonte, seja das ‘experiências rizomáticas’ tecidas pela cidade. Vida que se desinstitucionaliza dos seus estratos e endurecimentos: sejam eles teóricos/conceituais/práticos, sejam eles no nível dos valores, das idéias ou dos afetos.

Em meio ao que foi enunciado até o momento, poderemos ainda indagar: os dispositivos em saúde mental estão desencarnados das experiências da cidade? Geralmente a vida institucional institui uma vida à parte – com regras, estatutos e com códigos disciplinares, formas de vínculos, bem distintos da vida cotidiana. Temos, nesta instância, **a produção de culturas em cada serviço que, por sua vez, está – na maior parte do tempo - a serviço de suas culturas.** Cumpre indagar: quais outras possibilidades culturais poderemos inventar em meio às culturas institucionais em saúde mental? Que outros territórios/universos – ou formas de gestar encontros entre pessoas – poderemos construir juntos?

A produção de novas culturas em saúde mental poderá nascer como emergência da invenção de coletivos que suportem a dissolução das suas certezas e da necessidade dos lugares de poder/saber, abrindo-se à diversidade das vozes que facultam a produção de outros caminhos.

Caminhos onde se processam as bifurcações que engendram, elas mesmas, um plano de possibilidades pela diversidade das idéias e dos desejos. Transfonia constituinte e instituinte: quer seja no horizonte dos desejos, quer seja na dimensão das idéias. Território potencial transfônico onde a tecedura de vozes faz emergir dissonâncias. Composição de afetos e idéias que se configuram em movimentos de caos e ordem ininterruptos: assim como as músicas tensionam momentos de dissonâncias que se encaminham às linhas harmônicas e melódicas consonantes. Consonância e dissonância fazem parte da dinâmica de produção do desejo, causa eficiente imanente que movimenta os processos de produção coletiva, i. e., de produção do corpo político, enquanto existência encarnada na vida institucional.

Não poderemos qualificar todas as propostas enumeradas anteriormente como aquelas constituintes das práticas instituintes em saúde mental. Estas têm como

singularidade a conduta de produção social de trocas de subjetividade no limite, dos dispositivos de saúde mental e, por conseguinte, em experiências que se instauram na cidade.

Conduta instituinte que produz seus constituintes em co-operadores de inúmeras operações: sejam estes ‘usuários’, familiares, pessoas simpatizantes da saúde mental, trabalhadores e gestores da área. Conduta instituinte que não é dependente das arquiteturas dos ambientes de saúde mental ou da instauração de macroestruturas que necessitam de apoio econômico, político e institucional. A conduta instituinte dos co-operadores não precisa dos limites das paredes institucionais dos dispositivos. Ela se efetua onde se quiser, onde puder: nas experiências da cotidianidade, nas relações de vizinhança, nas ruas, nas praias, onde existirem possibilidades de produção social de trocas de subjetividade. Cada co-operador aprende a exercitar a lógica etho-eco-poética: na prática da invenção de possibilidades de singularização da sua existência, tecendo-se nas múltiplas possibilidades coletivas. Plano de possibilidades coletivas que se tece pelo processo de TRANSUBJETIVAÇÃO: pelas trocas sociais de subjetividade que se interferem para a produção de caminhos úteis e, com efeito, para o fortalecimento do corpo político.

Por conseguinte, é do estatuto das práticas instituintes não estar fixado em nenhuma teoria ou prática. Decorre daí que a discussão sobre a integralidade pode nos trazer à tona a idéia da realização de um cuidado integral. Realização que deve ser composta por alianças de saberes e práticas de saúde entre profissionais – o setor autorizado – e a população – setor informal. A criatividade e a profundidade das práticas sociais na edificação de possibilidades de entrelaçamentos com os saberes constituídos da área de saúde mental abrem condições de composições em estado de heterogênesse. Por seu turno, entendemos que a dinâmica do processo da heterogênesse é movida pela *potência entre-subjetividades*: pela força transfônica entre-vozes, idéias e experiências. Por este prisma, a heterogênesse não se filia à noção de *empowerment*, ela mesma, expressando equivocadamente o sentido de apoderamento do usuário.

Com efeito, encontraremos na declaração da OPAS/OMS a respeito da necessidade de pesquisas “[...] para compreender melhor o importante papel desempenhado pelo setor informal e determinar se, como e de que maneira a participação dos curandeiros tradicionais pode melhorar ou afetar negativamente os resultados do tratamento”(op. cit., p. 142).

Pelo que precede, apostamos na direção que indica a constituição plástica de práticas, métodos e conceitos/teorias. Constituição de saberes/práticas que permitam o exercício das interferências entre-domínios: interferências entre-subjetividades.

Dessa aproximação, novas misturas entre saberes e práticas podem ser geradas. Produção coletiva de uma ‘epistême’ que se diz tributária dos processos constituintes/instituintes em saúde mental. Conhecimento que não é reduzido aos olhares dos saberes autorizados e legitimados como os corretos/verdadeiros. ‘Episteme’ que tem o seu ponto de incidência nas interferências entre-domínios culturais, hibridizando, por conseguinte, olhares, conceitos até então inteligíveis como assépticos na sua cientificidade – conceitos que não se ‘sujam’ com outros compreendidos como ‘menos qualificados cientificamente’.

Por seu turno, apostamos na produção de novos sentidos. Novos sentidos nascidos das núpcias da diversidade cultural. Numa palavra, apostamos na aventura produtiva de sentidos plásticos. Sentidos que se transformam pela força dos encontros coletivos. Sentidos despídos dos preconceitos e da arrogância do desejo de colonização das subjetividades pelas verdades transcendentais/morais.

Deseja-se, pelo que precede, a produção de ‘linhas de fuga’, bem ao modo bachiano, sobre toda e qualquer forma de subordinação às ladainhas de verdades que tentam capturar e paralisar a mobilidade de construção etho-eco-poiética, sobre os processos de singularização de si e do coletivo. Processo de descolonização do império das verdades transcendentais morais em saúde mental. Processo que mobiliza a potência instituinte a comparecer a cada encontro, a cada momento, ao permanente caminhar inventivo e criativo impulsionado pela força dos desejos e das idéias. ***Projeto hodosmetaódico transfônico, transvalorativo, transtonal e instituinte na composição das existências singulares e coletivas.***

Projeto móvel, manifestando a instabilidade nomádica dinamizada pelo entrelaçamento entre-experiências. Entrelaçamento entre-subjetividades que se diz filho dos processos de engendramento da vida: afirmação da vida como contribuinte dos movimentos caosmóticos de produção de novas formas, novas constituições, novas maneiras de exercício da potência coletiva. Exercício instituinte que reúne os desejos, idéias e interesses na direção do fortalecimento do plano coletivo. Fortalecimento da crítica sobre as verdades que se naturalizam a cada instante. Fortalecimento da sensibilidade crítica que se atualiza pela força de afecção das ressonâncias coletivas instituintes. Fortalecimento do desejo de governar e de não ser governado: ***ser sui juris.***

Fortalecimento do corpo político instituinte heterogenético. Corpo político, filho da diversidade, filho dos seus '*hodometacontecimentos*'. Acontecimentos gestados pelo caminhar sem princípios fixos e engessados. Acontecimentos filhos e pais de si: nascidos e geridos pela construção – numa dimensão infinitiva do tempo a vogar – das direções e seus pontos de incidências pelos desejos e idéias, causa eficiente imanente da sua existência.

Por definição, as práticas instituintes em saúde mental são aquelas que são co-operadas por 'usuários', familiares, profissionais e outras pessoas da comunidade que desejem participar de processos de produção social de trocas de subjetividade. Considerando que estas práticas poderão fazer parte da vida institucional dos dispositivos em saúde mental, elas mesmas, não são consideradas clínicas, uma vez que a condução do processo se efetua pela lógica da co-operação. Todos são co-operadores e co-responsáveis pela dinâmica e pela instituição de soluções encaminhadas pelo coletivo.

Pelo que precede, os profissionais de saúde mental que participam deste processo são co-operadores, não deixando de exercer o seu ponto de vista clínico quando se fizer necessário. Ponto de vista que emerge das inúmeras situações que possam precisar do olhar dos especialistas: saber sobre as dosagens da medicação psiquiátrica – se esta tem ajudado positivamente na vida de cada um; perceber a necessidade de uma avaliação de clínica médica referente a alguma queixa; fazer alguma intervenção que possa ajudar o coletivo num momento de impasse, utilizando algum recurso técnico pertinente à sua especialidade, dentre outras possibilidades. Pelo que precede, as práticas instituintes em saúde mental não estão fixadas na perspectiva nosológica: *noso = doença*. Desejamos instaurar outras formas de ver e de se dizer sobre a alteridade, incidindo sobre ela novos sentidos – mais dinâmicos e menos fixos/reducionistas – àquilo que se manifesta enquanto experiências fenomênicas, de direito e de fato, singulares. Singularidade existencial política complexa tecida pelas interferências entre-domínios imanentes que sofrem as interferências dos acontecimentos, eles próprios, sofrendo a força de afecção da singularidade existencial.

Decorre desta dinâmica que as práticas instituintes em saúde mental – e, em especial, os coletivos da heterogênese – não descartam os conhecimentos e as práticas clínicas. Práticas que têm o seu valor em inúmeras ocasiões. No entanto, as práticas clínicas fazem parte da constelação de práticas de produção de vida, de produção de subjetividade, de produção social de trocas de subjetividade. A clínica faz parte das

políticas públicas em saúde; no entanto, as políticas públicas em saúde não se reduzem à clínica. Os processos instituintes heterogenéticos se afirmam na potência do diverso das idéias, das experiências e dos afetos vertidos à construção de caminhos que produzam vida. **Caminhos instituintes que produzam políticas coletivas de invenção de vida.** Neste domínio, os processos instituintes heterogenéticos vêm afirmar no limite, quer seja das paredes institucionais dos dispositivos de saúde mental e outros dispositivos de saúde, no horizonte, quer seja das experiências da cidade, a legitimidade do corpo coletivo como corpo político para a produção de políticas coletivas. Considerando que todos tomam parte neste processo instituinte – processo descentralizado de saberes, práticas, discursos e de especialidades –, qualificamos este projeto com o estatuto **político. Inventamos políticas para o viver. Políticas instituintes que se misturam às políticas públicas de saúde, dentre outras.**

Será pela afirmação do hibridismo prático/teórico/conceitual que as práticas instituintes em saúde mental se instituem. Instituição de territórios potenciais, eles mesmos, constituídos de práticas/ferramentas que estarão ao nosso serviço quando necessário: se acaso não servir, buscamos outras! Segue-se daí que as práticas instituintes em saúde mental não se instituem num saber fixo: que não nos designem como praticantes de ecletismos, mas, outrossim, de inventores de práticas de políticas coletivas em saúde, ou ainda, de inventores de práticas de políticas públicas de vida. Inventores de práticas que se combinam com outras práticas. Convidamos os múltiplos profissionais de saúde mental - e outros profissionais -, as pessoas comuns da comunidade, bem como as pessoas da iniciativa privada e do poder público instituído a, coletivamente, se enveredar pela complexa aventura de construção de uma vida política que seja substantivamente tecida, de direito e de fato, pelos desejos comuns a todos.

Pelo que foi exposto, não poderemos incluir nas práticas instituintes em saúde mental aquelas enumeradas anteriormente nesta seção, uma vez que nem todas se filiam à perspectiva de instauração permanente de crítica sobre as suas instituições, ou seja, suas crenças, suas verdades, seus valores e idéias. Uma análise mais profunda sobre o funcionamento instituinte destas práticas pode ser objeto de pesquisa importante na área de saúde mental, objeto que escapa ao alcance deste trabalho.

Considerando a existência de leis e portarias que legitimam a participação e controle social na vida institucional dos dispositivos em saúde mental, cabe-nos indagar: “em que medida nós temos incentivado esta participação e fortalecimento do



poder e organização mais autônoma dos usuários e familiares no nosso cotidiano e em todas as instâncias em que atuamos?” (VASCONCELOS, 2001, p. 37).

## ***V. VI - DA PRODUÇÃO DE POLÍTICAS HETEROGENÉTICAS:***

De acordo com o que foi dito nas seções precedentes, afirmamos como singularidade das práticas heterogenéticas a produção de políticas que tenham utilidade para dar consistência ao corpo coletivo. Corpo coletivo, ele mesmo, fortalecido pelas políticas que instauramos. Fortalecimento que, por seu turno, vitaliza as singularidades individuais constituintes do corpo heterogenético.

E, foi em consequência do fato de cada um tomar parte no exercício dos encontros heterogenéticos, que inventamos a nossa *Política da Regência*. A cada dia, um de nós é eleito pelo coletivo para ser o regente e o co-regente. O regente é aquele que estimula o acontecimento: nele o regente, toma parte ativa no exercício de organizar os encontros.

Por conseguinte, o co-regente auxilia o regente na condução do tempo destinado a cada um dos que comparecem aos encontros. O ato de governar/organizar os encontros tem sido uma importante ferramenta para o movimento instituinte de lugares e papéis na nossa prática. Prática que inventa o permanente ato de emergência das instituições, sejam estas individuais, sejam institucionais.

No entanto, Caneti (1995) nos apresenta a figura do regente como aquele que expressa a manifestação mais clara do poder. “[...] o regente encontra-se de pé sozinho. Sentada ao seu redor está sua orquestra e, atrás dele, o público; o fato de ele ser o único em pé chama a atenção. Encontra-se também numa posição elevada, sendo visível tanto aos que estão na sua frente quanto àqueles às suas costas” (op. cit., p. 395).

Nesta esfera, o poder do regente é instaurado desde minúsculos movimentos aos amplos: suas instruções afetam a orquestra, despertando à vida múltiplas vozes sonoro/musicais – fazendo calar e declinar ao silêncio as vozes nascidas das suas indicações. O regente, “[...] desfruta, assim, do poder sobre a vida e a morte dessas vozes. A uma ordem sua, uma voz morta há tempos pode ressuscitar.” (op. cit., p. 395).

Pelo que precede, não nos inspiramos na figura/imagem do regente delineada por Caneti. Inspiramo-nos na lógica da natureza para a instauração do regente como potência expressiva política. Potência da natureza que nos indica a lógica da sabedoria

coletiva, assim como os pássaros constroem a sua geopolítica dos vôos. Geometria política aérea em “V”. Política geométrica, ela mesma, edificadora de caminhos que rasgam a resistência do ar pelo esforço/desejo coletivo. Esforço coletivo de revezamento da posição de “regência”. E será pelo revezamento da primeira posição que o corpo político dos pássaros ganha a sua potência. Potência desejanse que se esforça em conservar a unidade do corpo coletivo. *Union Corporum*: a união de corpos em estado de revezamento engendra a figura do regente como aquele que inspira, através da sua potência/desejo, as outras potências/desejos a concorrerem na direção de algo comum. Potência visível pelos movimentos do seu corpo lançado na direção vertiginosa do espaço e, por sua vez, dizível pela vocalidade dos seus sons. Plano audiovisual que entra em ressonância com outros corpos e outros sons.

Desta esfera, inspiramo-nos na sabedoria da natureza para movimentar os nossos encontros pelo revezamento da posição do regente. O exercício do lugar na regência tem oferecido a manifestação da vocalidade política de cada um dos que comparecem nos encontros heterogenéticos. Cada um, em maior ou menor grau, tem ampliado o seu poder de falar o que pensa, o que sente. “Ocupar este lugar nos dá mais força”, é uma das frases repetidas com frequência.

Como efeito deste procedimento de revezamento da posição da regência, temos a “dissolvência” do lugar do profissional de saúde mental/especialistas como os que movimentam a dinâmica dos encontros. Os encontros, movidos pela política da regência, criam a possibilidade de outras dinâmicas. Possibilidade de variação do ponto de incidência dos desejos e idéias coletivas: os profissionais/especialistas fazem parte da geometria política, sem ser o centro para onde estão vertidas as idéias/afetos do coletivo. A instauração desta posição móvel do regente propicia o engendramento de uma *transutopia*. Utopia do grego. *ou*, ‘não’, + gr. *tópos*, ‘lugar’ (PASSOS & BENEVIDES, 2001). Projeto onde interferências entre-subjetividades ocupam a posição nômade do regente situado num não-lugar. Posição descentrada que dinamiza o corpo heterogenético a não cair na tentação de possuir um centro. Noutras palavras, descentramos o acontecimento para que os profissionais de saúde mental não fiquem no centro, como aqueles que detêm um saber/poder sobre as experiências dos usuários. Os profissionais de saúde mental comparecem aos encontros heterogenéticos. No entanto, não são donos da festa. A festa é, de direito e de fato, efetuada pela dinâmica descentrada e transutopizada do diverso das experiências entre-subjetividades. Pelas experiências de transações sociais de subjetividade: TRANSUBJETIVAÇÕES.

O revezamento da regência tem oferecido uma movimentação mais dinâmica no fluxo dos encontros. Interessante também ressaltar a expressão/pintura dos encontros: uma vez que a posição de regente se opera pela ordem do revezamento, o “**tom**” dos encontros é dinamizado pela singularidade do regente que possa estar ocupando a sua organização. Assim como uma música pode sofrer a transposição de um tom para outro – movendo as alturas sonoras em variáveis tessituras -, os encontros heterogenéticos sofrem a transposição dos tons temáticos, das práticas, com outros contornos, efetuados pela transutopização dos lugares. Descentramos os acontecimentos pela transposição transutópica das relações entre-experiências sensíveis.

**Tom**, do grego *tonos*, compreendido como ‘tensão’. Por outro lado, *tom* pode ser compreendido como o efeito de tonificar, de fortalecer, vigor. Ainda o termo *tom* é a altura de um som: tom grave, tom agudo. O *tom*, por conseguinte, pode ser qualificado como os coloridos, como os matizes de cor ou, ainda, como o estilo de expressão de uma pessoa.

Em meio a tantas definições do termo “**tom**”, encontramos nas operações de revezamento dos regentes a emergência das *variações tonais* que se instituem pelo estilo, pelo vigor, pelas formas de tensionar as direções dos temas, das idéias e dos afetos, pela energia singular a cada um dos regentes. A cada dia temos um “**tom**” distinto: efeito da forma como cada um organiza os nossos encontros. Exercitamos um modo de gestão que desloca e descola o lugar do especialista como centro dos acontecimentos. O coletivo heterogenético funciona, mesmo com a ausência de um especialista. É um modo de gestão descentrado. Modo de operar, ele mesmo, inteligido como a expressão do corpo instituinte que se gesta pela força dos desejos e idéias coletivas.

Por conseguinte, o exercício da regência tem determinado movimentos instituintes pelas experiências na cidade. *Transutopizamos* as experiências pela cidade. Várias pessoas têm levado a lógica da co-operação para as suas experiências sociais: nas relações de vizinhança, nas relações familiares, nos espaços urbanos. Uma vez que a nossa *Política da Co-operação* é exercitada durante os nossos encontros, cada um, sendo co-operador na medida em que os caminhos para os nossos impasses são tecidos por cada um, as experiências pela cidade ganham também a “**força**” deste espírito.

Um acontecimento ético-instituinte ocorreu numa praia em que uma co-operadora passeava meditando.

Na quinta feira eu estava caminhando na beira da praia. Aí de longe eu percebi uma pessoa sentada e ela estava chorando muito... aí eu passei um pouquinho, aí aquilo fez que eu voltasse. Aí eu cheguei perto dela e perguntei: você quer alguma ajuda? Aí ela nem conseguia falar direito. Ela falou que estava com medo de ficar dentro de casa, tinha medo do pai, tinha medo da mãe... Aí eu perguntei pra ela porque ela criou esse medo... porque pelo que eu sei o medo é a gente que fabrica dentro da cabeça da gente... o medo é a gente que provoca dentro da cabeça da gente... Aí eu conversei muito com ela. Ela falou que estava com medo as vezes até de atravessar a rua. Aí foi indo, foi indo e ela se acalmou... eu vi que ela começou a sorrir e disse pra ela: então tá vai pra casa descansa um pouco... E aí no domingo ela me ligou dizendo que estava bem... Aí eu fui na biblioteca para pesquisar sobre esse negócio do medo. Nesse livro que estava lendo uma pessoa que tinha dado um depoimento falou que viver com medo é viver pela metade. Aí ele explica que a pessoa que tem medo não vive por inteiro, vive só a metade dele. Então o medo é fabricado pela nossa cabeça. A gente é que tem que se livrar dele. Por mais que você vá ao psicólogo, ele não vai entrar e tirar aquilo da sua cabeça... é você quem tem que se livrar dele. É por isso que essa pessoa diz: viver com medo é viver pela metade. No livro ainda estava escrito que o medo ainda provoca irritação, ansiedade, revolta... que a pessoa não consegue dormir também... implica até com o sono da pessoa. Você tem medo até de dormir. O medo que o autor falava no livro é que a pessoa tinha medo de dormir e não acordar. Então isso é a imaginação da cabeça da gente. O medo existe, mas é a gente que fabrica ele. Eu fiquei horas lendo o livro na biblioteca... as pessoas iam embora e eu fiquei ali quietinha lendo...

Inspirados na leitura que a co-operadora faz das afecções tristes, qualificadas como medo, poderemos dizer: *Metus est instantis vel futuri causa mentis trepidatio*: o medo é a trepidação da mente por causa de um mal presente ou futuro.

Vale ressaltar sobre o movimento de curiosidade, o desejo de conhecer, que levou a co-operadora ao encontro da biblioteca. A este movimento da curiosidade de conhecer designamos nossa *Política da Pesquisa/do Conhecer*. Tornou-se comum o desejo de conhecer e pesquisar sobre os processos do viver: em revistas, em livros, em filmes. Cada um, após sua pesquisa, traz para o coletivo e divide as suas descobertas.

Após este e outros acontecimentos homólogos pelas experiências na cidade, qualificamos estes encontros como a nossa *Política da Generocidade*: generosidade pela cidade. Percebemos todos nós que muitas pessoas não têm acesso aos centros de saúde mental – seja por desconhecimento, seja por falta de vagas, seja por preconceito: “saúde mental é lugar de maluco”. Os co-operadores vão até as pessoas que precisam de algum tipo de ajuda: desde informações sobre serviços de saúde, sobre a existência dos

coletivos de heterogênese, até a ajuda em alguma necessidade mais urgente. Assim foi a situação de uma vizinha de uma co-operadora da heterogênese, que é classificada como esquizofrênica. A co-operadora ficou por duas semanas ajudando a sua vizinha no hospital após esta sofrer uma intervenção cirúrgica. “Já que os parentes dela não foram, fui eu...”, afirma a co-operadora.

Outro co-operador com o diagnóstico também de esquizofrenia ajuda nos projetos educativos da igreja em que faz parte aos sábados. Outra co-operadora com diagnóstico de transtorno bipolar fez concurso público para a área de educação, tirando um pouco do seu salário para comprar “algumas coisas para as crianças carentes que eu cuido na escola...”. Esta está fazendo a graduação no curso Normal Superior para ser educadora.

Outro co-operador que é marceneiro retira um tempo para arrumar portas e janelas das pessoas do coletivo heterogênico “e de vizinhos que não têm dinheiro para pagar outro profissional”. Outro co-operador, com hipótese diagnóstica inicial: de depressão psicótica, transtorno psicótico orgânico ou catatonia, vem atuando nos hospitais e nas celas da delegacia fazendo orações para aqueles que vivem outras experiências tempestuosas.

Instauramos na nossa dinâmica ética a possibilidade da política da generosidade ser exercitada em qualquer lugar da cidade: produzindo trocas sociais de subjetividade.

***Produção de valor de troca: os afetos e idéias materializadas em valor de uso social.***

Em meio à lógica da co-operação produzimos a nossa **política da co-produção**: cada um é co-responsável pela invenção de caminhos mais potentes para a sua vida e dos outros constituintes. ***Caminhos etho-eco-poiéticos: etho-eco-gênese.*** Esta política tem facultado um maior compromisso na tecedura de outras possibilidades existenciais, na proporção em que todos são responsáveis por todos e não, estritamente, o profissional, sendo, ele mesmo, o responsável pela condução, pelas estratégias de articulação intersetorial para uma ação integralizada, dentre outras funções.

Outra política que instauramos no processo de produção da heterogênese é a nossa ***Política da Vizinhança.*** Vale ressaltar que os nossos encontros se realizam num refeitório que dá acesso a um banheiro feminino para os profissionais do ambulatório. Todos os constituintes da heterogênese, logo que ingressam no grupo, são comunicados desta dinâmica, concordando em participar.

É comum convidarmos quem possa atravessar o encontro para participar de algum tema que tenha se coletivizado. Tema que deixou de ser de um de nós e se

transversalizou no coletivo pela nossa *Política da Alteridade*, i. e., pelo exercício de ver na experiência sensível fenomênica da diferença aquilo que lhe é comum.

Temos como combinado o não julgamento sobre as experiências sensíveis do outro. Tentamos encontrar algo em comum entre aquilo que foi experienciado pelo outro e criamos relações com as nossas experiências. Decorre daí que cada um não julga os caminhos que o outro tenha escolhido num dado acontecimento, mas, por sua vez, fala sobre os caminhos que traçou para construir saídas para a sua situação. E foi assim que uma co-operadora se viu na experiência de outro co-operador que ‘escuta vozes’:

**Na verdade quando você ouve vozes a gente precisa procurar se ocupar o tempo todo... seja arrumar uma casa, varrer uma cozinha, varrer um quintal, procurar uma coisa pra limpar na frente da casa, limpa uma janela... Se a gente tiver com o tempo ocupado, as pessoas que têm o tempo ocupado elas podem ter muitos problemas, mas, ouvir vozes elas não ouvem... isso já aconteceu comigo... crianças, olha... tomando conta de criança, então... criança não deixa você ficar ouvindo vozes... elas são as vozes... o tempo todo... trabalhar como voluntário com crianças... as vozes vão embora... é muito importante viver o presente... porque assim, o tempo que você está pensando em não sei em quem você não está vivendo o presente... a não ser que a pessoa esteja ali agora conversando com você... e aí não cria as vozes, isso não causa nada... quando você fica parado ouvindo as vozes, conversando com elas, responde a elas aumenta ou não aumenta? – ela pergunta para o co-operador que escuta vozes – e ele responde: “Aumenta”... ela continua: pois é, e aí só vai aumentando... se você deixar você fica o dia inteiro ali só ouvindo vozes, parece que a sua cabeça vai explodir... não é?... Você tem até que tomar um remédio... é só dar confiança pras vozes... se der confiança pra isso piora muito...**

Através do exercício da alteridade, saímos, por conseguinte, do campo da “opinião”; das injunções morais “você deveria...” ou “você tem que...” e criamos uma atmosfera transfônica onde os traçados dos desejos e das idéias são interferidos, eles mesmos, entre as experiências singulares de cada um. “Aqui não damos opinião sobre o que o outro tem que fazer... falamos sobre como a gente fez o caminho da gente...”.

“*Mutuum quia ex meo fit tuum*”: mútuo porque o meu se torna teu. E foi através desta lógica que um dos co-operadores viu a sua força na força do outro. “Tua melhora é a minha melhora”.

Da política da alteridade – que manifesta aquilo que é comum em meio a tantas diferenças - movimentamos os múltiplos temas que nascem das experiências sensíveis singulares pela perspectiva de cada um poder encontrar relações das suas experiências com aquilo que se expressa por um de nós. Com efeito, quando o tema já tenha se transformado num tema coletivo – tema que se hibridizou pelas inúmeras experiências afetivas/ideativas que a ele se acoplou –, convidamos algum profissional que esteja passando pelo refeitório para colaborar também com o seu ponto de vista.

O coletivo compreende que a participação de outros profissionais “não deixa dar teia de aranha” nos nossos encontros. Noutras palavras, a interferência de outras pessoas no processo de produção da heterogênesse impede que o processo se cristalice, reduzindo-se aos olhares e pontos de vista dos co-operadores que comparecem freqüentemente. Instituímos esta circulação como a política da vizinhança, uma vez que os profissionais trabalham ao nosso lado, em outras salas.

A imagem que o coletivo desenha é aquela onde os vizinhos moram em um terreno comum. A circulação entre pessoas é mais próxima e, com efeito, a participação dos problemas familiares também é, por muitas vezes, coletivizada, assim como ocorre em inúmeras tribos indígenas.

Vale lembrar, consoante a seção III deste capítulo, que também convidamos especialistas filiados a várias teorias/práticas para aumentar o grau de visibilidade sobre as experiências fenomênicas sensíveis da existência. Compreendemos que o aumento de visibilidade – tomado de empréstimo pelo exercício da nossa **Política do transconhecer** (*transcognoscere*) – amplifica a produção de ressonâncias e de interferências entre-domínios de saberes. Política do conhecer, ela mesma, constituída pela hibridação entre-domínios formais e informais: **hexavalência do saber** – saberes científicos, das pessoas, das artes, jurídicos, da filosofia, das religiões.

Cumprir notar que valorizamos em cada saber/prática aquilo que fortalece cada pessoa, bem como os coletivos que, dele mesmo, possam se fortalecer. Valorização do saber na sua dimensão potente que alimenta as subjetividades, conservando-a em vida: não para o seu assujeitamento, mas, sim, para a criação sempre de novas possibilidades de transações de idéias e afetos entre-existências.

Num dos nossos encontros, debatíamos sobre o nosso processo de constituição coletiva: “cada um aqui é um mundo... se cada um aqui é um mundo e aqui existem vários mundos... a heterogênesse é o entrelaçamento de mundos...”. A partir desta definição do processo de constituição da heterogênesse, falei um pouco sobre a visão

cosmológica da ciência, sobre a visão de constituição permanente do universo pelos encontros entre partículas pequeniníssimas chamadas átomos e por aí fomos.

Esta atmosfera desenhada pelos acoplamentos de partículas ativou um conhecimento de uma co-operadora: “olha isso que você fala que o mundo foi feito de átomos tem a ver com o que eu li no Gênesis... lá fala que nós viemos do pó e pro pó nos vamos voltar...”. Em meio aos entrelaçamentos de idéias científico/religiosas, conversamos sobre os cientistas que acabam buscando explicações divinas para os fenômenos que ainda não são ou não foram explicados pelas ciências.

E por esta trilha conversamos sobre a constituição dos corpos – que sofrem a ação uns dos outros por meio de atrações. “Vocês já viram um imã? Pois é... quando um imã se encontra com um metal eles se juntam... eles se atraem... isto se chama magnetismo...” Falamos sobre outras formas de atração: o olhar também tem um poder de magnetizar as pessoas, as palavras também magnetizam. Conversamos sobre as idéias e os afetos que atraem as pessoas. Daí aponte para a existência de outras formas de atração: pela gravidade – “quando uma coisa cai e se junta a outra” – e pela atração elétrica. Conversamos sobre Newton que acreditava na ação de Deus para dar ao mundo sua estrutura e sua ordem (KOIRÉ, 2006).

Desta esfera, também destacamos um certo registro que se reproduz em muitos acontecimentos religiosos: da ocupação de postos para o exercício do poder. E, foi em meio aos nossos debates sobre as relações do exercício do saber/poder, que uma co-operadora – aquela que ajudou uma vizinha no hospital – nos apresentou uma situação vivida.

**Olha, existe gente boa e ruim dentro das Igrejas... eu estou passando por uma... Tem um pastor da igreja que eu ia que me pediu para eu comprar uma televisão no meu nome e ele disse que ia pagar as prestações... Eu recebi uma carta do SPC dizendo que o meu nome estava lá por causa de que eu não tinha pago as prestações da loja... Eu acho que ele é um safado que usa o nome de pastor pra enganar a gente... usa o nome de Deus pra iludir muita gente... Agora eu vou lá na casa dele e vou levar a carta pra esse safado ver o que ele faz com as pessoas...**

Após a exposição deste fato pela co-operadora, o tema circulou no coletivo. Apontou-se para a existência de pessoas que utilizam o saber religioso como forma de dominação sobre ‘as mentes das pessoas’. Por seu turno, discutiu-se sobre a esperança



de uma vida feliz – seja na terra ou após a vida – “quando a gente tem que dar dinheiro”. Por outro lado, apontamos para a existência de pessoas honestas que “estão nas Igrejas para ajudar as outras pessoas e não pra iludir elas...”.

Vale ressaltar que esta discussão a respeito das relações de poder também se expande, em muitas ocasiões, sobre os serviços de saúde. Ocasões onde o coletivo aponta para o ‘pouco caso’ a que ficam sujeitos aos momentos em que não são escutados ou mesmo avaliados com maior atenção: “tem médico que nem toca na gente... mal olha pra gente perguntando o que a gente está sentindo e logo dá uma receita...”. Por sua vez, também são destacados aqueles bons profissionais que dedicam tempo e escuta nos atendimentos: “pois é... aqui mesmo eu sou atendida por um Dr. que é muito simpático e me dá atenção...”.

Em resumo, tecemos a abertura de um plano onde a diversidade de experiências movimentam o fluxo das idéias e dos afetos - no limite, seja dos conhecimentos pessoais, no limite, seja dos conhecimentos formalizados. Fluxo de interferências entre registros que, a rigor, não encontram espaços para emergir e, por conseguinte, ser avaliados nos seus exercícios/práticas. Espaços que produzem acontecimentos de interferências entre-experiências.

Hibridação entre-experiências. Entre a informalidade da *scientia patibilis natura* e os conhecimentos científicos formais. A primeira, como modo de ciência do espírito sensível das pessoas – na proporção em que elas têm conhecimentos sobre as suas experiências. Elas têm ciência de muitas experiências que os especialistas não têm. Conhecimentos de si que escapam a qualquer forma de conceituação científica: conhecimentos experimentados e marcados na subjetividade. A segunda, qualificada como a conceituação científica que, por conseguinte, tem como hábito a *ars probandi*: valorizando os caminhos de validação de uma dada descoberta. Valorizando a análise lógica, privilegiando, via de regra, o contexto da justificação ou da prova: os caminhos da validação.

Por conseguinte, desejamos trazer à luz a “arte da invenção” – *ars inveniendi*. Arte de uma *episteme* que, por definição, valoriza os *caminhos* da descoberta. Arte do conhecer, do movimento inventivo – tecido pelo *entre-laçamento* de especialistas com os seus conhecimentos formais e as pessoas comuns – com seus conhecimentos sensíveis e informais. *Ars inveniendi* tributária e filha dos encontros transubjetivos entre-realidades heteróclitas.

Com efeito, o exercício da nossa *Política do Transconhecer* erige a nossa *Política da Produção de Normatividades*: cada um sendo estimulado a aprender a instaurar suas próprias normas para o viver. Cada um aprendendo a construir o edifício de conhecimentos - através dos saberes/ferramentas de que nos servimos - para inteligir o seu próprio sentido na existência.

Por conseguinte, a produção de políticas fortalece o exercício da microgestão. *Política da microgestão* que se institui pelo esforço do *union corporum/conexiones idearum*: da união de corpos/de desejos/apetites/afetos/conexão de idéias, esforçando-se em conservar a existência do corpo político heterogenético. Corpo político que *de direito e por direito – juris et de jure* - se institui pela potência inventiva e contestadora das práticas instituintes.

Decorre desta produção de políticas o processo de aprendizagem coletiva para a realização concreta de ações nas experiências pela vida dos co-operadores. Inspiramo-nos na dinâmica tribal dos índios Xikrin para estimular as nossas aprendizagens coletivas de invenção de políticas. Na tribo Xikrin, não há nada que seja objeto de “segredo”. As crianças vêem e escutam sobre tudo. Mesmo as conversas sobre sexo parecem ser menos tabu entre os Xikrin do que entre nós (SILVA, MACEDO & NUNES, 2002). **No entanto, em saúde mental, existem inúmeros segredos que só podem ser discutidos pelos especialistas: como aqueles dos “casos clínicos”**. Muitos indagarão sobre as questões éticas. Vale ressaltar: a ética que propomos não se filia à ética transcendental que impõe normas e leis de cima para baixo. Desejamos, assim como os Xikrins, vizibilizar e enunciar coletivamente os processos que se dizem da vida comum. Desejamos construir uma ética onde cada um possa desejar ao outro aquilo que deseja para si e, com efeito, não desejar ao outro aquilo que não deseja para si, assim como Espinosa se inspirou em Cristo (2000). Exercício ético que pode ser estimulado nas experiências familiares, de vizinhança, e, com efeito, nas práticas dos dispositivos de saúde mental. Eiticidade política instituinte edificada pelo desejo coletivo, ele próprio, a expressão da força imanente que liga e movimenta a diversidade dos seus elementos constituintes aos interesses comuns.

Os processos de constituição das políticas heterogenéticas se efetuam – não por uma formação técnica que especializará seus co-operadores – mas, sim, através das experiências do ver e do ouvir. Experiências, elas mesmas, movidas por processos de identificação. Na cultura Xikrin o que se aprende, vendo e ouvindo, é armazenado no coração: *angoro*. *Angoro* é o lugar do saber. As crianças são estimuladas a ver e a

ouvir, estando atentas a tudo que acontece na aldeia. Um adulto sempre está ao lado acompanhando ativamente os processos de aprendizagens das crianças. A cada nova conquista de aprendizagem da criança, o adulto se orgulha. Embora as crianças tenham a oportunidade de ver e ouvir sobre os acontecimentos da aldeia, não se espera que elas saibam tudo, ou que aprendam tudo no que puderam participar. Segundo os índios adultos, os olhos e os ouvidos das crianças ainda são fracos para aprender tudo. As crianças, por sua vez, têm o direito de escolher o que, quando e como aprender. Estas vão crescendo para colocar em prática na vida adulta tudo aquilo que puderam aprender ao lado dos seus pais. Estas crianças, quando estiverem adultas, estarão rodeadas de outras crianças que serão estimuladas a fortalecer seus olhos e ouvidos, guardando todas as aprendizagens coletivas no seu coração.

A dinâmica de aprendizagem heterogenética se inspira no tom destas experiências tão antigas e tão sensíveis.

### ***V. VII - DAS POLÍTICAS HETEROGENÉTICAS ÀS INSTITUIÇÕES EM SAÚDE MENTAL:***

Consoante o que tecemos na seção precedente, instauramos como prática a invenção de políticas, elas mesmas, constituídas pelos desejos e interesses comuns do coletivo heterogenético.

Desejos e interesses que versam sobre a tomada de decisão quanto ao funcionamento transvalorativo-transtonal-instituinte da heterogênese. Tomada de decisão que instaura o ponto de incidência da heterogênese – enquanto uma prática instituinte em saúde mental – a se criar continuamente.

Criação movida pelo desejo de governar e de não ser governado por injunções morais/transcendentais. Injunções que, trivialmente, circulam nos estabelecimentos de saúde mental em forma de instituições (LOURAU, 2004).

Instituições compreendidas como práticas e discursos que vão sendo estabelecidos costumeiramente. Práticas e discursos naturalizados e sacralizados como ‘normais’ no universo da saúde mental. Instituição de práticas e discursos que, em maior ou menor grau, circulam cotidianamente nos estabelecimentos de saúde mental, sendo reproduzidos e, por sua vez, não sendo muitas vezes criticamente avaliados.

Enumeramos geometricamente as muitas instituições que são reproduzidas em muitos estabelecimentos de saúde mental:

a) **Da instituição da doença:** o objeto de trabalho dos profissionais de saúde mental ainda está ancorado à noção de doença mental. Cada um, filiado numa ou noutra escola teórica, compreende os fenômenos manifestados pelos usuários como psicopatológicos: fora da normalidade.

O conceito de normal vem de norma: norma vem de esquadro (CANGUILHEM, 1978). O objeto final em saúde mental é o de eliminar o “erro psicopatológico”, enquadrando-o em procedimentos predefinidos. Ainda podemos encontrar a famosa axiomática científica biomédica que versa sobre a analogia entre o corpo humano e uma máquina. “Rejeitar essa associação é indispensável para ampliar o conceito de saúde, resgatando seu sentido singular e subjetivo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ, 2005, p. 40).

Encontramos também esta lógica em saúde mental. No entanto, por sua vez, encontramos profissionais/especialistas que valorizam a experiência sensível fenomênica como emergências de novos processos existenciais. Profissionais que compreendem a produção das experiências tempestuosas da existência. Experiências que se produzem e que se manifestam na existência singular, na relação com a existência coletiva.

Processos que, por definição, expressam a possibilidade de novas configurações estéticas de vida. Expressam novas configurações existenciais, elas próprias, compreendidas como formas de superação das dificuldades e adversidades do seu meio. Por este prisma, “a saúde é compreendida, então, como a capacidade de cada um, de enfrentar situações novas, como a margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades do seu meio” (op. cit. pg. 40).

Segue-se destas enunciações que a definição de normalidade não pode estar referida às noções de médias estatísticas: configurando-se em medidas estabelecidas como universais e verdadeiras para os organismos. Por conseguinte, a definição de normalidade também não poderá se referir ao sentido valorativo empreendido e compreendido como aquele permitido e desejável num dado contexto sócio-histórico-cultural. Decorre daí que aquilo que é normal numa dada condição sócio-histórico-cultural pode ser concebida como anormal numa outra condição e vice-versa. O sentido de normalidade admite variações/modulações.

Cada um poderá ser compreendido pela sua capacidade de instituir suas próprias normas: compreendido pela sua potência normativa. Pelo que precede, seguimos as definições de Canguilhem (1978, p. 148 e 149) que nos diz: “Aquele que é doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo. (...) A doença não é uma variação da dimensão da saúde: ela é uma nova dimensão da vida.” E ainda: “Um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio” (op. cit., p. 113).

Decorre daí que aqueles que expressam experiências fenomênicas sensíveis em níveis paroxísticos, manifestando experiências tempestuosas – num grau de entropia elevado das dimensões a ele imanentes – acabam por visibilizar a incapacidade de normatividade no traçado de caminhos e de direções mais criativas na relação com o meio. Estes precisarão criar formas de compor novos enlaces e desenlaces num plano de forças que se desenha como constrangedor.

**b) Da instituição das classificações:** consoante o que foi exposto no item anterior, o método a ser utilizado – pela maioria das teorias/saberes em saúde mental – tem como uma das metas o esquadramento das experiências sensíveis dos usuários em alguma unidade abstrata conceitual. Será preciso reduzir aquilo que se move diante das lentes dos especialistas numa unidade conceitual para que, doravante, os usuários recebam as outras intervenções de métodos que já estão – na maioria das vezes - dados/preestabelecidos. Nesta esfera, o método será aquele onde a meta já está posta desde o início. O caminhar já está condicionado às teorias e prescrições.

Pensamos que podemos compreender – ou traduzir – as experiências sensíveis pelo grau de potência – seu poder de afetar e de ser afetado - a que cada um estabelece com os ‘meios’ em que interfere e é interferido.

Compreensão que nos convoca a instaurar relações mais ressonantes com aqueles que acompanhamos na nossa cotidianidade em saúde mental. E será pela leitura das emergências de subjetividade expressas em palavras, gestos, comportamentos, alegrias e tristezas nascidas dos seus encontros com outras subjetividades, que poderemos ter ciência ou, noutros termos, traduzir e inteligir as múltiplas formas de composição que manifestam o seu *modus vivendi* existencial. Modos de vida que se configuram e se modulam dependendo do ‘meio relacional’ em que esteja submerso. Cumpre notar que o trabalho de “tradução” ganhará em maior sentido uma vez em que o

seu exercício não seja feito apenas pelo especialista ou por um co-operador. Estes proporcionarão ferramentas para que aqueles que estiverem aos seus lados, neste caminhar, encontrem o seu próprio sentido: na medida em que o sentido só faz sentido quando é sentido.

c) **Da instituição da cronicidade e incurabilidade:** uma vez que os “tratamentos” não têm conseguido a “cura” dos transtornos - que são os seus objetos de trabalho -, o negócio/trabalho se dirigiu a controlar os sintomas, ou à sua remissão, ou ainda, a cada um aprender a conviver com a sua doença pelo resto da vida. As recidivas são vistas como parte do curso e da evolução das doenças.

Por conseguinte, estas perspectivas não vertem a direção do seu olhar sobre as modificações do curso da vida. A vida modifica-se a cada instante. A vida é transitória, assim como as células do nosso corpo o são. A vida, ela mesma, inteligida como a expressão dos heteróclitos elementos constituintes da natureza, emerge num meio, ele próprio, compreendido como territórios potenciais.

Territórios de possibilidades onde “o meio é normal pelo fato do ser vivo nele desenvolver melhor sua vida, e nele manter melhor sua própria norma” (CANGUILHEM, op. cit., p. 111). Por este prisma, a relação constituinte e instituinte entre ser vivo e seu meio vem expressar a constante variabilidade, quer seja da dinâmica do meio, quer seja da dinâmica do ser vivo.

Considerando que o curso da vida é marcado pela transitoriedade e precariedade da existência, como podemos crer que teremos estados estáveis das configurações estruturais e fisiológicas – no plano biológico – e, por sua vez, das emoções, pensamentos e imagens que estão encarnadas e associadas às variações destas mesmas estruturas e fluxos fisiológicos?

A variação poderá ser inteligível como a *expressão potencial dos planos* – biológicos, ideativos, emocionais, energéticos dentre outros – para a superação das ‘infidelidades do meio’ (CANGUILHEM, op.cit.). Variação da complexidade da existência como emergência possível para o enfrentamento de situações novas, superando os constrangimentos ou subordinações que o meio possa oferecer.

Uma vez que a dinâmica da vida é a emergência de novas situações que colocam em cena a capacidade de cada ser vivo em instaurar normatividades para a sua superação, podemos pensar sobre aqueles nosografados como esquizofrênicos,

bipolares, dentre outras máculas classificatórias: muitos deles já “receberam alta” da medicação e vivem a vida “normalmente”.

Noutras palavras, muitos conseguiram instituir para si ‘normatividades’ na relação com as variações do curso da vida. Estes estão curados (?), ou embarcaram na afirmativa experiência trágica da existência: afirmação efervescente do caos e da ordem como planos constituintes da contingência da vida.

Aprenderam a instituir formas de vida não se subordinando às suas paixões ou verdades transcendentais, trilhando os caminhos dinâmicos que constituem novas formas de experimentar a complexa aventura do viver. “Na medida em que os seres vivos se afastam do tipo específico serão eles mesmos anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?” (op. cit., p 110).

Segue-se desta interrogação outra: até que ponto é mais simples ‘normalizar e normatizar’ em máculas classificatórias, tratamentos e evoluções predeterminadas àqueles que se desviam da média social do que transformar as condições terríveis de existência, no nível sócio-econômico-cultural? Até que ponto ainda encontramos teorias e práticas em saúde mental que – não de forma explícita e declarada – higienizam a cidade daqueles com quem, ela mesma, não quer se envolver ou se relacionar? Práticas e saberes que disciplinam, regulam, regulamentam, prevêm o curso da vida daqueles considerados ‘anormais’.

**d) Da instituição da fórmula: pergunta/resposta.** Cabe ressaltar mais uma vez: os usuários interferem muito pouco sobre os atendimentos que lhes são oferecidos. Os usuários, via de regra, se subordinam às práticas que, geralmente, estão predefinidas nas muitas teorias/saberes em saúde mental.

**e) Da instituição das relações saber/poder:** os profissionais de saúde mental pouco se misturam aos usuários. Os primeiros ainda precisam das vestes do saber para manter a sustentação das suas práticas. A relação binária – usuário x profissional de saúde mental – é a regra. O primeiro se sente desprovido do saber sobre a sua vida: entrega a direção da sua vida às práticas/saberes dos profissionais.

Vale ressaltar que a instituição das relações saber/poder também pode ser movida por aqueles que centripetamente dirigem as suas práticas e as vidas dos ‘usuários’ às teorias a que estão ‘acorrentados’. “Correntes teóricas” que tem como

vetor as hipóteses tomadas como universais e verdadeiras. Vetor que produz centripetismos invisíveis: apresentamos a *‘lógica especialocêntrica’*. Lógica, ela mesma, imanente aos especialismos.

Especialismos que, por definição, produzem ladainhas de centros de poder nas estruturas e na cultura em saúde mental. Nesta esfera, o que a experiência demonstra são especialistas filiados assepticamente numa ou noutra corrente teórico/prática. Não se constata, pela experiência, a tendência ou esforço das correntes científicas em saúde mental se misturarem/se interferirem umas às outras – e menos ainda nos saberes das pessoas. Estas podem se tornar correntes que acorrentam, não apenas os especialistas nos seus centros de verdade, mas, por seu turno, acorrentam o devir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como os processos de invenção em saúde mental.

Devir da Reforma e de processos, eles próprios, com os seus mandatos dirigidos aos seus “usuários”. “Usuários” que se assujeitam àquilo que está predefinido e já posto/imposto em muitas “teorias e práticas especialocêntricas” em saúde mental no contemporâneo. Usuários “sujeitos a” (FOUCAULT apud DREYFUS & RABINOW 1995).

**f) Da instituição dos espaços/dispositivos como aqueles que servem aos tratamentos das desordens psíquicas:** é comum que os centros de saúde mental sejam referidos pelas comunidades como “locais para malucos”. Aqueles que se sentem fora da ‘normalidade’ procuram estes lugares por ouvir dizer – ou por serem, por sua vez, encaminhados por outros especialistas – sem saber ao certo por que estão indo – procurando estes serviços, por uma experiência vaga.

**g) Da instituição da transinstitucionalização:** quando os usuários dos dispositivos de saúde mental não são atendidos naquilo que precisam, começam, eles mesmos, a fazer uma procissão de serviço em serviço, de especialista em especialista.

**h) Da instituição das terapias medicamentosas e psicoterapias como as únicas legítimas para o tratamento:** tornou-se freqüente a seguinte proposição: ser tratado é receber uma receita e ser escutado por um psicólogo. Qualquer outra perspectiva que for oferecida para muitos usuários/parentes não é compreendida como um ‘tratamento’ ou cuidado.



Instituiu-se, ao longo dos tempos, que todo comportamento que se desvia dos padrões médios sociais precisa ser “terapeutizado” para que se consiga ‘normalizar o quadro’. Normalização que se efetua pela ação de procedimentos técnicos e científicos.

Vale ressaltar que muitas pessoas que passam por experiências de transformação existencial encontram a ajuda na própria comunidade: nas suas relações de vizinhança, nas igrejas, no interior da própria família. As intervenções especializadas em saúde mental são importantes instrumentos de transformação destas experiências; no entanto, não podemos acreditar que sejam as únicas. As intervenções especializadas não podem se constituir em centros de onde emanam todas as respostas para a complexa tecedura de produção de vida.

A produção de subjetividade, enquanto uma prática que envolve os planos biológicos, sociais, emocionais, psíquicos, dentre outros, tem como possibilidade o entrelaçamento entre-domínios formais/especializados e informais/coletivo/comunitários. Outras práticas e perspectivas podem se esposar às que são legitimadas pelo Estado.

i) **Da instituição do segredo:** muitos estabelecimentos de saúde mental não oferecem espaços de discussão sobre a vida institucional. Os usuários/parentes/comunidade não têm a possibilidade de participar da formulação das estratégias, da forma de gestão, da possibilidade de se pensar outras perspectivas nas ações de saúde mental. A rigor, os profissionais não abrem discussões com os usuários/parentes/comunidade sobre as suas instituições, sobre aquilo que se mantém instituído.

Pelo que precede, podemos ainda indagar: osicineiros podem participar de reuniões técnicas de discussão de ‘casos clínicos’? Conheci uma situação num Caps de uma cidade do interior do Rio de Janeiro onde os icineiros poderiam participar da reunião administrativa. No entanto, quando é chegado o momento da discussão dos ‘casos clínicos’, estes precisam sair.

Segue-se desta situação outra situação curiosa: durante as oficinas e na sala de espera os usuários falam das suas vidas – suas angústias, suas opressões, seus desejos, seus infortúnios, suas tristezas e alegrias. Os icineiros sabem de certos detalhes da vida dos usuários que os especialistas não sabem. Considerando que, mudando a relação/vínculo, mudam-se os apetites, os desejos, as variações sobre os muitos temas da existência. Afirmamos a valorização da diversidade de perspectivas que

acompanham o processo de produção da cotidianidade dos dispositivos em saúde mental.

Acreditamos que a edificação de relações mais estreitas entre os especialistas e outros profissionais – inclusive entre os usuários que ocupam a posição de oficineiros – pode contribuir para a tecedura de olhares mais ricos sobre as complexas manifestações da existência! Interferências entre-olhares: **transvisão**. A constituição de relacionamentos erigidos pela prática de uma ética instituinte – uma ética que admite a construção de perspectivas pela diversidade das subjetividades – pode ser uma dinâmica que possibilite uma normatividade relacional mais participativa na vida dos dispositivos. Dinâmica movida pelas transações sociais de subjetividade.

j) **Da instituição da carreira de doente mental/anormal**: uma vez que os usuários ingressam nos dispositivos de saúde mental, estes se sentem entrando na carreira de doente mental/anormal. A lógica da doença mental é disseminada de forma avassaladora, não apenas no interior destes dispositivos, mas também nas experiências da cidade.

l) **Da instituição do “paciente foguete”**: ainda podemos encontrar intervenções onde o usuário é atendido rapidamente. Esta prática institucionaliza os usuários ao assujeitamento, à mordação, uma vez que estes não têm tempo para compartilhar suas experiências com um profissional.

m) **Da instituição do usuário “bate e pronto”**: não é incomum que os estabelecimentos em saúde mental estejam “lotados”. Aqueles que chegam à recepção e recebem a informação de que não há vagas são remetidos a uma lista de espera ou recebem orientação para procurar outro serviço, o que os leva a uma experiência de deriva existencial. Assim como uma bola de futebol que mal bate ao chão e é desviada pelo pé do jogador, esses usuários são desviados da atenção de que precisam, mesmo que seja a de apenas serem escutados.

n) **Da instituição da “demanda invisível”**: consoante o que expusemos no item anterior, a instituição do ‘usuário bate e pronto’ produz outra instituição: a da **“demanda invisível”**. Os estabelecimentos de saúde mental acabam não conhecendo sua real demanda: aquela dos que não conseguem neles adentrar! Produz-se uma demanda

reprimida que fica do lado de fora. Há, portanto, “um fora” dos estabelecimentos de saúde mental que não tem as suas portas abertas aos usuários de primeira vez.

o) **da Axiomática “Re”** – “Curar é retornar à saúde de antes da doença”. Esta proposição repousa na justificação do pleno restalecimento das funções, uma vez que a lógica em saúde mental acompanha a axiomática da ciência médica: restaurar a saúde, restabelecer o estado de saúde anterior (CANGUILHEM, 2005).

Por este prisma, esta perspectiva erige a obnubilação do processo do devir. Como poderemos restituir e restaurar um estado de saúde se a experiência nos apresenta o curso das transformações? Os componentes dos nossos órgãos são constituídos por células que se degradam no curso do tempo.

Todos os nossos órgãos são constituídos por células constituídas por moléculas. Segue-se daí que as células morrem e outras nascem, conservando a existência aparentemente a mesma. Existência modulada pelo contínuo processo de entropia e neguentropia (MORIN, 2005). Processo onde os fluxos de desordem e ordem expressam a dinâmica metaestável do organismo.

Por seu turno, no processo de vida há, a um só tempo, um processo de morte. “Viver de morte, morrer de vida” (HERÁCLITO, apud MORIN, 1999, p. 30). Esta desconcertante proposição nos convida a trilharmos a idéia de que a vida está se processando pela morte de células que fazem nascer outras. “[...] o interessante da idéia de morrer de vida deve-se ao fato de que há neste processo de rejuvenescimento extraordinário que ocorre sem cessar, e do qual procede cada batida de nosso coração, que faz irrigar pelo sangue a desintoxicação do oxigênio através da respiração” (op. cit., p. 30).

Decorre daí que nossas partes constituintes estão a morrer e nascer continuamente até o ponto em que a potência deste processo nos leva a graus maiores de entropia: “[...] morremos de rejuvenescer” (op. cit., p. 30). Pelo que precede, poderemos, seguindo a trilha dos pensamentos de Canguilhem, afirmar que a saúde, depois da cura, não é a saúde anterior.

Vertendo o alcance do que foi exposto à lógica em saúde mental que versa sobre a idéia de que aquele que é acometido pela esquizofrenia não se apresenta – após a doença – como antes da crise, afirmaremos que seria impossível retornar a um estado anterior: seja psíquico, emocional, biológico, energético. Estado que se transforma a cada micro-instante. Transformação movida pela dinâmica das modulações entre-

domínios imanentes, que condiciona a complexa aventura da existência à luta incessante de conservar-se pela superação das adversidades que emergem na relação com o meio.

Em última análise, apontamos para o fato de que as doenças não possam ser reduzidas às limitações do poder físico de uma pessoa, mas, “[...] são dramas de sua história. A vida humana é uma existência, um ser-aí para um devir não preordenado, na obsessão de seu fim. Portanto, o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo”(CANGUILHEM, op. cit., p. 63).

As práticas instituintes em saúde mental têm como um dos pontos de incidência vizibilizar as instituições precedentes e outras que possam cristalizar a cotidianidade dos serviços em saúde mental. Desejamos, por conseguinte, lutar contra toda e qualquer forma de centripetismo que possa instaurar outras formas de manicomialização da existência e das relações.

### ***V. VIII - CONSIDERAÇÕES INSTITUINTES:***

Compreendemos que toda existência tem o poder de ser plástica. Cada um, ao seu modo singular, tem a potência de transformar-se – dando novas configurações às suas partes constituintes – na relação recíproca com o meio em que é parte: poder de afetar e de ser afetado. Poder de se estetizar e de estetizar o mundo. Estético, do grego *aisthethikós* que, numa das suas acepções, significa o ‘que sente, que compreende, sensível’.

Descobrir os meios práticos/sensíveis em meio ao meio em que somos parte é um dos desafios dos processos instituintes da heterogênese. Processos instituintes que, em última instância, não têm como objeto final do trabalho a cura ou o controle dos transtornos psíquicos dos “pacientes”, mas, sobretudo, temos como objeto os processos de trocas sociais entre subjetividades. Edificações não de curas: mas, de produção de existências – co-operação transvalorativa-transtoral-instituinte - entre polifônicas singularidades. Tomamos como objeto de trabalho a invenção contínua de políticas para o viver.

E será pela aventura da produção políticas para o viver – facultadas pelas trocas co-operadas entre-singularidades - que produzimos os nossos meios de trabalhos. Meios de trabalhos sustentados por caminhos plásticos e dinâmicos que, nas suas diversas

direções teóricas, ganham a sua potência/consistência através dos seus entrelaçamentos/interferências.

Decorre destas afirmações que a heterogênese, qualificada como um corpo existente, ela mesma, será inteligida como uma existência se operando em dimensões, a um só tempo, éticas, estéticas e políticas. Eticizando, estetizando e politizando a sua existência pelo plano de uma etho-eco-poiésis ou, ainda, numa etho-eco-gênese. Ser existente que se modula, a um só tempo, pelas interferências entre os seus elementos constituintes que, por sua vez, sofrem as ações de outros corpos – de idéias, de afetos, de valores dentre outros corpos - que venham, ao corpo heterogenético, se esposar.

Noutros termos, qualificamos os coletivos heterogenéticos como planos polifônicos de subjetividades traçados pela conduta afirmativa da criação de si – ethopoiésis – movimentada pela recusa de toda forma de dominação e subordinação às verdades hegemônicas. Planos que, numa outra instância, subsumem num mesmo meio a diversidade política dos elementos constituintes de uma dada existência, ela mesma, modulada esteticamente pela ordem dos seus encontros – ecopoiésis/ecogênese.

O projeto etho-eco-poiético, enquanto um projeto instituinte, se tece pela complexa aventura dos encontros. Encontros *complexus* – etimologicamente como aquilo que se tece junto – e que faz nascer junto tensões que mobilizam processos de transformação – seja esta na singularidade de cada um ou na ordem institucional de um dado estabelecimento.

O que seria impensável decorre da idéia de um mundo que não possa mais se transformar. Mundo no qual cada um de nós faz parte: e qual é a nossa parte de transformação no mundo? Como fazer parte e tomar parte no processo de transformação/invenção de subjetividades e realidades de vida num mundo que segue a lógica axiomática do capital: desterritorializando as subjetividades das suas redes culturais, locais, para territorializá-las na sua hipnótica frequência. Frequência também dinâmica: na medida em que as formas de captura e subordinação variam de um momento ao outro. Frequências que são proliferadas, por conseguinte, nos enunciados da razão científica. Enunciados que hipnotizam o plano social pelas ladainhas das verdades.

As mudanças e as operações que impulsionam estas mesmas mudanças são também movidas por sonhos. “Os sonhos são projetos pelos quais se luta. Sua realização não se verifica facilmente, sem obstáculos. Implica, pelo contrário, avanços, recuos, marchas às vezes demoradas” (FREIRE, 2000, p. 54).

E será pela dinâmica das proporções do movimento-reposo-velocidade e lentidão que poderemos impulsionar os desejos e idéias coletivas. Experimentar outras lentes em saúde mental para que possamos olhar experiências sensíveis e não apenas patologias não vêm interessar à lógica hegemônica. Lógica que é sustentada por uma compreensão da realidade que tenta imobilizar qualquer forma existente considerada errática/desviante/diferente. Lógica fundada numa episteme que imobiliza, reduz, separa, disjunta, fragmenta, para poder inteligir uma dada experiência fenomênica.

Mudar as lentes epistêmicas em saúde mental – saúde mental que está ainda fundada no apetite imobilizador de produção de sentidos nosológicos-nosográficos-psicopatológicos – será poder exercitar um olhar que, a um só tempo, afirma o ser e o devir da existência Saúde Mental. O ser Saúde Mental tomado como criado e criável nas indeterminações dos encontros, eles mesmos, engendrados de planos de devir.

Plano que afirma e nos oferece uma ética transvalorativa - que garante a emergência das diferenças; de uma estética transtional das existências – modulando a configuração das diferenças – nas suas relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das partes constituintes - manifestadas em novas emergências individuais/coletivas; uma política instituinte – tomando parte das decisões e das direções a serem trilhadas nos caminhos de produção do ser Saúde Mental.

Afirmção de nossa presença no mundo que vem sacudir a lógica mecanicista e determinista da subjetividade – lógica que subordina e mata em vida a potência crítica e criadora de cada um para determinar a sua história como algo já dado. História que vai sendo escrita pelas idéias e pelas mãos de uma razão científica que produz seus objetos, para que ela própria se mantenha viva. Produção de histórias de vida condicionadas aos ditames de uma lógica racional que despreza e desvaloriza tudo que se desvia da média social. Uma vez que a cultura da subordinação às verdades transcendentais – seja esta científica, jurídica ou religiosa – imobiliza em suas lentes todo aquele que se desvia de uma dada ordem, imobiliza-se, por conseguinte, o exercício da vocalidade política. Produz-se uma pedagogia do silêncio. Silenciam-se vozes e vidas reduzidas ao intimismo das “suas doenças”. ‘Cultura do intimismo’ e da individualização dos complexos processos de produção da subjetividade emergente. Cada um individualizado/intimizado em sua doença produz e reproduz a cultura da psicopatologização da diferença. Produção e reprodução da cultura hegemônica a que está filiado por um ‘ouvir dizer’. Produzindo e reproduzindo ressonâncias desta lógica

no limite, quer seja das relações que estabelece nos dispositivos de saúde mental, no limite, quer seja das redes que possa tecer na sua cotidianidade pela cidade.

Segue-se daí que este processo de identificação com uma dada perspectiva hegemônica se efetua como algo trivial nas relações de poder: aqueles que se subordinam às verdades, sem contestá-las, constroem sua força de contestação ou por estarem ‘cegos/obnubilados’ ou por estarem recebendo algum tipo de esperança. Esperança que nasce da idéia e das imagens de conseguir um benefício qualquer.

O silêncio – como expressão dos subordinados às verdades transcendentais – acaba por refletir e ressonar a voz daqueles que lhes falam. Estranho silêncio que é marcado pela expressão daquilo que não pode ser dito ou daquilo que é dito como reprodução das verdades alienantes. Até que ponto muitas pessoas se transformaram em reverberadores das verdades?

Ter a coragem de emergir do silêncio, de experimentar desviar o olhar noutras direções será poder exercitar a capacidade de comparar, de poder escolher, de romper, de decidir: instituindo uma eticização da existência movida não por outros desejos.

O processo de mudança se efetua com estas ‘micro-revoluções’. Processo que se diz das pequeninas intervenções no mundo. Cada um poderá mudar o seu mundo, exercendo a capacidade de indagar, de questionar, de duvidar “de experimentar hipóteses de ação, de programar e de não apenas seguir os programas a elas, mais do que propostos, impostos” (FREIRE, op. cit., p. 58). Mudar o mundo de segundo a segundo, ou, ainda, revolucionar o mundo, nem que seja por um segundo!

Ter a coragem de “transutopizar” as práticas em saúde mental será poder utilizar os conhecimentos, aos quais estamos filiados, deixando-nos atravessar por conhecimentos que não fazem parte do nosso território.

Nada contra as especializações: precisamos compreender os campos da psiquiatria, da neurociência, da psicanálise, das diversas psicoterapias, da musicoterapia, dentre outras especializações. Como poderemos dialogar com outros especialistas e até mesmo interferir transdisciplinarmente ou pela perspectiva do *transcognoscere* na relação com outra disciplina se não a conhecemos?!

Um dos nossos vetores de crítica não está dirigido às especializações. Estas podem nos alimentar com teorias e práticas importantes para a ampliação das perspectivas sobre a complexidade da produção de subjetividade. Nosso ponto de incidência é vertido aos especialismos com seus centripetismos e verdades totalitárias, ou, ainda, como nos diz Freire (2002, p. 96): “Ao contrário da especialização, contra a

qual não poderíamos estar, os especialismos estreitam a área do conhecimento a tal ponto que os chamados “especialistas” se tornam geralmente incapazes de pensar mais além de seu delimitado campo”.

Os especialismos produzem especialistas reduzidos à eficácia técnica, mas, por outro lado, a uma ineficácia política instituinte. Ineficácia que, por definição, se qualifica na inoperância do exercício crítico e contestador das instituições do saber e da prática a que estão filiados.

Por conseguinte, desejamos celebrar todos os profissionais em saúde mental que buscam não se fixar no treinamento estreito, tecnicista e reduzido ao campo de saber a que se filiou. Fixação que mutila a perspectiva da complexidade que é o existir.

Será preciso ter todo o cuidado para não “cair na tentação” da lógica da especialização permanente que trabalha em nome de regimes autoritários, regimes produtores de verdades. Desejamos, de fato, o processo permanente de crítica sobre os saberes instituídos e os que estão por se instituir.

Celebramos com todos aqueles – e não são poucos – que não se deixam agarrar às teias dos especialismos, colocando em movimento o olhar dinâmico que não deixa se fixar à imobilidade dos discursos transcendentais.

Decorre daí que, ao estimular a invenção de práticas instituintes em saúde mental, exercitar-se-á, por conseguinte, a potência de avaliar, de comparar, de escolher, de decidir e, finalmente, de intervir no mundo. Torna-se um dos caminhos para aqueles que desejam práticas mais substancialmente coletivas e instituintes em saúde mental.

Práticas que se movimentam com os processos de produção de territórios existenciais. Processos nascidos de uma certa maneira de repetir para, desta repetição, emergir criações, diferença. Produção de territórios de criação do diverso pelo diverso como emergência da dinâmica do Ritornelo (DELEUZE & GUATTARI, 1997). Ritornelo como o conceito chave para a constituição de territórios existenciais e, por conseguinte, como forma de resistência ao poder homogeneizador, poder serializante, um poder de repetição do mesmo que não expressa a diferença: apenas a reprodução.

Trazemos o conceito da arte para podermos pensar o processo de criação política instituinte. Política heterogenética que tem como dinâmica uma certa maneira de repetir. Dinâmica dos elementos constituintes vertida à variação. Repetem-se encontros – num mesmo lugar, num mesmo horário, o tema pode ser o mesmo de um outro dia – mas, micro-tensões – no plano das idéias, dos desejos, dos afetos - movem o encontro à sua variação.



“Linhas de fuga” desterritorializam o encontro para a tecedura de novas configurações na singularidade dos constituintes e do corpo político, a um só tempo. Decorre daí que o projeto transvalorativo-transtonal-instituinte da heterogênesse segue a dinâmica caosmogênica de produção de universos: como processo contínuo de produção de vida, de subjetividades.

Produção de universos que se territorializam – de forma instavelmente estacionária – entrando em graus de entropia que levam aos processos de desestabilização da sua individualidade. Um novo ritornelo se abre para as novas configurações do *union corporum/union cupiditas*: união de corpos e união de desejos. Repete-se a dinâmica “ritornélica” de constituição política: nunca a mesma, sempre diferenciada: assim como as fugas bachianas.

Nesta esfera, o olhar epistêmico pode sofrer a ação das variações do desejo coletivo. *Desejo/cupiditas* como causa eficiente imanente do corpo político heterogênico. Uma vez abrindo-se à escuta da diversidade de olhares, abrem-se portas para a construção de conhecimentos não reducionistas e não serializantes. Produção de conhecimentos construídos por uma lógica da emancipação das idéias, dos afetos e dos desejos. Emancipação da liberdade social e de sua edificação na política (NEGRI, 2002).

Não temos que inventar um mundo novo para que se constitua o processo de heterogênesse. A heterogênesse vai emergir como processo de criação onde as cristalizações e endurecimentos institucionais estão estabelecidos. “É no conjunto dessas frentes emaranhadas e heterogêneas que, parece-me deverão articular-se as novas práticas ecológicas, cujo objetivo será o de tornar processualmente ativas singularidades isoladas, recalçadas, girando em torno de si mesmas” (GUATTARI, 2000, p. 34).

Não desejamos resolver dialeticamente as oposições e contrários: expressões das tensões coletivas de idéias/afetos/desejos. Desejamos que as diferenças possam funcionar juntas, entrelaçadas. “Convém deixar que se desenvolvam as culturas particulares inventando-se, ao mesmo tempo, outros contatos de cidadania. Convém fazer com que a singularidade, a exceção, a raridade funcionem junto com uma ordem estatal o menos pesada possível” (op. cit., p. 35). Segue-se desta afirmação que os processos instituintes em saúde mental podem funcionar em estruturas/estabelecimentos do Estado. No entanto, as práticas de saúde mental que circulam nos CAPS, na atenção básica e em outros dispositivos, por si, não poderão ser consideradas transformadoras. Pelo que precede, as práticas transformadoras instituintes precisarão estar

permanentemente sofrendo a ação crítica de outros atores: usuários, familiares e outras pessoas da comunidade que são convidadas a participar deste processo construcionista de políticas para o viver. Funcionamento onde os entrelaçamentos da ordem estatal e dos desejos coletivos impulsionem mudanças sobre diversos pontos de vista. Não há garantias nesta experiência: só a aventura dos desafios e das incertezas. Mudar o olhar epistêmico poderá ser o tônico/estimulante para se mudar práticas. A mudança faz parte da experiência cultural. O estímulo à capacidade crítica se faz nascer, a cada encontro, despertando as práticas inventadas pela inteligência/sabedoria coletiva. Entender as mudanças será, primeiro, experimentá-las: afinal **navegar é preciso, viver não é preciso**. Viver a imprecisão das mudanças será aprender a conviver com a complexidade da existência: a saúde mental – enquanto existência - em devir.

Afinal, “Não há cultura nem história imóveis. A mudança é uma constatação natural da cultura e da história. Não haveria cultura nem história sem inovação, sem criatividade, sem curiosidade, sem liberdade sendo exercida ou sem liberdade pela qual, sendo negada, se luta” (FREIRE, op. cit., p. 31).

Pelo que precede, afirmaremos que o projeto instituinte da heterogênesse é, por definição, um projeto que se constrói permanentemente. Projeto que segue a perspectiva caosmocismogênica do cosmos: pelas conjunções e disjunções hibridizadas entre elementos heteróclitos. Seres distintos que concorrem na ação de composição de existências, elas mesmas, constituídas por diferenças internas. Perspectiva construtivista, filha da dinâmica caosmótica. Dinâmica dos ritornos de produção da existência. Dinâmica pluralista heterogênica para a invenção a muitas vozes e olhares: transfonia poética.

Se o que expressamos até o momento torna-se de difícil operação diremos que: **“Ad impossibilia nemo tenetur”**: ninguém está obrigado ao impossível. No entanto, convidamos a quem tem o apetite de inventar e de não se subordinar às tentações da verdade a tentar e fazer o possível, tomando parte da criação da vida. Vida criável: vida possível em meio ao que se acredita ser impossível. Numa das suas acepções “impossível” é aquilo que é **muito difícil**. Decorre desta esfera, que aquilo conquistado com trabalho, com esforço, com ‘dificuldade’ será de grande valia: principalmente se o efeito deste trabalho tem valor de uso social. A superação das dificuldades – ou daquilo que é da ordem do impossível – pode ser realizada naquilo que é de **possível realização hoje**. Acreditamos que, inspirados e movidos pela força dos desejos comuns e coletivos, possamos encontrar condições de produzir ações transvalorativas-transnacionais-

instituintes possíveis às condições históricas do contemporâneo: realizando ‘*o possível de hoje*’, para que venhamos a viabilizar amanhã aquilo que hoje era impossível (FREIRE, 2002).

Política das possibilidades: em nome da alegria, da liberdade e da loucura de viver!

## ***INTERMEZZO VI***

Passeamos pelo primeiro e segundo capítulos ao lado dos dispositivos de poder e dos jogos de verdade inventados para dar conta da matéria-prima social desviada da média das condutas, das idéias e dos afetos. Pudemos ter as imagens e as sonoridades das práticas ladainésicas da verdade que seguem a dinâmica da reprodução do poder, em dadas contingências históricas, em pleno exercício. Assistimos que as verdades são inventadas para que as faces do poder se manifestem como legítimas através dos dispositivos criados. Dispositivos de poder que fazem circular saberes que modulam os sentidos sobre o corpo da diferença e dos desvios. Numa palavra, a dinâmica da reprodução das verdades vem garantir, de tempos em tempos, as fronteiras que garantem a existência das forças de poder. De tempos em tempos, encontramos as práticas ladainésicas da verdade com faces e vozes singulares a cada contingência histórica. “*Dispositif de pouvoir et jeu de vérité, dispositif de pouvoir et discours de vérité*” (FOUCAULT, 2003, p. 15). Dispositivo de poder e jogo da verdade, dispositivo de poder e discurso da verdade. Vozes e faces que fazem ver e dizer sobre aqueles que diferem da ordem de cada momento histórico.

Por outro lado, pudemos acompanhar o movimento criativo e inventivo de outras perspectivas na cotidianidade dos ambulatorios de saúde mental. Perspectivas que fazem ver e dizer sobre a complexidade das experiências singulares. Complexidade que é inteligida pela produção de sentidos tecidos em conjunto por diversos olhares. Inventando novos modos de compreender as experiências singulares e coletivas através de muitas vozes e muitos olhares. Experiência que ganha a sua consistência pela variação tonal dos sentidos, dos afetos, dos desejos. Consistência experiencial que é movida pela força dos encontros. Encontros que edificam novas formas de transtionalizar as experiências singulares, elas mesmas, transtionalizando o corpo coletivo noutras possibilidades. Possibilidades de invenção de práticas instituintes. Práticas que seguem o movimento de invenção de políticas para o viver. Políticas que, por definição, emergem da união dos afetos, das idéias e dos desejos coletivos.

Não daremos, em meio ao nosso caminhar, o tom de um arremate final, caro ao processo de levar a termo, i. e., levando a uma conclusão sobre todo o nosso caminhar. Não desejamos concluir para dar um desfecho, uma solução, ou, ainda, para dar o testemunho de resultados positivos ou negativos. Muito menos desejamos concluir para

encerrar com brilho, ou qualquer outra forma de coroamento do processo. Não desejamos fechar apontando as principais teses, centripetizando o raciocínio em resultados conclusivistas. Desejamos, por conseguinte, muito menos provar alguma coisa. Desejamos muito mais apresentar caminhos possíveis. Não que estes sejam os únicos. Assim, enunciamos, em meio ao nosso caminhar: existem muitos caminhos dos rios que desembocam no mar! Desejamos apenas apresentar o deslocamento da forma de ver, dizer e se relacionar com as complexas experiências existenciais, elas mesmas, constituintes e expressões do diverso da natureza. Desejamos abrir fissuras por entre ou em meio aos registros habituais que circulam na cotidianidade dos ambulatórios, em outros dispositivos de saúde mental e, com efeito, pelas experiências pela cidade. Fissuras que dão passagem para a permanente aventura da criação coletiva. Aventura que nos coloca diante do inesperado da vida. Vida que se afirma pela força do acaso, pela força dos encontros que nos tiram da ladainha dos hábitos que nos cristalizam em formas de viver aprisionadas. Viver sem verdades. Viver produzindo sentidos provisórios, assim como os sentidos produzidos pelas informações meteorológicas. A cada dia um novo sentido é produzido como emergência de inúmeras variáveis. Variáveis que compõem um diagrama de forças da natureza. No entanto, não desejamos ser meteorologistas das experiências tempestuosas humanas: tentando fazer previsões sobre os estados de cada um. Desejamos, inspirados no diagrama de forças da natureza, inteligir provisoriamente como as experiências singulares se produzem na relação íntima com o plano de forças, ele mesmo, expressão do plano do viver.

Uma vez que não desejamos concluir para fechar, concluímos que o melhor será encontrar um outro caminho. Uma vez que não desejamos finalizar – já que o processo do viver se efetua abertamente na direção do infinito –, inventamos um outro procedimento narrativo. AFORISMOS PARA NÃO CONCLUIR. Inspiramo-nos no procedimento nietzscheano de produção de afetos, idéias aos golpes de um martelo. Produção de idéias condensadas que ganharão a sua força na aliança com a poesia, com a literatura e com outros autores. Produção de um pensamento que mais se interessa em provocar mais questionamentos e indagações, problematizando em narrativas ideativas zipadas.

## AFORISMOS PARA NÃO CONCLUIR

### *Prestíssimo, Alegre e Martelante*

*Acompanhados pelas músicas Amazônia e Palhaço de Egberto Gismonti, por Keith Jarrett – october 17 – 1988 e pela música: Loucos pela Vida, de Paulo de Tarso, inspirada no livro Loucos pela Vida (AMARANTE, 2000).*

#### Aforismo I

A cada tempo, a cada lugar, sempre uma nova maneira de se fazer ver e de se fazer falar sobre aquilo que é estranho. Estranheza que estremece as normas de cada tempo e de cada lugar. E, em cada tempo e em cada lugar, os homens encontraram formas de com a loucura lidar. Uns se misturando a ela; outros criando práticas para o seu controle; uns afirmando a sua necessidade; outros a ridicularizando.

#### Aforismo II

Mas, existe um certo tipo de loucura que se instala naqueles que têm o apetite pela verdade. Estes estão possuídos pelo domínio da razão. Aqueles loucos pela razão de ser racionais encontram a sua razão no caminho estreito da verdade. A loucura pela verdade paralisa a vida.

#### Aforismo III

Aqueles que têm loucura pela verdade são os loucos pela razão. São os que têm sede pela verdade da razão. Encontram na verdade sua loucura e o seu desejo. A razão pela verdade... A verdade é a sua cidade... A razão é a sua religião.

#### Aforismo IV

Os loucos pela razão falam estrangeiras línguas, cientismos. Verbosidades das loucas verdades da razão. A razão é a cidade, seu continente é a verdade. A verdade é a loquacidade da razão.

#### Aforismo V

A diferença assusta... com seus ruídos, seus gestos... “As coisas que não têm nome assustam, escravizam-nos, devoram-nos...”<sup>1</sup> Decorre daí que dar nomes foi – e ainda o é - uma forma de aliviar as almas atormentadas pelo fluxo das incertezas. Ainda há aqueles que precisam das verdades para poder dormir. Assim, são as crianças atormentadas com medo da escuridão: aliviam-se com mil e uma histórias, para então, adormecer nos braços das mágicas certezas.

---

<sup>1</sup> QUINTANA (2005, p. 73).

## Aforismo VI

De tempos em tempos, são inventadas realidades. Realidades tomadas como verdadeiras. Verdades compreendidas como centros: Deus como centro, a terra como centro, o homem como centro, a consciência como centro, a ciência como centro: mágicas certezas que variam em suas verdades de tempos em tempos.

## Aforismo VII

De tempos em tempos, o corpo do desvio e da diferença encontrou os seus centros. Os hospitais gerais, os asilos, os hospícios. No contemporâneo a diferença encontra o seu centro nos centros de saúde mental. Mais uma realidade inventada para a produção de novas formas de se ver e maneiras de se falar sobre aqueles que se desviam da média dos comportamentos sociais.

## Aforismo VIII

De tempos em tempos, as disciplinas em saúde mental encontram novas palavras, novos discursos que fazem falar sobre aquilo que é desviante. Assim como também se inventam novas práticas para dar conta dos desvios. As disciplinas em saúde mental formam um grande arquipélago de discursos, saberes e práticas que mudam de tempos em tempos. Mudam os nomes dos desvios. No entanto, as lentes que observam os desvios não mudam. São as mesmas lentes há séculos. Cuidado: quem se desviar da média dos comportamentos, das idéias, dos afetos encontrará, o arquipélago das disciplinas em saúde mental. Disciplinas que fazem entrever as experiências singulares sensíveis por lentes obscurecidas. Lentes embaçadas pelo desejo de verdade.

## Aforismo IX

Aqueles que encontrarem o arquipélago da saúde mental entrarão numa realidade constituída de práticas, saberes e discursos, cara aos especialistas. Ingressarão num território de novas palavras, novos sentidos sobre as suas experiências. Cada um receberá um novo estatuto: doravante, qualificado como paciente ou usuário. Pacientes que, pacientemente, e, em maior ou menor grau, passivamente usam aquilo que já está posto - uma vez que se ajustam às práticas já prontas de cada dispositivo.

## Aforismo X

Aqueles que caíram nas correntezas que levam ao arquipélago da saúde mental encontram não apenas as ilhotas de saberes que se articulam entre si para dar conta da matéria prima desviada. Aqueles que aí adentram encontram um continente. O continente da verdade. Continente no qual, uma vez nele ingressado dificilmente se sai. Continente que produz modos de ver e de falar apoiados por científicas lentes.

## Aforismo XI

O continente da verdade é movido pelo louco desejo de produzir sentidos fixos sobre as múltiplas experiências móveis. Sentidos transcendentais: que nascem de cima para baixo como injunções a serem seguidas e acreditadas.

## Aforismo XII

O continente da verdade produz os seus objetos de trabalho através das suas lentes de ver: sem estes objetos o continente desapareceria do mapa ou do planeta.

## Aforismo XIII

De tempos em tempos, encontramos as práticas ladainésicas da verdade com faces e vozes singulares a cada contingência histórica. Dispositivo de poder e jogo da verdade, dispositivo de poder e discurso da verdade. Vozes e faces que fazem ver e dizer sobre aqueles que diferem da ordem de cada momento histórico.

## Aforismo XIV

De tempos em tempos, são inventadas realidades sobre os corpos desviados e desviantes: será preciso a invenção de táticas e estratégias para a desaceleração das efervescentes experiências da diferença. Inventaram-se em cada tempo formas de se falar das prostitutas, da violência, da miséria, da loucura. Inventaram-se em cada tempo maneiras de se ver cada uma destas experiências. Formas de se ver e maneiras de se falar daquilo que estremece as assépticas experiências que se qualificam como sociais.

## Aforismo XV

De tempos em tempos, são inventados lugares que fazem ver a diferença: geopolítica arquitetônica delineada para limpar as cidades dos incômodos barulhos e imagens da diferença.

## Aforismo XVI

Assim como existiram as Casas dos Leprosos, as Casas para morrer – os hospitais gerais -, as Casas Grandes e as Senzalas, as Casas dos loucos - os hospícios -, a Casa Verde – onde a cidade inteira de Itaguaí quase foi internada por inteiro, no conto O Alienista de Machado de Assis, foram inventadas as Casas da Luz Vermelha, repletas de meretrizes. Por sua vez, encontramos, no contemporâneo, os ambulatórios de saúde mental: As Casas dos Infelizes.

## Aforismo XVII

O ambulatório de saúde mental, qualificado como A Casa dos Infelizes, vem centripetizar, no interior das suas inúmeras práticas de medicalização das infelicidades humanas, todo aquele que se encontrar fragilizado nos seus laços sociais, familiares, laborativos, emocionais, psíquicos, dentre outras fragilizações.

## Aforismo XVIII

UFA... é preciso um pouco de ar fresco, senão a gente morre sufocado com o cheiro de bolor, ou morremos todos de tédio. A vida sempre encontra seus caminhos para da tristeza escapar. A vida escapole da tristeza, das verdades, para se tecer pela complexa aventura do viver.



## Aforismo XIX

Encontramos outra razão. Na razão que não se fecha na razão. Na razão que se mistura para ver... A mistura dos encontros... A razão e a loucura... A razão e o desejo se misturam... Louca razão transloucada de viver...

## Aforismo XX

A vida é a expressão da sua própria complexidade. A vida é complexa, precária e transitória. Entrar no fluxo do indeterminado será viver no curso da invenção de si.

## Aforismo XXI

O aumento do grau da entropia existencial movimenta a dinâmica da complexidade que é o existir. Quando um corpo se encontra com outro, nasce a possibilidade de novas configurações de transtonalização da existência.

## Aforismo XXII

Os encontros entre corpos produzem ressonâncias. Os afetos ligam os corpos pela força da sua ressonância. As idéias ligam os corpos pela força da sua ressonância. A complexa dinâmica entre-toques, entre-corpos movimenta as transações de informações que nos alimentam daquilo que nos difere.

## Aforismo XXIII

A diferença é o meu melhor alimento.

## Aforismo XXIV

O sentido só faz sentido quando é sentido.

## Aforismo XXV

Ser tocado pelo toque de um olhar, uma música, uma idéia, transtonaliza a existência em ato<sup>1</sup>.

## Aforismo XXVI

Heterogênese: mãe, pai e filha de si. Dinâmica da vida. Vida potente que se cria pela força dos encontros. Encontros movidos pela diversidade dos corpos. Encontros do diverso das idéias. Força dos encontros que encontra a sua força nas intensivas ligas afetivo-sociais. Diversidade de sons, idéias, afetos e desejos que concorrem numa só voz: transfônicas experiências de vida a muitas vozes e muitos olhares. Transfônicas experiências transtonais da existência. Existências que tonalizam os encontros pelos seus singulares apetites, pela força de afecção dos outros corpos.

<sup>1</sup> “O toque tem o poder de desenhar universos”(BRENNAND, 2001). Destacamos o intenso livro de Rita Brennand. Livro que enuncia a sua experiência tensional afetiva na relação com diversos tipos de matérias. Corpo-barro, corpo-bosta, corpos-ínfimos, corpos-sonoros. Parte das suas palavras-poiéticas nasceu da relação com a filosofia, com a música e com o corpo no ateliê de subjetividade com Paulo de Tarso.

## Aforismo XXVII

Os acontecimentos são manifestações corporificadas, constituídas e constitutivas por corpos de diversas naturezas. Corpos que transtionalizam suas dimensões constituintes em novos arranjos, novas composições. A vida é música! Vida musical! Vida instituinte: Políticas para o Viver!!!

## Aforismo XXVIII

Os acontecimentos subsumem o diverso da vida. Acontecimentos que convidam o diverso da natureza a se transtionalizar pela força do encontro. Encontros descentrados. Os especialistas são convidados, mas não são donos da festa!!! A festa é coletiva!!!

## Aforismo XXIX

A festa tem o tom da afirmação. Afirma a dor e o prazer, a desrazão e a razão. Afirma a força caosmocismogenética como necessária. Necessidade de se morrer para se nascer outro de si. A festa não tem centro, a festa não tem centro, a festa não tem centro.

## Aforismo XXX

Saúde Mental? Psiquiatria? Quem sabe um pouco d'outros olhares. O olhar ganha sua potência quando se desloca e se descola do hábito de sempre olhar com o mesmo olhar. Flutuar o olhar... "atenção flutuante..." Flutuantes sensações e percepções... Intensivos sentidos<sup>1</sup>.

## Aforismo XXXI

Saúde Mental? Psiquiatria? Mensurar idéias, imagens, afetos, sensações em classes, subclasses, gêneros e espécies classificatórias? Difícil trabalho de alinhar experiências tão imateriais que se expressam na materialidade da carne em ato. As paixões humanas são tão imprevisíveis quanto as paixões da natureza <sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> "As borboletas que se reinventam não são ainda. Os casulos são esperança. Desapareço no seu silêncio. A cor da flor amarela sem a luz do Sol é apenas probabilidade. Nos rizomas e não nos territórios é que desapareço de mim. Nos sons dos entrelaçamentos imperceptíveis e não nos cipós e não nos corpos, desapareço nos acesos, na claridade intensa, nos estrondos, e não nos céus nebulosos, nos gorjeios e nos trinados, e não na passarada. É no farfalhar, é no ocaso, e não nas folhas, e não na tarde. É na escuridão, na brisa, no coaxar. E não na noite, e não nos sapos. O ciclo o germe o sussurro o silêncio a volúpia o alento... Sim: é nas sensações que desapareço de mim, é na intimidade com as sensações! Agora sorvo o enigma dos seres de sensações que me atravessam. Atento o olhar e não o olho, atento o tato e não a pele..." (BRENNAND, op. cit., p. 45).

<sup>2</sup> "Não podemos mensurar um estado de espírito, como não podemos contar qualidades. Vivemos de comparações, semelhanças, dessemelhanças, equivalências e diferenças, que são sempre vazias de um conteúdo objetivo. Nunca podemos repetir uma experiência da maneira como fazemos com um experimento objetivo. Os modos, as modulações, as formas e transformações da alma carecem não só de uma existência objetiva, como muitas estão fora do alcance da imaginação." (LAING, 1988, p. 15).

## Aforismo XXXII

Cada um acredita naquilo que pode. Cada um acredita naquilo que tem apetite e desejo<sup>1</sup>.

## Aforismo XXXIII

Acreditar que é capaz de fazer diferente é poder trocar as lentes com as quais habitualmente vemos a vida<sup>2</sup>.

## Aforismo XXXIV

Geralmente a força do hábito de ver a vida pelas mesmas lentes faz entrever o olhar sobre a nossa própria vida. Os homens se viciaram em verter o seu olhar sobre os erros dos outros. Vício do olhar que se desvia de olhar para as próprias paixões que suas habituais lentes são incapazes de ver<sup>3</sup>.

## Aforismo XXXV

Saúde Mental? Psiquiatria? Talvez possam olhar através de outras lentes, ampliando seus modos de ver<sup>4</sup>.

## Aforismo XXXVI

O meu olhar toca um outro olhar que me toca em muitos toques: poder de afetar e de ser afetado.

<sup>1</sup> “O psiquiatra tem tanto direito a acreditar que sua teoria se casa com fatos objetivos quanto seu paciente falido tem em acreditar que é um milionário. Ambos os erros epistemológicos parecem estranhamente parecidos, ao ressoarem através de seus abismos de diferença” (LAING, op. cit., p. 43).

<sup>2</sup> “Sensibilidade e compaixão, porém, não fazem parte do método científico, embora possam se tornar objetos de um estudo científico. [...] O que é cientificamente correto pode ser eticamente errado. Uma experiência pode ser cientificamente impecável e espiritualmente iníqua. O cientista não pode ver este fato com o olhar científico. Ele não pode olhar para seu olhar com o seu olhar, porque o olhar científico é um ato. Este ato não é um dos fatos que seu olhar enfoca, excluindo todos os não-fatos” (op. cit., p.25).

<sup>3</sup> “Há cientistas que adoram repetir que não são filósofos, teólogos, ontólogos, metafísicos, filósofos morais ou mesmo simples psicólogos. Se isto for um testemunho de sua modéstia é conveniente e apropriado, mas comumente trata-se de um descarte superficial de tudo o que eles não conseguem ver pelos seus métodos de ver. É irônico que esses cientistas sejam incapazes de ver o método com que vêm, com o seu método de ver” (op. cit., p. 18).

<sup>4</sup> “Não saberia como, nem por que a espontaneidade do acaso. Ao olhar a bosta, me senti olhada por ela. As rupturas, as dobras, os sulcos, as fendas... Eu estava ali inteira à mostra, como despida de qualquer pudor. Minha relação com o barro atravessou aquele instante. Fomos contagiados ambos. Era a própria terra, o vento, a chuva nos envolvendo, num torvelinho intenso, atordoante. Busquei com voracidade a delicadeza de uma bosta, a beleza de suas matérias, suas dobras. Penetrei nos seus labirintos. Me aliei ao inusitado de suas variedades. Nos identificamos e nos mimetizamos. A bosta mirou-se em mim. Tomei-lhe as dobras, o sulco, a fenda... A própria bosta fez-se mulher: experimentou desejos, percebeu as cores, embebedou-se com os cheiros. Mulherou-se inteira!” (BRENNAND, 2001, p. 89).

## Aforismo XXXVII

Valorizar o sensível, o ínfimo: devir-criança<sup>1</sup>.

## Aforismo XXXVIII

O hábito de ver as coisas da vida pelas mesmas lentes de ver torna a vida patética e insossa. Olhar movido pela força do hábito... “mas há o hábito e o hábito anestesia”<sup>2</sup>. Torcemos para que o olhar científico seja tocado por outros olhares. Jogo entre-olhares, entre-toques. Toques que podem transtornar formas de se ver e de se falar sobre as diferenças. Composição de olhares que segue a dinâmica instituinte do viver.

## Aforismo XXXIX

Concluir? Finalizar? Não há o que concluir: há muito que fazer para que a diferença se afirme como potência. Afirmção do diverso da vida, ela mesma, tecida pela força do diverso da natureza. Natureza filha do diverso de si! Natureza que afirma a diferença como causa imanente: transtornando-se noutras de si. Natureza que tem loucura por se diferir para, da repetição, nascer em novidade! Natureza que é louca em se criar. Fazemos o convite - a quem se interessar e a quem tem apetite pelo frescor da novidade da vida - ao ingresso na complexa aventura de invenção de políticas para o viver!

## Aforismo LV

Ar fresco! Oxigênio... oxigênese... heterogênese... Por isso somos loucos pela vida! Voar... viver loucos por viver. Tirar os pés do chão. Nascer da força do encontro. A mente enlouquecendo o corpo. O corpo misturando a mente, de desejos... de viver.

---

<sup>1</sup> <sup>1</sup> “Mosca dependurada na beira de um ralo – acho mais importante do que uma jóia pendente. Os pequenos invólucros para múmias de passarinhos que os antigos egípcios faziam, acho mais importante do que o sarcófago de Tutancâmon. O homem que deixou a vida por se sentir um esgoto – acho mais importante do que uma Usina Nuclear. Aliás, o cu de uma formiga é também muito mais importante do que uma Usina Nuclear. As coisas que não têm dimensões são muito importantes. Assim, o pássaro *tu-you-you* é mais importante por seus pronomes do que por seu tamanho de crescer. É no ínfimo que eu vejo a exuberância” (BARROS,1997, p.55).

<sup>2</sup> LISPECTOR (1978, p. 12)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABBÊS B. N., Cláudia E. Interferir entre Desejo e Capital. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. São Paulo: PUC, 2002.

AGAMBEN, G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

ALLIEZ, E. & FEHER, M. Contratempo. Ensaio sobre Algumas Metamorfoses do Capital. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, mimeo.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O Homem e a Serpente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. Loucos Pela Vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. (org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

\_\_\_\_\_. (org.). Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AROUCA, Sergio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAPTISTA, Luis Antonio. A Cidade dos Sábios – Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. Musicoterapia: Alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia: Transferência, contratransferência e resistência. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BARROS, Manoel. Livro sobre nada. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

BASAGLIA, Franco. Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

\_\_\_\_\_.A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_.Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENEVIDES, Regina. Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos. In: Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos. Org. RAUTER, Cristina, PASSOS, Eduardo & BENEVIDES. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002. Regina. Rio de Janeiro: 2002.

BENEVIDES, Regina & VITAL BRASIL, Vera. Cartografia de um trabalho socioanalítico. Mimeo.

BERGSON, H. Matéria e Memória. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BEZERRA JR. Benilton. De Médico, de Louco e de Todo Mundo Um Pouco. O campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Guimarães, R. E. Tavares (Org.), Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_.Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental.Petrópolis (RJ): Vozes, 1987.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAS/DAPE – Coordenação de Saúde Mental. Mensagem Eletrônica circular n. 26/05 Brasília: 30/12/05. Para o Colegiado de Coordenadores de saúde mental, Consultores e Interlocutores.

\_\_\_\_\_. 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*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – cuidar sim, excluir não. In: cadernos de textos. Brasília: 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde./ Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde /FIOCRUZ, 2005.

BRENNAND, Rita. Objetos da Terra. Vitória (ES): Flor&Cultura, 2001.

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1998.

CAMARGO, Maria Cristina V. Z. de A. O ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>>, acessado em: 22.03.2006.

CAMPOS C.M.S. & SOARES C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ciência e Saúde Coletiva, 8(2):621-628, 2003.

CANETI, Elias. Massa e Poder. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.d

CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

\_\_\_\_\_. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Editora: 2005.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico Del concepto de salud. In: História, Ciências, Saúde, vol. IV (2), 1997.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. A Doença Como Projeto. Uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1999.

CASAGRANDE, Dênis André. Música e Tragédia. Trabalho apresentado no Congresso Mundial de Musicoterapia. Vitória Gaintez, Espanha: Julho de 1993;

CASTEL, Robert. A ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação - Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional. In *Saúde e Loucura* n. 4. São Paulo: Hucitec, s/d.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

CHAMBERLAIN, Judi. Serviços de saúde mental controlados pelos próprios pacientes: um sonho? In. EM Vasconcelos e T. Furtado (org.), Saúde Mental e desinstitucionalização: reinventando serviços. Cadernos do IPUB n.º 7, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

CHAUI, Marilena. Política em Espinosa. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

CLOT, Yves. A função psicológica do trabalho. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

COIMBRA, Cecília. Guardiães da Ordem. Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, Cecília, PASSOS, Eduardo & BENEVIDES, Regina. Direitos Humanos no Brasil e o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ. In: Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos. Org. RAUTER, Cristina, PASSOS, Eduardo & BENEVIDES. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais – RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002. Regina. Rio de Janeiro: 2002.

COIMBRA, Cecília & NASCIMENTO, Maria Lívia. Ser jovem, ser pobre é ser perigoso? Ano 2004, acessado no dia 01.03.2006 na página [http://www.slub.uff.br/textos\\_procurar2.php?tp=t](http://www.slub.uff.br/textos_procurar2.php?tp=t).



\_\_\_\_\_. Jovens pobres: o mito da periculosidade. Em Paulo César Pontes Fraga e Jorge Atílio Silva Iunianelli (orgs.) *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.

COTRIM, G. *Fundamentos da Filofosia*. São Paulo: Editora Saraiva, 1997.

CORNU, Roger. Le voisin sait bien des choses. In: *Reconnaissances du travail. Pour une approche ergologique*. Org. Yves Schwartz. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

COSTA, Jurandir F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DAMÁSIO, António. *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

\_\_\_\_\_. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a Filosofia*. Porto (Portugal): RÉS-Editora, sd.

\_\_\_\_\_. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988a.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 2000.

\_\_\_\_\_. *Pós-Scriptum sobre a Sociedade de Controle*. Em *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

\_\_\_\_\_. *Espinosa Filosofia Prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Ed. 34, 1997.

\_\_\_\_\_. *Diferença e Repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 1988b.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. *Mil Platôs*, vols. 1. 2 . 3. 4. e 5. São Paulo: Editora 34, 1995, 1996 e 1997.

DEROSE, L.S.A. *Faça Yôga antes que você precise*. São Paulo: Editora União Nacional de Yôga, 1995.

DESVIAT, Manuel. *A reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DO EIRADO, A. e PASSOS, E. *A noção de autonomia e a dimensão do virtual. Estudos em Psicologia.*, 2004 (no prelo)

DREYFUS, H. & RABINOW, P. – *Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da Razão – Médicos, Loucos e Hospícios*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESPINOSA, Baruch. *Os Pensadores*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar de punir: nascimento da prisão*. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Editora, 2004.

\_\_\_\_\_. *O nascimento do Hospital*. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993a.

\_\_\_\_\_. *A casa dos loucos*. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993b.

\_\_\_\_\_. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970 – 1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1997.

\_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000a.

\_\_\_\_\_. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. *“Omnes et Singulatim”*: uma Crítica da Razão Política. In: *Ditos & Escritos IV*. Forense Universitária. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000b.

\_\_\_\_\_. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003.

\_\_\_\_\_. A arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.

\_\_\_\_\_. A ordem do discurso. 12ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2005b.

\_\_\_\_\_. Le pouvoir psychiatrique. France: Gallimar/Seuil: 2003.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

GUATTARI, Félix. As Três Ecologias. Campinas (SP): Papyrus Editora, 2000.

\_\_\_\_\_. Linguagem, consciência e sociedade. Em: *Saúde e Loucura*. Nº 2, São Paulo: Hucitec, sd.

\_\_\_\_\_. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

\_\_\_\_\_. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

GRIFFITHS, Paul. A música moderna. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1987.

HARDT, Michael. Gilles Deleuze: Um aprendizado em Filosofia. São Paulo: Ed. 34, 1996.

HARDT, Michael & NEGRI, Antonio. Multidão. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

\_\_\_\_\_. O trabalho de Dioniso – para a crítica do Estado pós-moderno. Juiz de Fora (MG): Editora UFJF – Pazulin, 2004.

HARNECKER, M., & URIBE, G. Explorados e Exploradores. São Paulo: Global Editora, 1979.

HOCHMAN, Jacques. Hacia uma psiquiatria comunitaria. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1971.

HOLST, Imogen. Opus 86: A B C da música. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin. Tratado de Psiquiatria. 6ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed, 1999.

\_\_\_\_\_. Compêndio de Psiquiatria. 6ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed, 1993.

KÁROLYI, Otto. Introdução à música. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

KOYRÉ, Alexandre. Do Mundo Fechado ao Universo Infinito. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

KUHN, Thomas S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 2006.

\_\_\_\_\_. O caminho desde A ESTRUTURA. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

LA BOÉTIE, Etienne De. Discurso da Servidão Voluntária. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.

LAING, R. D. A voz da experiência: experiência, ciência e psiquiatria. Petrópolis (RJ): Vozes, 1988.

LAPLANCHE J. & PONTALIS B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1988.

LEDOUX, Joseph. O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LISPECTOR, Clarice. Um sopro de vida (pulsações). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1978.

LOBO, Lilia. Movimento Eugênico: Tribunal de Todos os Desvios. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2003.

\_\_\_\_\_. Deficiência: prevenção, diagnóstico e estigma. Em: Barros, Leitão & Rodrigues (org) *Grupos, instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1991.

LOURAU, René. Analista Institucional em tempo integral. Org. Sônica Altoé. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, Roberto et al. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACIEL JÚNIOR, Auterives. Nomadização dos espaços Urbanos. In: Memória e Espaço. Org. Icléia Thiesen Magalhães Costa & Jô Gondar. Rio de Janeiro: Viveiro de Castro Editora, 2000.

MAFFESOLI, Michel. A parte do diabo. Resumo da subversão pós-moderna. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

\_\_\_\_\_. Sobre o Nomadismo – Vagabundagens Pós-Modernas. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

MARX, K. O Capital – Crítica da economia política. Vol. 1, 21ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MATOS, Evandro Gomes et al. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 2005; 27(3):312-318.

MATURANA ROMESÍN, Humberto & VARELA GARCÍA, Francisco J. De Máquinas e Seres Vivos: Autopoiese – A Organização do Vivo. Porto Alegre (RS): Artmed, 2002.

MILLECCO FILHO, Luís A., BRANDÃO, Maria Regina E., MILLECCO, Ronaldo P. *É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MORIN, Edgar. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005 a.

\_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre (RS): Sulina, 2005 b.

\_\_\_\_\_. *O método I: A natureza da natureza*. Porto Alegre (RS): Editora Sulina, 2005 c.

\_\_\_\_\_. *Por uma reforma do pensamento*. In: *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Org. Pena-Veja, Alfredo & Nascimento, Elimar Pinheiro do. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

NASCIMENTO, Rogério. *O-be-de-cer: o “abcd” do princípio da autoridade, ou da covardia*. In.: *Verve – Revista do NU-SOL – Núcleo de Sociabilidade Libertária/ Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais*, São Paulo: PUC, 2002.

NASCIUTTI, Jacyara. *Pensando a Desinstitucionalização: alguns aspectos institucionais e das representações sociais*. In. EM Vasconcelos e T. Furtado (org.), *Saúde Mental e desinstitucionalização: reinventando serviços*. Cadernos do IPUB n.º 7, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

NEGRI, Antonio. *O poder constituinte*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NIETZSCHE, F. *O nascimento da Tragédia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

NUNES, Antonio Carlos S. & BERTELLO, Maria Augusta. *Palavra em Ação: História*. Uberlândia (MG): Clarauto Editora, 2003.

OMS & OPAS: *Organização Mundial de Saúde & Organização Pan-Americana da Saúde*. *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Relatório sobre a saúde no mundo. Organização Mundial de Saúde, 2001.

PASSOS, Eduardo. & BENEVIDES, Regina. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Abr 2000, v. 16, n.1.

\_\_\_\_\_. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC-RJ)*, PUC-RJ, v. 13, n. 1, 2001.

\_\_\_\_\_. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. Ano: 2003. Acessado em 03.01.2006 na página : [http : // www . slab . uff . br / textos \\_ procurar2.php?tp=t,](http://www.slab.uff.br/textos_procurar2.php?tp=t,)

\_\_\_\_\_. Comunicação oral – aulas no mestrado de psicologia da Universidade Federal Fluminense. Título da disciplina: Subjetividade e Clínica. Niterói: 2005/2006.

PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. Usina de Intensidades. In: Revista de Gestalt, número 9. Departamento de Gestalt Terapia – Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo: 2000.

PELBART, Peter Pål. Da clausura do Fora ao Fora da Clausura. São Paulo: Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. A Vertigem Por Um Fio – Políticas da Subjetividade Contemporânea. São Paulo: Editora Iluminuras, 2000.

\_\_\_\_\_. Vida Capital – ensaios de biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

PERLS, Frederick. Isto é Gestalt. Summus Editorial, 1977.

PESSOTI, Isaias. Os Nomes da Loucura. 1ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 2001a.

\_\_\_\_\_. O Século dos Manicômios. 1ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 2001b.

\_\_\_\_\_. A Loucura e as Épocas. 1ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 2001c.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PITA, Ana. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO

NACIONAL DE SAÚDE. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – cuidar sim, excluir não. In: cadernos de textos. Brasília: 2001.

PRIGOGINE, Ilya. O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.

QUINTANA, Mário. Sapato Florido. São Paulo: Globo, 2005.

RAUTER, Cristina. Oficinas para que? Uma proposta Ético-Estético-Politica para oficinas terapêuticas. Amarante, P. (org.). In: *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz (RJ), 2000.

\_\_\_\_\_. A memória como campo intensivo: Algumas direções a partir de Deleuze, Nietzsche e Proust. Fonseca, T.G. & Francisco, J. (orgs.) *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre (RS): Editora da Universidade/UFRGS, 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica do Esquecimento: Construção de uma Superfície. Tese de Doutorado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP, 1998.

\_\_\_\_\_. Comunicação oral – aulas no mestrado de psicologia da Universidade Federal Fluminense. Título da disciplina: Subjetividade, Tempo e Criação. Niterói: 2005/2006.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A. & Costa, N. R. *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1987.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade – subjetividade em tempo de globalização”; In: Lins, D. (org.) *Cultura e subjetividade – saberes nômades*, Campinas/SP: Papyrus, 2000.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SADER, Eder. Quando novos personagens entraram em cena. Experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-80). Ed. Paz e Terra: mimeo.



SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Mimeo.

SILVA, Aracy Lopes da, NUNES, Angela, MACEDO, Ana Vera Lopes da Silva. Crianças indígenas: ensaios antropológicos. São Paulo: Global, 2002.

STENGERS, Isabelle & CHERTOK, Léon. O Coração e a Razão – a hipnose de Lavoisier a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

STENGERS, Isabelle. A invenção das ciências modernas. São Paulo: Editora 34, 2002.

STERN, Daniel. O mundo Interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre (RS): Ed. Artes Médicas, 1992.

SZASZ, Thomas S. A Fabricação da Loucura – um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento da Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

\_\_\_\_\_. O mito da doença mental. Rio de Janeiro: 1979.

VALLA, V. & STOTZ, E. (org.). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

\_\_\_\_\_. Educação, Saúde e Cidadania. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1996.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O Controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não. Cadernos de Textos. Brasil: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. In. EM Vasconcelos e T. Furtado (org.), Saúde Mental e desinstitucionalização: reinventando serviços. Cadernos do IPUB n.º 7, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

\_\_\_\_\_. Reinvenção da Cidadania, Empowerment no campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. In.: Ensaio:

Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Paulo Amarante (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

VAUCLAIR, Sylvie. Sinfonia das estrelas. São Paulo: Globo, 2002.

VILLAVERDE, Léo. Biocosmos o universo vivo. São Paulo: Editora Cultrix, 2000.

VIGOTSKI, L. S. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

VIRNO, P. Multidão e princípio de individuação, mimeo.

WATZLAVICK, Paul, BEAVIN, Janet, DON, Jackson. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Editora Cultrix, 2005.

WEINGARTEN, R. O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suportes mútuos e militância. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia e Projeto Transversões, 2001.

WISNIK, José Miguel. O som e o sentido. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

## ANEXOS 1

## Portarias em Saúde Mental

ÍTEM 1 - Considerando os avanços da invenção dos dispositivos substitutivos ao modelo manicomial/hospitalocêntrico, teremos inspirados na lei de autoria do deputado Paulo Delgado, a Legislação Federal (C.F. Ministério da Saúde, 2004) que vem sancionar medidas de proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos, a saber:

Em 10 de novembro de 1999, a lei de n. 9.867 vem garantir a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, com finalidade de integração social dos cidadãos que possam estar em desvantagens no mercado econômico.

Em 06 de abril de 2001, a lei de n. 10.216 vem dispor ‘sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental (op. cit. pg. 17).

Em 28 de maio de 2003, teremos o decreto (ibid. pg. 22) que

**institui Grupo de Trabalho Interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.**

Em 31 de julho de 2003, a lei de n. 10.708 vem instituir o ‘auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (ibid. pg. 23).

Na esfera estadual teremos nove leis em vigor, todas inspiradas na perspectiva do Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. A lógica contida nestas leis versa a respeito de um processo substitutivo progressivo do modelo assistencial manicomial por outros dispositivos e serviços. ‘Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais’ (ibid. pg. 27).

Para dar luz às inúmeras portarias do Ministério da Saúde, desde os anos de 1991 a 2004, concernentes à causa da reforma em saúde mental, apresentarei de forma sumária os comentários acerca de cada uma:

<b>Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002.</b>	Esta portaria versa sobre a saúde no sistema prisional. Estabelecendo instrumentos para a garantia da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde destinada aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se a saúde mental. ‘Esta iniciativa inédita permitirá não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciários’ (ibid. pg. 92).
---	---

## Portarias do Gabinete do Ministro da Saúde:

<b>1 - Portaria GM n. 1.720, de 4 de outubro de 1994</b>	Esta portaria se refere à adesão do Brasil à comemoração do dia 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental, confirmando a importância da esfera da saúde mental.
<b>2 – Portaria GM n. 1077 de 24 de agosto de 1999</b>	Vem dispor sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica. ‘Assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental (ibid., pg. 99).
<b>3 – Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000</b>	Dispõe sobre a criação e regulamentação dos ‘Serviços Residenciais Terapêuticos’. A importância desta portaria concerne na consolidação do processo de invenção substitutiva de dispositivos que se desviem da lógica da ‘hospitalidade’ do manicômio.
<b>4 – Portaria GM n. 799, de 19 de julho de 2000.</b>	Portaria que propõe a auditoria especial nos serviços de saúde mental. ‘Determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no país’(ibid. pg. 108).
<b>5 – Portaria GM n. 1220, de 7 de novembro de 2000.</b>	Dispõe sobre a regulamentação da Portaria/GM/MS n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, com a finalidade de cadastro e financiamento no SAI/SUS.
<b>6 – Portaria GM n. 175, de 7 de fevereiro de 2001.</b>	Se refere a constituição e definição da equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que estará atuando na assistência e na supervisão das ações dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
<b>7 – Portaria GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002.</b>	Dispõe sobre ‘o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária (ibid. pg. 124).
<b>8 – Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.</b>	Vem acrescentar novos parâmetros aos que já comparecem pela Portaria de n. 224/92 para a área ambulatorial. Amplia-se a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, propondo condições diferenciadas dos portes de cada unidade a partir de critérios populacionais. Redireciona novos serviços na atenção de álcool e outras drogas, bem como à infância e adolescência. Dispõe, por seu turno, a respeito de mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.
<b>9 – Portaria GM n. 626, de 1 de abril de 2002.</b>	‘Portaria que determina que os recursos destinados ao custeio dos CAPS definidos na Portaria SAS n. 336 e n. 189 sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e compensação (FAEC), sendo recursos extra-teto, garantindo também a utilização dos mesmos para os procedimentos previstos. Define também, o plano de expansão da rede de CAPS no País para 2002 (ibid. pg. 140).
<b>10 – Portaria GM n. 816, de 30 de abril de 2002.</b>	Dispõe acerca do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas no domínio do Sistema Único de Saúde.
<b>11 – Portaria GM n. 817, de 30 de abril de 2002.</b>	Estabelece a inclusão na Tabela de Procedimentos SIH-SUS dos procedimentos concernentes à internação por uso insidioso de álcool e drogas.

<b>12 – Portaria GM n. 1.467, de 14 de agosto de 2002.</b>	‘Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS (ibid. pg. 157).
<b>13 – Portaria GM n. 2.103, de 19 de novembro de 2002.</b>	Refere-se à homologação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados no ano de 2002.
<b>14 – Portaria GM n. 1.635, de 12 de setembro de 2002.</b>	‘Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas (ibid. pg. 165).
<b>15 – Portaria GM n. 2.391, de 26 de dezembro de 2002.</b>	Dispõe sobre a notificação das internações psiquiátricas involuntárias. ‘Define critérios e mecanismos para acompanhamento sistemático, pelo Ministério Público e instâncias gestoras do SUS, das internações psiquiátricas involuntárias, configurando-se como um dos pontos necessários de regulamentação da Lei n. 10216 (ibid. pg. 177).
<b>16 – Portaria GM n. 457, de 16 de abril de 2003.</b>	Se refere a criação de grupo de trabalho interministerial (GAOD) para estabelecer uma política de saúde referida à área de álcool e outras drogas.
<b>17 – Portaria GM n. 1.455, de 31 de julho de 2003.</b>	Estabelece a transferência de incentivo financeiro para compra de equipamentos para todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003.
<b>18 – Portaria GM n. 1.946, de 10 de outubro de 2003.</b>	‘No dia Mundial da Saúde Mental – no ano de 2003 dedicado à saúde mental da criança e do adolescente – o Ministro de Estado da Saúde, pela presente portaria, cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes como espaço de articulação intersetorial (ibid. pg. 205).
<b>19 – Portaria GM n. 1.947, de 10 de outubro de 2003.</b>	Vem dizer sobre a aprovação do Plano Estratégico para a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e a Adolescência, com a precisão da implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até 2004.
<b>20 – Portaria GM n. 2.077 de 31 de outubro de 2003.</b>	‘Esta portaria regulamenta a Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa ‘De Volta Para Casa’. Define os critérios de cadastramentos dos beneficiários do Programa, de habilitação dos municípios e de acompanhamento dos benefícios concedidos’(ibid., pg. 224).
<b>21 – Portaria GM n. 2.078, de 31 de outubro de 2003.</b>	Dispõe sobre a criação da Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, sendo composta pelos representantes de diversos segmentos e instituições da área, sendo coordenada pela Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS.
<b>22 – Portaria GM n. 52, de 20 de janeiro de 2004</b>	Refere-se à criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004. Vem reafirmar a diretriz política da progressiva redução dos leitos psiquiátricos. Os três elementos fundamentais desta portaria versam sobre: a redução progressiva dos leitos; estimular à pactuação entre os gestores e prestadores de serviços para que a redução se dê de forma planejada; redirecionar os recursos financeiros destinados à internação direcionados, por seu turno, à atenção extra-hospitalar em saúde mental.
<b>23 – Portaria GM n. 53, de 20 de janeiro de 2004.</b>	‘Estabelece novos procedimentos no SIH-SUS referentes ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004’(ibid., 236).

Apresentaremos as portarias das Secretarias do Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade e melhorias à qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais.

<b>1 – Portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991.</b>	Vem dispor sobre a alteração do financiamento das ações e serviços de saúde mental. Evidencia que o nível central do SUS como principal financiador do sistema público, ‘oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que se seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado’(ibid., pg. 242).
<b>2 – Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992.</b>	Vem regulamentar o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. ‘Além da incorporação de novos procedimentos à tabela SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio’(ibid., pg. 252).
<b>3 – Portaria SAS n. 407, de 30 de junho de 1992.</b>	Dispõe a respeito do código de procedimento transitório para aqueles hospitais psiquiátricos quando do não cumprimento na íntegra da Portaria SNAS/MS n. 224/92. A portaria n. 407 vem definir mínimas exigências e mecanismos para habilitação neste procedimento.
<b>4 – Portaria SAS n. 408, de 30 de dezembro de 1992.</b>	Vem dispor sobre todos os códigos de procedimento da assistência psiquiátrica, regulamentando o cadastramento dos serviços.
<b>5 – Portaria SAS n. 88, de 21 de julho de 1993.</b>	Regulamenta a prorrogação de validade do código de procedimento Internação Psiquiatria III.
<b>6 – Portaria SAS n. 145, de 25 de agosto de 1994.</b>	Vem criar ‘um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor’ (ibid. pg. 263).
<b>7 – Portaria SAS n. 147, de 25 de agosto de 1994.</b>	‘A exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma susceptível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica, é o objetivo desta portaria, que teve grande importância na qualificação do atendimento realizado pelos hospitais, no período de 1994 a 1996. Ainda hoje, ela é um instrumento normativo importante para os gestores’ ( ibid.,pg 268).
<b>8 – Portaria SAS n. 111, de 3 de abril de 2001.</b>	Em apontar sobre as alterações de emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de identificação 5, destinada às internações de longa permanência.
<b>9 – Portaria SAS n. 77, de 1 de fevereiro de 2002.</b>	‘Exclui os procedimentos do Grupo Internação Psiquiátrica IV da Tabela do SIH-SUS, criando novos procedimentos a partir da publicação da Portaria GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002, que institui o PNASH-Psiquiatria’ (ibid., pg. 272).
<b>10 – Portaria SAS n. 189, de 20 de março de 2002.</b>	Vem dispor a respeito de novos procedimentos ambulatoriais no interior da tabela do SIA-SUS, cumprindo o que já está contido pela Portaria GM n. 336/2002, ampliando o financiamento daqueles serviços.
<b>11 – Portaria SAS n. 305, de 3 de maio de 2002.</b>	Diz respeito à aprovação das normas de funcionamento e do cadastramento do CAPS destinado à atenção de pacientes com transtornos provenientes do uso prejudicial

	ou da dependência de álcool e outras drogas.
<b>12 – Portaria SAS n. 728, de 10 de dezembro de 2002.</b>	‘A portaria redefine os procedimentos de atendimento em oficinas terapêuticas, distinguindo aqueles voltados aos portadores de deficiência mental daqueles destinados aos portadores de transtornos mentais’ (ibid., pg. 300).
<b>13 – Portaria SAS n. 1.001, de 20 dezembro de 2002.</b>	Dispõe da definição e da classificação dos hospitais psiquiátricos do SUS, ‘com sua correspondente remuneração, a partir do resultado da avaliação do PNASH/Psiquiatria – 2002’ (ibid., pg. 310).
<b>14 – Portaria SAS n. 150, de 18 de junho de 2003.</b>	Vem homologar os resultados das revisórias efetuadas nos hospitais psiquiátricos que não alcançaram a pontuação mínima de 61%, indicada pelo PNASH/Psiquiatria 2002, quando da primeira vistoria.
<b>15 – Portarias de Cadastramento do CAPS entre os anos de 2002 e 2003.</b>	Podendo ser consultadas pelo site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a> .

ÍTEM 2 - Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde – (Ministério da Saúde, 2004, ibid., pg. 339), apontará para uma extensa e urgente agenda vai se impondo para os anos de 2004:

- 1 – Consolidação de uma efetiva política que garanta o acesso ao tratamento no SUS para usuários de álcool e outras drogas;
- 2 – Consolidação e aperfeiçoamento da rede de CAPS;
- 3 – Construção da política intersetorial de saúde mental para crianças e jovens;
- 4 – Redução dos leitos hospitalares, conforme define a Portaria n. 52/2004, e potencialização dos serviços de saúde mental em hospitais gerais;
- 5 – Equacionamento do desafio da “saúde mental nas grandes metrópoles”;
- 6 – Aprofundamento da estratégia da saúde mental na atenção básica;
- 7 – Aprofundamento das ações intersetoriais entre justiça, direitos humanos e saúde, especialmente nos seguintes campos: adolescentes em conflito com a lei, legislação e procedimentos judiciais relativos ao uso de substâncias, legislação de controle da venda e propaganda de bebidas alcoólicas, pacientes mentais que cometem delitos, e outros;
- 8 – Formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica.

ÍTEM 3 – Dos desafios do contemporâneo:

**Como se apresenta o desafio da equidade hoje ?-O desafio central da equidade é assegurar serviços disponíveis, qualidade da atenção, continuidade do cuidado, integração dinâmica com a vida cotidiana dos clientes – em todas as regiões do país, nos bairros pobres, nas favelas. Problema mais visível: o acolhimento aos transtornos mentais menores (os CAPS não dão conta, a rede básica não faz – por falta de orientação nossa). Equidade e acesso são complementares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 2).**

ÍTEM 4 – Da situação dos ambulatórios em saúde mental em 2005.

**A rede ambulatorial – podemos considerar que superamos a dicotomia CAPS versus ambulatórios. Os CAPS não podem reduzir-se à configuração de ambulatórios, por sua função estratégica de ordenação da demanda no território. Mas precisam dos ambulatórios,**

**para garantir a acessibilidade, especialmente para os transtornos mentais menores (que, sabemos, não são “menores” no sofrimento que impõem às pessoas, e também exigem um acolhimento complexo). Aqui, nossa informação é muito baixa: faltam dados sobre número e configuração dos serviços. O ponto de articulação dos ambulatórios – em um mesmo território, ou entre diversos territórios – deve passar pelos CAPS. Os ambulatórios tradicionais (exemplo: oriundos do antigo INAMPS) estão sendo progressivamente desativados, pela diminuição da força de trabalho e inexistência de novas contratações. Compete a cada gestor definir o papel que os ambulatórios devem ter em seu município ou região. Novo levantamento sobre os ambulatórios e suas configurações (porte, capacidade, número de profissionais, local de funcionamento) começou a ser realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (op. cit., p.04).**

ÍTEM: 5 - Parte da Portaria SNAS N. 224/92 quando dá a visibilidade sobre as normas para o funcionamento ambulatorial (grifos nossos).

Portaria SNAS N. 224 /92 , 29 de janeiro de 1992.

PUBLICADO NO DOU DE 30.01.92

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto N? 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n?. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

Resolve:

1 - DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2 - NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
(SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório



1.1 - **O atendimento em saúde mental** prestado em nível ambulatorial **compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas** nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 - **Os critérios de hierarquização e regionalização da rede** bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 - **A atenção aos pacientes** nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- **atendimento individual** (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- **atendimento grupal** (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares **por profissional de nível médio** ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, **as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:**

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;;
- atividades comunitárias.

A **equipe técnica de Saúde Mental** para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) **ou com equipe integrada por outros profissionais** (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). **No ambulatório especializado**, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), **cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local**.

ANEXOS 2

Documentos oficiais do Ministério da Aeronáutica

**RESERVADO**

MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA  
GABINETE DO MINISTRO

Em MAR 1971  
De ordem do P.T.  
Cio 17-8-71  
ALLADYR RAMOS BRAGA  
Chefe do Gabinete do DOPS/GB.

**PROTÓCOLO**  
S. B. O.  
Em 19.03.71

N.º 0610  
A 17-8-71

1. ASSUNTO ..... Denominação de bandos terroristas  
2. ORIGEM ..... CISA  
3. DIFUSÃO ..... SMI/AC - CIE - CENIMAR - DSI/NJ - DSI/MRE - DSI/IF - DSI/MT -  
DSI/MA - DSI/MEC - DSI/MLPS - DSI/MS - DSI/MEE - DSI/MIC - DSI  
RPG - DSI/NI - DSI/NE - DIS/COZAE.1,2,3,4,5,6 - DRP/ER -  
DOPS/GB - CISA/ER

DOPS/DI  
CONFIDENCIAL  
N.º 1142  
EM 28.13.71

SB  
PROTÓCOLO  
N.º 98  
INFORMAÇÃO N.º 156 /CISA - RJ  
CB 19.3.71  
DO DOPS

MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA  
CISA  
GABINETE DO MINISTRO

A imprensa noticia e os Órgãos de Informações costumam referir-se aos bandos terroristas e subversivos que agem no território nacional, como "ORGANIZAÇÃO". É comum ler-se que a Organização VPR, a Organização ALN, a Organização VPR-3, etc, realizou essa ou aquela AÇÃO...

A conotação que o termo "Organização" sugere, é o de uma verdadeira "Instituição", algo assim como a Organização das Nações Unidas, a Organização dos Estados Americanos, etc, dando ao público uma visão distorcida e permitindo que o bando terrorista se apresente ao público como coisa organizada, bem estruturada, solidificada baseada em filosofia, doutrina e propósitos profundamente fundamentados, como se fôr uma Instituição de Amparo a Infância ou Associação dos Pais de Família...

Por outro lado, a notícia do cometimento de uma AÇÃO apresenta um conotativo de força, energia, batalha.

Parece-nos que é inteligente substituir a palavra "Organização" pela palavra "bando", cuja conotação sugere "quadrilha de ladrões", "banditismo", dando a idéia de ilegalidade, amoralidade, falta de civilidade.

A palavra "AÇÃO" substituída por "assalto", "crime", "roubo", "chantagem", "assassinato", etc, dará ao público a idéia depreciativa do acontecido, despidida de conotação de força, energia, batalha, ressaltando o sentido de injustiça, arbitrariedade, desespero, brutalidade, mesquinhez.

Este Centro a partir de 1.º de abril próximo passará a utilizar em seus documentos essas palavras, entretanto, gostaria de até essa data receber, da parte da Comunidade de Informações, ponto de vista contrário, se fôr o caso.

Se não vier a ocorrer essa hipótese, sugero que o SMI e o NJ, em seu relacionamento com os diretores de órgãos de imprensa, busquem a cooperação desses veículos, no sentido de evitarem as palavras "Organização" e "Ação", substituindo-as por "bando", "assassinato", "roubo", etc.////

**RESERVADO**

DOCUMENTO (Art. 63 - Dec. N.º 60.417/66) Regulamento para Salvaguarda de Assuntos Siguosos

## ANEXOS 3

## Relatório sobre resultados de estudo a respeito de grupo terrorista

RELATÓRIO CONFIDENCIAL

Resultados conclusivos sobre o estudo e interpretação do teste de Rorschach, aplicado a um grupo de terroristas solicitado pelo 1º Exército.

O grupo examinado era constituído de elementos de ambos os sexos, com nível de escolaridade da 6ª média e superior.

FONTES DE CONSULTA

Na estudo dos protocolos, adotamos as seguintes critérios:

- a) Para levantamento das Determinantes e Conteúdos, utilizamos o "Atlas e Dicionário" (padrões preliminares para o meio brasileiro), elaborado pelo Serviço de Pesquisa e Ensino do BCP, sob a coordenação da psicóloga Monique Augras.
- b) Para a interpretação dinâmica, seguimos a Escola de Klopp, assim como consultamos o livro "Teoria e Prática do teste de Rorschach", de autoria da psicóloga Izabel Agrados.

TRAÇOS DOMINANTES DO GRUPO:

Os "terroristas", em sua maioria, revelaram como traços dominantes:

- a) Estabilidade emocional e afetiva, precária;
- b) dificuldades de adaptação e ajustamento;
- c) atitude oposicionista, voltando sua agressividade para terceiros, ou contra o próprio Ego;
- d) escasso interesse humano e social (atitude anti-social);
- e) pensamento rígido e índice de estereotipia elevado;



## *ANEXOS:4*

Entrevista com Dr. Domingos Sávio:.

### 1 – APRESENTAÇÃO:

Meu nome é Domingos Sávio do Nascimento Alves, sou médico neurologista e sanitarista. Trabalhei quase toda a minha vida no setor público, no Ministério da Saúde. Desde 2000 eu sou presidente do Instituto Franco Basaglia que é uma entidade que luta pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

### 2 – Da concepção do ambulatório de saúde mental:

O ambulatório foi concebido, nas suas diversas formas de organização, no final da década de 20 e início da década de 30 nos Estados Unidos a partir dos Centros de Saúde pela necessidade de redução dos fatores de risco da população americana com indicadores epidemiológicos muito ruins: alta mortalidade infantil, p.ex. Então diversos centros de saúde foram abertos no país, sobretudo, no interior, financiados pela fundação Rockfeller. O termo ambulatório usado nos Estados Unidos para estes centros já era usado antes na clínica por conta dos atendimentos a pacientes que estiveram submetidos a cirurgias. O termo se disseminou a partir da experiência americana, mas, ele é um termo antigo da clínica. Das pessoas que nos hospitais – sobretudo nos hospitais filantrópicos antigos – eram atendidos fora da enfermaria, chamados então pacientes de ambulatório. De qualquer forma a influência americana é muito grande, porque este modelo de formação dos profissionais é um modelo “flexneriano”, de Flexner, que no início da década de trinta, que se tornou o modelo hegemônico de ensino e prática da medicina em todo mundo ocidental. Sobretudo, no Brasil, que a partir da década de 50 sofreu a influência da medicina americana.

### 3 - Modelo de intervenção do ambulatório reflete a internação:

O nosso modelo de intervenção no ambulatório é o ambulatório que reflete a internação. O ambulatório é organizado por clínica, segmentado e quem anda é só o paciente. Técnico do ambulatório não anda. A gente aprendeu assim. Durante os nossos cursos no campo da saúde. E eu fui perceber isso quando fui Diretor do Hospital Manfredini, no Rio de Janeiro, percebendo que dos técnicos do ambulatório nenhum deles conhecia os bairros das pessoas que eram atendidas ali, nenhum! Os técnicos da enfermaria, basicamente todos conheciam os bairros daquela região, porque tinham feito visitas domiciliares e os profissionais do ambulatório não! E olha que isso era um ambulatório humanizado! Era o que havia de mais moderno na saúde pública do Rio de Janeiro! Um ambulatório que tinha consulta marcada, que tinha agenda, que tinha remarcação. Tinha fornecimento de medicamentos, tinha interconsulta de neurologia, tinha eletro etc. Esse era o padrão de negação inclusive do antigo serviço precário e desumano dos PAMS do INAMPS, em atendimentos que as pessoas sequer sentavam! Era fila, pegar a senha etc.

### 4 – O ambulatório que funciona com diversos saberes fundados no modelo biológico: com base no diagnóstico.

O ambulatório de fato se configurou com uma reprodução do modelo biológico, não só na medicina, mas em todos os campos, quer dizer, estou falando do biológico, inclusive para os outros campos do conhecimento. Estou falando da psicologia, estou falando da musicoterapia, estou falando da terapia ocupacional e estou falando do serviço social. Estou falando do modelo biológico, mantendo sempre uma determinada hierarquia com base no diagnóstico. O domínio, a organização do serviço, se faz a partir de quem presta o serviço, o conhecimento dos técnicos e, portanto, você cria uma hierarquia invertida. Você não atende aquela demanda, você atende a sua capacidade de atender aquela demanda. Este ambulatório naturalmente se mostrou incapaz de demonstrar resultados satisfatórios, sobretudo, para os clientes mais graves.

#### 5 – Dos transtornos leves:

Para as pessoas com transtornos menores ele até se mostrou com uma certa efetividade, as pessoas são atendidas de uma certa forma, com uma certa privacidade, ou se o atendimento em grupo com técnicos com uma certa capacidade teórica e com formação adequada.

#### 6 – Da configuração para atender a capacidade dos técnicos:

O problema é que este ambulatório ele se configura, de novo, para responder à capacidade dos técnicos e não se configura para atender a demanda. Primeiro: se ele não se organiza desta forma, ele em geral não conhece o cliente. Segundo: não vive e não compreende o social daquele cliente que está chegando. Terceiro: ele se organiza com base no diagnóstico. Você cria um ambulatório de esquizofrenia, um ambulatório de pânico, um ambulatório de doença afetiva com o pressuposto da racionalização. A desculpa, o pretexto é a racionalização. É racionalizar custos etc e tal.

#### 7 - Dos procedimentos pergunta – resposta:

Na verdade você oferece um tipo de cuidado que prevalece o diagnóstico e prevalece como se conceitua como pergunta – resposta.

#### 8 – Da questão da saúde mental: o problema e não o diagnóstico.

Quando na verdade, sobretudo, no campo da saúde mental, o que está em questão é o problema e, não, o diagnóstico.

#### 9 – Da contribuição dos ambulatórios desde a década de 80 diminuindo as internações, mas, não atendendo os casos mais graves.

No campo da saúde mental, algumas afirmações poderemos fazer. Poderemos dizer, por exemplo, que a ampliação e o aumento dos ambulatórios na década de 80 diminuiu o número de leitos psiquiátricos, isso é verdade! Agora, o que a gente pode afirmar, também com segurança, é que o ambulatório acabou se prestando a receber não a clientela mais grave e mais necessitada. Ele se prestou a receber algumas pessoas que iam para o hospital psiquiátrico mas com problemas que não precisavam do nível de organização tão potente como o do ambulatório. Poderemos então afirmar. Primeiro: A abertura dos ambulatórios dificultou a ampliação dos leitos psiquiátricos. Segundo: o ambulatório não conseguiu, dado este modelo de organização e de concepção, dar respostas efetivas para os pacientes graves. Porque os pacientes graves a gente tem que trabalhar com os problemas e não com diagnósticos, como já fiz referência.

#### 10 – Do surgimento do CAPS: um ambulatório para consertar o ambulatório.

Com o surgimento do CAPS – o Caps o que é que é? O Caps é um ambulatório que surgiu para consertar o ambulatório. Por isso se criou um ambulatório que veio para consertar um ambulatório que não funcionava. Com o mesmo número de pessoas, com o mesmo número de profissionais, das mesmas categorias profissionais elencadas num bom ambulatório de saúde mental, você construiu uma estratégia que pudesse acolher pacientes graves e dar uma resposta efetiva. E aí você já partiu do pressuposto de negação do diagnóstico como elemento principal do cuidado, você parte do pressuposto que aquele serviço está aberto, tem que acolher, você tem que ser gerenciador do cuidado, você não pode negar cuidado.

### 11 – Do modelo consagrado do ambulatório: o mecanismo ao – ao!

Dada a configuração do CAPS, o mecanismo chamado ao – ao ... do médico ao psicólogo, de um ao outro. Este mecanismo no Caps não funciona. Não faz sentido. Porque os atendimentos são feitos boa parte em grupo, você trabalha com uma equipe multiprofissional com a perspectiva da interdisciplinaridade, então você não cai no ao – ao!

Que é o modelo que o ambulatório consagrou! A pessoa vai passando de clínica em clínica, de profissional em profissional. O Caps se organiza de forma diferenciada, para responder a esta desqualificação que o ambulatório se propiciou. Não foi na concepção do ambulatório, foi ele que se deformou no curso dos anos!

### 12 – A pergunta que as pessoas fazem: tem lugar para o ambulatório?

Eu tenho dito que sim, claro! O Caps é um ambulatório! Ele pode até ter cama! No Caps III pode ter cama para as pessoas dormirem! Ele tem cama, não tem leito, tem cama para as pessoas dormirem! Ele não tem soro pendurado, ele não tem um dispositivo de alta sofisticação, não tem médico de plantão à noite. Ele tem cama para as pessoas dormirem! O ambulatório, primeiro, ele tem lugar na assistência. Segundo ele tem que ser considerado como um recurso importante até porque não tem cabimento você estar abrindo Caps, espalhando para todo o lado, porque isto tem um custo e deve ser considerado. É uma questão até de responsabilidade do gestor!

### 13 – da Acessibilidade como questão fundamental:

Agora, o que o ambulatório tem que responder é uma questão que é desenvolvida pelo Benedetto Sarraceno – Diretor do Programa de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde. Ele coloca como principal qualidade para um serviço é que ele seja acessível! E ele elenca três quesitos de acessibilidade: o primeiro óbvio, é o local. O ambulatório é próximo das pessoas? Ele tem fácil acesso por ônibus, e outras vias? Tem que ficar próximo das pessoas. As pessoas têm problemas e precisam ser atendidas e voltar para a sua vida. É isso que estamos propondo! Que as pessoas sejam atendidas no seu território, ou seja, o conceito geopolítico de território. Um conceito de lugar, próximo das pessoas, e que para as pessoas este lugar tenha um pertencimento a elas. Do ponto de vista dos laços culturais, das relações sociais e de cuidado de saúde com aquele lugar chamado ambulatório. Se o ambulatório tiver próximo das pessoas, ele estará respondendo ao primeiro quesito, que é o quesito geopolítico da acessibilidade. O segundo quesito de acessibilidade, é o tempo de funcionamento. O ambulatório que abre às 9:00 e fecha às 16:00 é muito bom para os profissionais. Ele não serve adequadamente à população que precisa dele. Temos pessoas que acordam de madrugada, ou acordam muito cedo; um bom ambulatório tem que abrir às 7:00 e na pior das hipóteses fechar às 18:00. Mas ele tem que estar aberto a maior parte do tempo. Porque se ele estiver fechado ele não é acessível. E ele não precisa ser um ambulatório que necessariamente tenha que ter todos os serviços. Isto é uma certa arrogância dos serviços de saúde. Ele tem que agenciar para as pessoas. Se ele está fechado as pessoas precisam saber onde procurar quando ele está fechado. Não precisa um serviço ser 24 horas. É preciso que quem frequenta o serviço saiba onde ser atendido. Hoje nós temos várias alternativas como os agentes de saúde, do atendimento domiciliar, que facilita termos um ambulatório potente e a pessoa ao saber que estando ambulatório fechado ele pode ser atendido no hospital, com algumas pessoas referenciadas. O ambulatório hoje, dadas as estratégias hoje em curso, e os recursos tecnológicos, ele pode retomar a sua potência. Desde que ele, vamos voltar, esteja próximo das pessoas, desde que ele fique aberto a maior parte do tempo possível, pode abrir aos sábados de manhã, nós temos ambulatórios aqui no Rio que abrem sábado de manhã, que é o horário que as pessoas podem, quem trabalha durante a semana. E a outra coisa que também importante: que é o que ele oferece. Isso é o mais importante.

#### 14 – O que o ambulatório oferece:

O ambulatório não pode oferecer aquilo que os profissionais conhecem. Ele tem que oferecer aquilo que aquela população daquele lugar precisa. Então um ambulatório, vamos dar um exemplo concreto, num lugar de conflito, aqui no Rio de Janeiro, por exemplo, existem vários, mas, vou dar um exemplo que é na Vila da Maré. O ambulatório tem que oferecer para as pessoas vítimas de violência, agressão. Um ambulatório que tenha forte conhecimento da questão de gênero para saber das categorias mais vulneráveis. Em resumo, o ambulatório tem que se organizar desta forma para atender as necessidades das pessoas que vão ali. Qual é o cardápio de coisas que este ambulatório oferece? Em segundo lugar, o ambulatório tem que conhecer os problemas e as potencialidades daquele lugar. Volto ao exemplo de um ambulatório num lugar de conflito. Você tem que conhecer o conflito, a natureza do conflito, as pessoas em conflito, os agentes políticos públicos e privados neste conflito. Você tem que conhecer as potencialidades deste lugar: associações, igrejas, todos os recursos que são importantes para a abordagem de um dado problema. A terceira questão que eu acho importante é o que que estas pessoas vão fazer quando o ambulatório não está aberto. Temos que pensar na equação do problema que tenha um continuum: temos que pensar em lazer assistido, em programas como temos aqui no Rio, o Clube da Esquina. Em Belo Horizonte tem vários centros de convivência. Essas pessoas que não conseguem conviver tranqüilamente no seu ambiente familiar, elas precisam de uma referência de um outro lugar que elas possam conviver e que se sintam mais à vontade. Uma outra coisa faz parte do conjunto de ofertas que este ambulatório tem que fazer é agenciar autonomia. Se nós estamos trabalhando com a noção de não trabalhar com o diagnóstico como base principal para a nossa abordagem – não estamos falando que não tenhamos de saber o diagnóstico, temos que saber sim – mas, não é a base principal da nossa abordagem. Se nós estamos trabalhando com o conceito de problema faz parte do problema a potencialização da autonomia. Esquecer o conceito de cura. O conceito de autonomia envolve as questões do lazer, do conforto, do prazer, mas, envolve também aquilo que é inerente à capacidade de cada um. Capacidade de produzir trabalho. Não estou falando de emprego, estou falando de trabalho. É inerente às pessoas quererem trabalhar. Não estou falando de emprego, emprego formal, emprego assistido, mas isso também tem que entrar na agenda. Agora o mínimo que tem que estar na agenda é a questão do trabalho. Acho que o se o ambulatório conseguir se postar atendendo a estes quesitos de acessibilidade que são quesitos que precisam ser cumpridos por qualquer serviço. É preciso que o ambulatório faça isso. Um ambulatório potente vai fazer isso. Temos como exemplo também o programa de “De Volta para Casa”, onde que, internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos, voltam para suas famílias ou para um lar abrigado, com uma bolsa de R\$240,00. A maioria destas pessoas ficaram internadas porque perderam os vínculos sociais e não é por conta de diagnóstico. Não é por conta da evolução cronicadora da esquizofrenia. Estas pessoas voltam para casa e são referenciadas ao Caps ou ambulatório para seu seguimento. Elas não tem um problema clínico, elas tem um problema de ruptura de laços sociais, será preciso que os laços sociais sejam reconstruídos, no lugar onde ela está. A partir da sua casa. Então não tem cabimento marcar de quinze em quinze dias no ambulatório! Por que é que vai marcar no ambulatório? Quem tem que andar é a equipe! E ela quem tem que agenciar coisas para estas pessoas no território em que ela faz parte.

#### 15 – Do conceito de dinâmica da equipe:

O conceito de dinâmica da equipe, é que pode salvar o ambulatório. O ambulatório hoje, da forma em que é organizado, ele é um ambulatório hierarquizado. Do modelo médico, do mais tradicional e do mais nefasto. Se os ambulatórios fossem bons, os postos de saúde, os centros de saúde, o Brasil não teria que ter, importado de outros países, o modelo que inverte a assistência. O modelo do Programa de Saúde da Família e dos agentes comunitários. Que é um modelo que tem uma efetividade muito maior, atinge diretamente as pessoas exatamente porque incorpora o conceito de responsabilidade territorial e parte de uma premissa invertida. Você não trabalha diagnóstico, você trabalha problema. Você é responsável por aquele grupo com os problemas

que se referem àquele grupo, com aquelas famílias. Você não estabelece previamente como você organiza o seu serviço.

#### 16 – Da Crise do ambulatório:

É um momento importante, o ambulatório em meio à sua crise existencial redefinir um papel. Ele tem uma função primordial, até porque o seu custo é mais baixo que um serviço tipo Caps, então o ambulatório tem que se repensar. tem que aproveitar esta crise para se repensar. Recentemente eu participei de uma reunião de uma equipe de ambulatório aqui no Rio de Janeiro, num hospital onde uma criança psicótica com quadro grave não foi atendida. A resposta foi: aqui não tem atendimento para criança! Isso não é resposta de um serviço de saúde. Nós todos somos obrigados a agenciar o cuidado para estas pessoas. Quem chega num ambulatório tem o direito de ser atendido. Não estou dizendo que ele tem que ser tratado, mas, tem que ser atendido para que este lugar possa agenciar o cuidado adequado. Se a gente não conseguir ser um agenciador público de cuidado a gente não vai conseguir incorporar um novo papel. Vai continuar reproduzindo esta coisa mal feita de achar que o diploma é nosso.

#### 17 – Do diploma:

O diploma não é nosso. O diploma é uma autorização do Estado, por delegação social. Temos que lembrar disso todos os dias. Se a gente lembrar disso a gente não vai falar que o ambulatório não tem vaga. Essas palavras: não tem vaga; aqui não pode; essas palavras têm que desaparecer. O ambulatório tem que ser um lugar aberto e que agencie cuidados para as pessoas. Só será possível reconstruir a potencialidade dele se ele se sustentar então neste novo paradigma.

#### 18 – Da produção da cronificação pelo ambulatório e medicalização do mal estar social:

Eu acho que o ambulatório cumpriu este papel da pior maneira possível. Este negócio do ambulatório funcionar com a operação de problema – resposta é terrível. Porque quando alguém procura um serviço de saúde, é claro que ela quer uma resposta. Agudo ou não agudo é um sofrimento e ela vai em busca de resposta. A maneira, aparentemente, mais legitimadora da atenção é você oferecer a resposta. E nem sempre é a melhor maneira de resolver. Aí vai desde a medicalização. Eu gosto de citar o exemplo de duas caricaturas: uma caricatura que já assisti, no PAM Bangu, onde trabalhei e o paciente chegar para o psiquiatra e falar: olha só eu estou com o seguinte problema, a minha mulher me abandonou ontem. Ele é um esquizofrênico. Então o doutor/colega diz o seguinte: olha vamos fazer o seguinte, nós vamos aumentar o diazepam porque você vai ficar muito ansioso. Quer dizer, aparentemente, super cuidadoso. Na verdade um equívoco. Porque o problema dele não era a ansiedade que vai aumentar, o problema dele é outro. Ele não tinha onde dormir, ele não tinha com quem conversar. Ou seja, é preciso que naquele momento se passe a agenciar outros atores que possam ajudar a equacionar o problema. É preciso um forte grau de humildade e de reconhecimento de que a gente não é capaz de responder a todas as questões formuladas. E isso é para todas as categorias. É para a assistente social que dá uma resposta burocrática: amanhã volta aqui de novo. Amanhã volta aqui de novo não resolve. O que poderá resolver será poder dizer: olha seu problema é esse e vamos ‘tentar’ poder te ajudar. Mas é tentar mesmo. Agenciar, visitar o vizinho, pode ser a primeira iniciativa. Você pode receber o João da Silva? Pode ficar com ele esta noite? Coisas deste tipo, desta natureza. Ver algum agente comunitário de saúde que possa estar neste acompanhamento, ficar lá. Esta é uma caricatura: a caricatura da resposta entre aspas atendendo a demanda de quem foi lá. Temos que pensar em agenciamentos de todas as forças sociais que possam ajudar no equacionamento deste problema. O mecanismo de resposta pronta é um mecanismo consolidado por conta da sua cristalização. É o mecanismo de lavar as mãos. Quem chega às oito sai meio-dia e diz: cumpri o meu papel. Essa crença de que cumpri o meu papel porque cumpri o meu horário tem que começar a se desfazer. É preciso fazer uma discussão



mais profunda de qual é o papel mesmo. Ou seja qual é o papel social, isto é, tem que politizar a clínica. Não é possível fazer uma boa clínica sem conhecimento. Agora não é possível fazer uma clínica boa sem politizá-la. Ela está dentro de um determinado contexto social, dentro de um contexto político, e ela vai estar dentro de uma determinada ação que vai ser mais efetiva ou menos efetiva se você trabalhar com estas variáveis: políticas, do meio social dentre outras.

#### 19– Da especificidade clínica:

Recentemente no Instituto Franco Basaglia, fizemos concurso para psiquiatra e um psiquiatra reprovado se queixou que a prova trazia muitas questões biológicas. Aí quando ele reclamou, fez um recurso e eu disse: olha você fez concurso para psiquiatra. Eu só confio num psiquiatra que também saiba psicofarmacologia. Senão como ele vai medicar corretamente. Se ele não sabe as interações medicamentosas, isto é uma questão biológica, se ela não sabe a sintomatologia de um tumor frontal, ele não está preparado para ser psiquiatra, não pode ser psiquiatra. Você enquanto musicoterapeuta. Se você não conhece as técnicas que trazem os benefícios para as pessoas você torna-se dispensável. Se você não conhece você é dispensável. Não adianta você se dizer musicoterapeuta se você não conhece e não domina os métodos de aplicação da sua área de conhecimento. As diversas profissões tem que saber o seu ofício.

#### 20 – Do campo da saúde mental: campo da incerteza.

É importante nos localizarmos no campo de onde estamos inseridos. O campo da saúde mental é o campo da incerteza. Uma vez me perguntaram numa entrevista para o Jornal do Brasil qual era o maior problema da psiquiatria. Eu respondi que o maior problema era o desconhecimento. Você não tem dilema na neurologia, você não tem dilema na cirurgia cardíaca. Na neurologia com um bom exame, noventa por cento dos casos você consegue saber onde está a lesão. A assistência psiquiátrica é composta de dilemas de dificuldades e de incertezas. Se a saúde mental está configurada desta forma, eu preciso então cada vez mais ouvir do outro. Para que se possam intercambiar conhecimentos e processos de construção de recursos.

#### 21 – Sair da caricatura profissional:

Senão conseguirmos ultrapassar esse papel caricato de exercer a nossa profissão, nós vamos fazer sempre uma reprodução de conhecimento que “está bom...”, pode até ajudar as pessoas, mas as mudanças culturais que poderíamos conseguir através de um outro comportamento, nós não vamos conseguir, Ou seja, nós vamos continuar reproduzindo um papel normalizador e pretensamente fazendo um trabalho aberto: não é verdadeiro. Precisamos rever o nosso papel e discutir abertamente as nossas incapacidades. Acho que a melhor maneira de ajudar estas pessoas é ouvir mais. Gosto muito de citar um exemplo de uma médica que iria fazer um encaminhamento para um hospital psiquiátrico e a paciente disse: doutora, por favor, eu conheço este hospital e é horrível. Posso perguntar uma coisa para a senhora, posso fazer uma sugestão? A senhora não conhece um psiquiatra amigo seu? Ela disse que sim e foi encaminhada para ele. Esta médica publicou na revista do CEBES uma matéria com o nome “Uma lição de vida”, dizendo que a gente tem que ouvir mais as sugestões dos nossos pacientes. O mais importante não é a anamnese não, mas, sim as sugestões que eles estão a nos indicar o tempo todo. Ela escreveu esta página para a revista justamente pelo orgulho que ela sentia de cruzar com a pessoa toda a semana pela rua e ver que era outra pessoa. Se não assumirmos que a gente tem que inverter o nosso papel, esse mandato social de normalizador, isto tem que ser negado por nós e, claro, é difícil negar isto no cotidiano. Precisamos incorporar o nosso diploma como mandato social e com autorização do Estado e também ter uma perspectiva de mudanças da cultura que se produz na sociedade pela saúde mental.

## 22- Da hierarquização dos serviços:

Nós estamos longe de chegar lá, não tenho dúvida disso. Temos o problema de hierarquia na concepção dos serviços. Até o Programa Saúde da Família tem um problema de hierarquia na sua concepção. Médico, enfermeiro, agente comunitário. Ele reproduz muito a hierarquia do hospital. Eu não tenho dúvida de que no centro cirúrgico deva existir uma hierarquia rígida. No centro cirúrgico o médico berra, a enfermeira berra pra baixo, e a instrumentadora te dá o material. Um centro cirúrgico funciona assim: aos berros e com uma hierarquia definida. Se alguém furar a hierarquia num centro cirúrgico o paciente vai morrer. Se fica uma gaze lá dentro: ou é um problema de incapacidade ou é um problema de hierarquia. Agora no nosso campo, a pior coisa que pode acontecer é a hierarquia. É impraticável insistir na tese que precisa ter uma hierarquia do conhecimento, que precisa primeiro o médico avaliar, que precisa isto ou aquilo. Isto é bobagem. É preciso que o médico faça parte da equipe e da avaliação. Existem Caps que funcionam sem psiquiatra em alguns turnos. Só como experimentação. Aqui no Rio, um dos Caps ficou um período de 20 dias sem psiquiatra. Isto foi muito interessante porque muitas pessoas que foram lá para pegar a receita – algumas foram repetidas as receitas – mas algumas pessoas que não tiveram as suas receitas repetidas apresentaram resultados surpreendentes. Tem que ter coragem de desafiar este comportamento estabelecido e acabar com este modelo hegemônico hierárquico. Nós não podemos reproduzir este modelo nos serviços abertos como ambulatorios e Caps. Porque senão é uma reprodução do hospital. Acho que este é um desafio muito estimulante e é um desafio de longo prazo. Na medida em que começam a aparecer resultados de fato, de uma postura diferente. É interessante verificarmos que é mais fácil se dar o diálogo entre psicólogo, musicoterapeuta e terapeuta ocupacional. Médico, psicólogo e musicoterapeuta é mais difícil. Médico e enfermeiro trazem consigo um mandato social muito forte. Médico, advogado e jornalista vivem o problema de excesso de delegação social. Onde temos o médico e o enfermeiro fazendo um boa interlocução a vitalidade do serviço é muito maior.

## 23- Da mudança paradigmática:

As mudanças não são compartilhadas por todos. Por exemplo: no interior da Associação Brasileira de Psiquiatria aquilo que vemos como mudanças importantes não é visto de forma hegemônica. Vejo isto como uma tensão permanente. Todos nós médicos somos formados no modelo antigo e ainda os médicos novos, boa parte é formada no modelo antigo, tradicional, biológico. O magnetismo, da imagem dos instrumentos de alta tecnologia, tudo isto é mais um fator de tentação para se ter uma resposta, chamada resposta simples, para um problema complexo. Está cheio de gente procurando a molécula da esquizofrenia. Isso é uma fascinação. Você faz pet – scan, vários exames, com rádioisótopos. Agora é o mapeamento do pensamento. Esta é a nova moda. Claro, aquelas áreas cerebrais onde o pensamento está se dando ou daquela forma vai estar captando mais ou menos. Esta sedução da tecnologia é um fator complicador. A psiquiatria arcaica tradicional está em decadência. O modelo de prescrição é o modelo da classe média e dos ricos. Porque este modelo no SUS hoje está em franca desaceleração. Dá para se afirmar quase com segurança que as pessoas mais pobres estão sendo melhor atendidas, no campo assistência psiquiátrica, do que quem depende de seguro saúde. Tanto que a Agência Nacional de Saúde complementar já detectou isto e já está começando a rever os procedimentos em psiquiatria para as prestadoras de serviço. É uma revisão por conta da inadequação dos modelos prestados aos ricos e à classe média. São 30 e tantos por cento dos brasileiros que não fazem uso do SUS. Existe uma crise dentro da psiquiatria tradicional. Ela está tentando se salvar com os procedimentos por imagem, pelos recursos tecnológicos, medicamentos de ponta, de última geração. Há dez anos atrás no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, tinha uma mesa satélite sobre políticas de saúde mental. Hoje no Congresso Brasileiro de Psiquiatria que terminou há um mês – novembro de 2005 – tivemos no mínimo oito mesas sobre os novos modos de assistência: como por exemplo cursos de atendimentos em Caps. Até a forma de premiar... Nós do IFB ganhamos o prêmio “Lily” relativo à garantia dos direitos humanos por conta do nosso programa SOS que funciona para os pacientes

psiquiátricos como um balcão de atendimentos para atender as demandas das pessoas com problemas mentais. Fomos premiados pela iniciativa de garantir os direitos humanos dos pacientes. Foi um prêmio dado por um laboratório. Vejo isto, exatamente, como o interesse do laboratório vender. Isto eu vejo desde quando eu trabalhava no Ministério da Saúde. O laboratório quer vender. Foi uma experiência que passou por uma comissão julgadora de dez psiquiatras, dentro da Associação Brasileira de Psiquiatria, julgando que dentro de 44 propostas, esta foi a mais interessante, considerando o balcão de defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, como o melhor em 44. Isso já indica uma tendência. É um trabalho de médio/longo prazo. Se você se lembrar que até 1987 um professor titular de psiquiatria da UNIRIO defendeu publicamente a técnica do ‘miudinho’. O que é o ‘miudinho’: ele falou que tratava os pacientes na Colônia Juliano Moreira colocando o aparelho de eletrochoque no mamilo e no clitóris. E aí quando ela entrava em orgasmo ele achava que três ou quatro aplicações deste jeito eram o melhor tratamento para a histeria. Ele falou isso publicamente. Ele não fazia isto escondido. Falava isto em 1987. Ele não fazia mais, porque estava aposentado na Colônia, mas continuava a falar isto na cadeira de psiquiatria. Então é muito pouco tempo para termos uma mudança tão importante do ponto de vista cultural. Hoje, nem os segmentos mais conservadores da Associação Brasileira de Psiquiatria se colocam contra a Reforma. As pessoas ficam chateadas porque acham que as acusações são feitas contra os psiquiatras. Não são contra psiquiatras. Quando falamos que o principal problema da psiquiatria é o desconhecimento não estamos fazendo acusações contra ninguém. É uma questão do campo da ciência e da ética. Também é do campo da epistemologia. Eu falei isto quando estava no Ministério da Saúde e recebi cartas desaforadas do Brasil inteiro. Tudo isto é muito interessante, porque esta é uma das principais questões nossas, a questão do desconhecimento. É por isso que estamos no interior de um campo complexo.

24 – Da proposta da heterogênesse: construída a partir da necessidade da demanda.

Gostaria de falar sobretudo dos pacientes psicóticos. Daqueles que têm dificuldades de se expressar e de conduzir o seu ideário dentro da nossa racionalidade. Torna-se muito importante abrir condições de se expressar aquilo que potente e vigoroso tendo como caminho a arte. O que eu não suporto são as oficinas de arte, estas caricaturas. Eu me lembro de algumas rodadas que nós demos por alguns Caps aqui no Rio e fomos ver algumas oficinas e eu disse: não, isso aqui não é uma oficina de arte. Isto é um serviço mal feito. Acho que a gente tem uma formação muito caricata. Acredito em equipes que estejam atentas à questão da potencialidade, ou seja, não atrapalhar a manifestação artística. Não atrapalhar já é muito. Porque quando você seda muito você atrapalha. Também quando você coloca para fazer muita coisa, também atrapalha. Aqui no Rio, o fato de termos musicoterapeutas nas equipes teve um efeito tão importante no resultado da avaliação dos Caps que a Prefeitura colocou como categoria dos quadros da saúde musicoterapeuta. Virou lei! Todos os musicoterapeutas que temos hoje nos Caps são aqueles que foram advindos da parceria com o Conservatório Brasileiro de Música. Quase todos que passaram no concurso da Prefeitura foram funcionários nossos quando da parceria com o Conservatório. Arte tem que ser bem feita. É o que eu acho. A forma que você está fazendo em Macaé, de construir grupos a partir das necessidades das pessoas, isto é produtor de um novo tipo de cultura. Ainda mais podendo não fazer o que ainda é feito: que é separar, segmentar. Eu tenho um artigo que falo disso: Integralidade como política de saúde mental. Eu coloco exatamente isto, quer dizer, o Instituto dos Cegos do Rio de Janeiro, há uns 30 anos, quando eu cheguei aqui percebi, tem 44 degraus, então o sujeito só pode ser cego. Se o sujeito for cego e manco ele não pode ser tratado. O Instituto de Surdos, há trinta anos atrás, só atendia surdos. Se fosse surdo e cego não podia. Essa tendência dos programas de saúde pública de se organizar por seleção atende a uma especialização que é do interesse do profissional e não do interesse do cidadão. Esta coisa da seleção é um cacoete nosso, vem desde a nossa formação: modelo flexneriano. Quando estabeleceram este modelo nos EUA e se tornou hegemônico foi isso: tudo mundo é partido. Eu não trato do José da Silva, eu trato de pneumonia. Não existe pneumonia, existe José da Silva que tem uma infecção pulmonar. Isto se cristalizou de tal forma que é uma questão mais demorada. Acho que esta proposta de tentar combater esta segmentação é mais

fácil de se fazer em Macaé do que fazer aqui no Rio. Primeiro que a construção das especialidades é uma construção da metrópole: é o super, super, super conhecimento, entre outras. Isto é norma. Esta construção se reproduz no dia-a-dia das equipes. Se superespecializa e nas equipes se reproduz porque você ali fica mais tranquilo fazendo aquilo em que você se superespecializou. E, por último, a troca de conhecimento é uma troca social. Que é mais fácil de se fazer numa cidade média do que numa metrópole. Eu passo seis meses sem encontrar o meu colega aqui no Rio. Você lá em Macaé você não passa uma semana sem encontrar.

## **ANEXOS 5**

### **Entrevista com Psiquiatra da rede pública**

#### 1 – Da psiquiatria de massa.

Os chamados ambulatórios do INPS. Era um trabalho de massa. Um depoimento pessoal: Eu passei na prova para o INPS e só agüentei trabalhar no ambulatório – na rua Marques de Caxias em Niterói – durante um mês e pedi demissão. Era um salão enorme, cheio de pacientes esperando. Consultórios pequenos, aonde os médicos de lá de dentro gritavam o nome do próximo a entrar. Não havia prontuário. Não havia marcação de consulta. Só havia troca de receita. Era chamar o fulano, fulano entrava, tinha que vir com uma cópia da última receita e o médico a partir desta fazia a atual e falava: “quando estiver perto de acabar volta”. Essa era a prática de psiquiatria de ambulatório quando comecei, nos anos 70. O estado não tinha ambulatório de psiquiatria e muito menos o município. A Secretaria de Saúde de Niterói apenas tomava conta do cemitério. Os ambulatórios eram federais.

#### 2 - Do ambulatório como triagem para as internações:

O ambulatório fazia a guia de internação. Se chegasse um paciente pela mão de um parente e este dissesse: interna doutor... o doutor internava. Ia direto do ambulatório para clínica. Não existia emergência pública, não existia nada intermediário. Não havia necessidade de uma pessoa passar por uma emergência psiquiátrica onde ele pudesse não ser enviado para um hospital psiquiátrico. O próprio ambulatório fazia a indicação da internação: saía direto do ambulatório para a clínica conveniada. E aí o jogo de interesses, além de ser uma má prática médica, se se considerar estritamente uma prática psiquiátrica. Poderia ser uma prática razoável, mas, isso não era. Havia interesses das pessoas que trabalhavam nestes ambulatórios em clínicas particulares.

#### 3 – Objetificando o outro para produzir mais rápido: taylorismo. Em pé para ser mais rápido na esteira dos atendimentos.

A gente sabia de coisas como do médico que não colocava cadeira para o paciente não sentar, para não tomar tempo. Ele em pé mesmo recebia a receita. Ouvia falar também de psiquiatras que faziam a receita em casa. Chegava lá com várias receitas feitas e na hora era só colocar o nome dos pacientes. Isso para dar velocidade porque era muita gente para atender e o tempo de trabalho médico sempre foi um tempo súbito.

#### 4 – Não existiam nestes tempos – década de 70 – outros tipos de profissionais, só psiquiatra.

Só psiquiatra e só consulta, sem agendamento. O que eu vi foi isso, sem agendamento, sem prontuário. No Rio de Janeiro, no PAM Venezuela, por exemplo, aconteceram tentativas de se fazer um bom ambulatório.

#### 5 – Da internação dos neuróticos.

Na década de 70: era o auge da indústria da loucura. Estava se internando de tudo. Você poderia até internar direto da rua para dentro da clínica. Aí é moleza, se internava de tudo. Havia uma clínica que recolhia, na madrugada, bêbados caídos na rua, levavam-nos para a clínica e de lá mesmo saía a guia de internação.

## 6 – Do saber organicista imperando neste período:

Um outro grande saber que concorria com a psiquiatria era a psicanálise. Os psicanalistas ficavam revoltados com este tipo de tratamento, mas, em sua maioria, eles não tinham o que propor para o ambulatório. Então víamos muito a figura do psicanalista, do profissional bom, do profissional sério e estudioso, que fazia um consultório de classe média e classe média alta, de sucesso, mas ele tinha um emprego no governo. E no governo ele era um psiquiatra como um outro qualquer, apenas que era contra aquilo tudo. Ele fazia aquilo tudo com raiva. Reclamava, blasfemava ou acomodava-se. Mas a teoria psicanalítica, conforme era vista por aquelas pessoas naquela época, porque é uma coisa bem datada, não levava os psicanalistas a terem uma proposta para fazer. Apesar disso, alguns psicanalistas foram importantes para propostas no serviço público, como Osvaldo dos Santos, Jurandir Freire Costa.

## 7 – Da ditadura e a impossibilidade de novas propostas: do organicismo como dispositivo legitimado pelas instituições de saber e atendendo ao momento político ditatorial.

No ambulatório do INPS de Niterói, da rua Marques de Caxias, eu não consegui trabalhar um mês e pedi demissão de um emprego concursado. Quando cheguei e vi aquela quantidade de pessoas para serem atendidas, sugeri fazer terapia de grupo. O chefe do posto, do ambulatório, me disse: “Olha, não dá para fazer grupo aqui. Porque ano passado a doutora fulana, sua colega, fez um grupo aqui e vieram agentes do SNI aqui me perguntar o que eram essas reuniões que a doutora estava fazendo... E eu tive que prometer para os agentes que ela ia parar. E ela teve que parar porque eles falaram que não podia fazer reunião aqui. Então não dá para você fazer”. Este chefe era uma boa pessoa, não fazia parte do regime, tentava fazer algo bom. Obedeci. A psicanálise tinha esta proposta de terapia de grupo. Mas não era possível colocar essa proposta em qualquer lugar. Essa proposta era inviável no momento político em que vivíamos, pelo menos ali foi. Era tudo muito controlado. Então o que podia era a psiquiatria organicista mesmo, era o que dominava nas cátedras das universidades, na Associação Brasileira de Psiquiatria, poderes que justificavam essa prática.

## 8 – Do princípio de autoridade que legitimava os atendimentos de meio minuto.

Nada contra a psiquiatria organicista, ela poder ter a sua participação, restrita, sem predomínio, mas pode. Mas tudo contra as consultas de meio minuto. Poderia ser feita uma razoável psiquiatria organicista. Se um de nós aqui ficar com algum problema mental vai ser bom que a gente encontre um bom psiquiatra, que faça um bom diagnóstico diferencial, que saiba um bom remédio e que entenda do que está acontecendo. Mas, não era isso que era feito. Era um discurso de psiquiatria organicista, um belo discurso, e na prática era consulta de meio minuto, de um minuto. Mas, essa prática era justificada, não a prática do meio minuto, mas, a teoria justificava de qualquer forma que aquilo ali era o trabalho, era o único trabalho a ser feito.

## 9 – Momento de abertura no Brasil: outros saberes e práticas fazendo circular a reforma.

Começou tudo de forma muito lenta e precária. A prática que era tida como alternativa era a psicoterapia. Então tinha a questão dos psicólogos querendo ganhar espaço. Na década de 80 foi uma década em que havia brigas terríveis entre psiquiatras e psicólogos. Os psiquiatras querendo manter o poder e os psicólogos querendo tomar o poder. Não havia uma disputa fraterna. Não éramos unidos contra algum inimigo comum, vamos dizer assim. Começaram os psicólogos a querer entrar na prática. Aconteceu foi a luta de poder mesmo. E começou o discurso de “psicoterapia para todo mundo é o que vai resolver”. Até o Eduardo Mascarenhas, o psicanalista, grande figura, uma excelente figura, mas, ele também ajudou a embarcar a turma nesta onda enganosa, indicando como solução a psicoterapia para todo mundo. Essa seria a solução da saúde mental para o país. Psicoterapia para todo mundo: e esse era o discurso que agradava os psicólogos. E era um discurso que ameaçava os psiquiatras. Era uma forma de

tomar a clientela dos psiquiatras. Porque eu me lembro muito bem em Niterói, e isso foi na década de 80 mesmo, no final, e início da década de 90, que os psiquiatras reclamavam de fazer o ambulatório daquela forma. Mas quando começaram a acontecer algumas práticas que tiraram esta clientela deles, eles reclamaram também de ficar sem a clientela. Parece que eles queriam continuar a fazer aquela prática e reclamando. A maioria não se reciclou e aí entrou, psicólogo primeiro, depois entrou serviço social e começaram a fazer grupos. Faziam grupos de sala de espera, grupos de recepção. Criamos isso: as pessoas que chegavam num centro de saúde ou no ambulatório, não iam direto para o psiquiatra, elas passavam num grupo de recepção e essas pessoas eram desviadas do psiquiatra e não entravam para a carreira de paciente psiquiátrico. Os psiquiatras começaram a reclamar disso, de que estavam tirando a clientela deles. Aí falavam para eles: vocês não estavam reclamando que era muita gente para atender? Agora estão reclamando que tem pouca gente para atender! De fato ficaram com medo de ficar sem quem atender! Tudo isso quando começou a penetração dos outros saberes: a psicologia e o serviço social, que teve muita dificuldade de entrar. Eu vi chegarem em Niterói os primeiros assistentes sociais chamados por um concurso específico para a área de saúde e que foram colocados na equipe de saúde mental: nenhum ficou. Não ficaram porque não sabiam o que fazer, não tinham clareza do que um assistente social teria que fazer num programa de saúde mental. E nem o Programa de Saúde Mental ajudou na situação.

#### 10 - Da constituição das equipes ambulatoriais na década de 80:

Começaram a se constituir as equipes ambulatoriais. Tudo tateando, tudo inventando. As pessoas estavam inventando, com muito pouca coisa para ler. O que se tinha de internacional era sobre os centros de saúde americanos e Basaglia com pouca penetração. Basaglia ficou mais conhecido quando veio aqui, de fato Ele veio em 78/79. Então no início da década de 80 eram as equipes multidisciplinares e vamos inventar o que fazer! Daí saíram disputas e saíram também acordos e uniões. Assuntos mais gerais puderam ser discutidas em Conferências em encontros. Houve ao mesmo tempo uma luta por espaços das categorias e uma necessidade real de relativizar a criação deste objeto psiquiátrico.

#### 11 – Da entrada da turma no aparelho de Estado:

Isso abriu fissuras para a entrada de outras práticas nos ambulatórios. Inclusive isto se deu a partir de concurso público que não existiam antes.

#### 12- Do ambulatório hoje:

Eu não tenho notícias de um bom ambulatório no momento. O que eu vejo ainda é um conjunto de consultórios. É o que eu vejo nos lugares que eu frequento e de que ouço falar. As pessoas se esforçam, tem muita gente interessante, muita gente que estuda, que faz cursos, que faz pós-graduação, mas, no fundo é um conjunto de consultórios. Cada um entra para o seu consultório e atende o seu paciente. Cada um faz o seu recorte teórico e dá conta do seu recado ali. Faz psicoterapia, ou atende os seus casos sociais ou atende seus pacientes psiquiátricos.

#### 13 – Da discussão em equipe:

Tem muito ambulatório onde nem existe reunião de equipe, cada um atende e vai embora. Isto é comum. Eu sei de muito ambulatório que não tem reunião de equipe. E quando tem reunião de equipe é cada um colaborando com a visão de cada um a respeito daquele caso pontual. Há uma tentativa de não ser reconhecido de que são problemas coletivos que estão ali colocados. Vi recentemente uma discussão sobre uma criança que absolutamente não era para ser atendida no ambulatório, ainda mais por três profissionais diferentes. Uma criança com o famigerado “transtorno de aprendizagem”: isto tinha que ser abordado na escola. Se isso é recebido no ambulatório, tinha que ser rejeitado como uma demanda de ambulatório. Seria legítima uma

atuação dentro da escola, não vai você psicologizar, psiquiatrizar, uma situação que se resolve ali na comunidade, na escola, na família e com os professores.

#### 14 – Da naturalização da demanda:

O ambulatório aceita a demanda como ela é. Chega ali está indicado para psiquiatria então vai para a psiquiatria mesmo. O psiquiatra vai e atende. Então está se aceitando o encaminhamento do profissional que não sabe encaminhar, porque ele não está capacitado para encaminhar e o único recurso da cidade é o ambulatório. Então o médico lá na periferia sabe que existe o ambulatório de psiquiatria e psicologia e a única coisa que ele sabe da rede é isso. Ele não sabe identificar, não sabe tratar, não sabe isto também porque a faculdade não deu formação para isso, então ele encaminha. Então temos uma demanda espontânea também: estou nervoso e preciso de um remédio, vim aqui atrás de um psiquiatra. Essa demanda é aceita assim como ela é. Não é relativizada, não é questionada, não é discutida em equipe: dificilmente se discute a demanda, para desnaturalizar a demanda. Alguns lugares fazem isso, mas devem ser uma minoria. O que eu vejo é a massa ser atendida em um conjunto de consultórios. E um profissional precisando, manda pro outro.

#### 15 – Da divisão do trabalho:

Aí está o problema da formação, é mexendo na formação que se vai resolver isso, mas, a política mais geral, a biopolítica está ativa, não é só a formação. O profissional de saúde tem um razoável controle sobre o processo de trabalho dele. Se ele puder arrumar um conjunto de pessoas que junto com ele possa pensar isso, ele pode mudar a prática dele num dado lugar. Só que eu não vejo movimento muito grande de mudança. O que eu vejo são as pessoas querendo se especializar cada vez mais no seu objeto de trabalho. O psiquiatra estudando cada vez mais neurotransmissores e remédios, os psicólogos estudando cada vez mais terapias de famílias, terapias individuais e cada um na sua corrente psicológica. Um questionamento destes especialismos eu não vejo ocorrer muito. É residual o que eu vejo nesse sentido. Então fica cada um puxando para a sua sardinha, disputas entre equipes, disputas entre profissionais. É claro que existem lugares que funcionam fora desta lógica. Mas a maioria dos ambulatórios não tem supervisão, a maioria ainda funciona ao sabor da vontade de quem ali está trabalhando e quem está ali trabalhando está formado no modelo biomédico. Todos nós nos formamos no modelo biomédico: qualquer categoria profissional. Alguns saíram disso, com muito esforço pessoal tentam sair e tentam fazer coisas diferentes, mas, a maioria das categorias e das pessoas trabalha mesmo é dentro do modelo biomédico.

#### 16 – Da alienação do processo de produção de trabalho: o que se produz no ambulatório

O processo de alienação já vem de longe. Veja, o que diz que determinado mal estar é para ir tratar ali naquele ambulatório?. O nervoso se trata aonde? Os meios de comunicações dizem que é problema de neurotransmissores e todo este jogo deste complexo médico-hospitalar. Há uma produção de alienação já aí. A sociedade produz o mal estar, o mal estar é capturado novamente pela biopolítica: você está sofrendo de alguma coisa, isto é uma doença. Existe uma produção, uma criação de doença agora, muito interessante... Criam-se doenças e ao mesmo tempo se apresentam, claro, os remédios. Então criam-se doenças. Doença do pânico: isto é uma doença inventada. Criou-se isso e já com uma medicação própria. Então você pode ver chegar alguém com medo no ambulatório: vai ser receitado o remédio que se diz que serve para essa doença. Então a alienação já vem de antes. Alienação da produção de subjetividade: as pessoas desconhecem porque estão sofrendo. Porque estão angustiados, porque estão sofrendo por algo, porque estão bebendo, ou estão entristecidas. Então o aparelho de captura diz: você está doente mental, você tem um nervoso, você tem que ir ao médico. Aí vai... os profissionais que teriam a obrigação de desnaturalizar esta demanda, mas, como também eles estão alienados, então eles aceitam a demanda como ela é, não questionam. Então é complexo de Édipo pra cá, é neurotransmissor pra lá... é necessidade de uma cesta básica aqui e vão aí estas situações



alimentando a alienação e também mantendo tudo funcionando. Juntou uma alienação de um lado com a do outro e ela se perpetua e não se questiona nada. Ficam todos tranquilos desta forma, ou então não tranquilos porque ficam as pessoas se tratando eternamente.

#### 17 – Da força de trabalho comprada pelo Estado: do assujeitamento ao Estado.

O caso é assim... a ditadura acabou? Parece que não. Porque parece que acabou a ditadura militar. Esses exemplos que a gente está vendo do exército nos morros do Rio, hoje eu li no jornal que ninguém pensou que isso pode ser um perigo, porque dali eles podem querer tomar o poder, porque realmente não é isso mais. O exército está ali para fazer outra coisa, são outros interesses, não tem nada haver com tomar o poder. O poder está com os civis, a ditadura militar realmente acabou. Mas, parece que ela deixou frutos persistentes dentro das relações que estão por aí trabalhando. Pessoas que têm 28 anos, 30 anos que estão trabalhando neste momento, estão muito acomodadas. Pessoas que nasceram por volta de 76, dentro da ditadura, me parece que não há um forte combate, não vejo muito combate. Eu vejo pessoas jovens bastante passivas e é a expressão que a gente já ouviu: é a cabeça do assalariado agradecido. Você abre um concurso público para dez vagas e vem mil candidatos. Quem passa levanta as mãos pro céu e devem estar rezando pela vida toda: graças a Deus porque tenho um emprego! Se está tão agradecido assim de ser um assalariado, como é que vai se arriscar a contrariar alguns interesses. Porque se você vai querer desnaturalizar esta demanda, você vai dar um tranco na porta de entrada e vai gerar repercussão em termos de gestão das unidades. Porque se você coloca que cada psiquiatra tem que atender 16 pacientes por dia, são três turnos por semana, e estes dezesseis pacientes que ele atende, a agenda dele fica lá fora. Ficam sendo marcados pacientes para frente, pra frente, pra frente...ele vai olhar a agenda para remarcar a consulta de quem foi consultado hoje e só vai conseguir marcar daqui a dois meses... o que ele está fazendo? Se ele continuar trabalhando desta forma ele não vai arrumar problema para ele, ele vai acomodar a situação e o chefe vai ficar satisfeito com ele. O fato é: não há financiamento para atender a todas as pessoas. O financiamento do SUS está apenas um pouco mais da metade do que seria pela Constituição. No jornal de hoje o Adib Jatene falou isso: logicamente o ex-ministro da saúde vai dizer isso. O problema não será de financiamento, vai dizer que o problema é de gestão. Então o que acontece: quem está no poder diz que o problema é de gestão e quem é da oposição diz que o problema é de financiamento. Se estas figuras trocam de posição de oposição para poder, imediatamente elas invertem o discurso. Quem estava dizendo que o problema era de financiamento e está no poder passa a dizer que o problema é de gestão. Isso é de um cinismo terrível. Por que de fato, o que podemos ver como é que você vai negar, se está escrito no orçamento da União, que o orçamento do SUS é apenas um pouco mais da metade do que deveria ser pela Constituição. Então não há dinheiro para atender todas as pessoas, existe um grande contingente da população que não tem sistema de saúde. Imagine se num ambulatório com 30 funcionários de nível superior, resolvesse dizer: não, agora vamos trabalhar todos em conjunto e vamos examinar esta demanda, vamos ver o que está chegando e não vamos aceitar assim... Isso vai ser um baque... tem que ter um poder de negociação muito grande com o gestor desta unidade. Porque este gestor vai ficar entre a população, os profissionais e quem é superior a ele, a Secretaria Municipal de Saúde. E parece que há uma escape, as pessoas parecem não querer entrar nesta situação aí de ter que negociar, se for negociar isso vai ter que expor: não há dinheiro para todo mundo ser atendido. E pelo que eu vejo, no momento, há uma espécie de negação de entrar nesta expressão clara: não há dinheiro, não há SUS para todo mundo.

#### 18 – Da força centrípeta dos usuários contra os artífices nos ambulatórios:

Supondo que na área da saúde mental existe a metade do financiamento. Se dobrasse o financiamento agora um grande efeito seria alienar em dobro. Eu não estou sendo pessimista. Porque eu sei que tem muita gente que está produzindo alternativas. . A produção teórica e prática de alternativas é grande, mas, o grosso é assim: vejo um anúncio chamando para psiquiatra trabalhar dois turnos, para ganhar dois mil reais. Chega oito horas da manhã vai

embora três horas da tarde, uma vez por semana. Para atender vinte pessoas de manhã e vinte à tarde. Que trabalho é esse? É esse o Brasil: o grande Brasil não segue o exemplo dos núcleos produtores de conhecimento! Podemos ficar iludidos se abrirmos um livro, ou se formos num encontro de profissionais onde existem coisas belíssimas sendo ditas, coisas realmente muitíssimo interessantes, mas, aquilo ali não representa a maior fração do que está sendo feito e, sim uma pequena fração. Estão aí muitos CAPS virando pequenos hospícios, todo mundo sabe disso... estas críticas que estou fazendo parece que é negativismo? Pelo contrário, acho que as coisas avançaram muito... Colocar em prática as equipes do jeito que estão agora é muito melhor do que era antes... nós temos que enfrentar a luta. Recentemente eu estava conversando com uma colega: o que a gente pode fazer? A maior parte dos profissionais está assim... distraídos. Mas, acho que aí é empurra-los para crise. É o único jeito: a gente dar a chance deles entrarem em crise, mostrando a realidade.

#### 19 - O ambulatório trabalha em nome de que?

Está produzindo subjetividade alienada mesmo. Subjetividades controladas. Nos ambulatórios existem pessoas numa fila de espera, fila essa que é um caderno com nomes das pessoas. Estas pessoas estão esperando, em casa, serem chamadas para terapia. Se você sugere aos gestores chamar todas elas e explicar a todas que não há como atendê-las, que o sistema de saúde está com dificuldades, isso é um espanto, mas isso deveria ser feito... Honestamente deveria ser feito. Mas, nós não temos muita coragem de fazer isso, não! Nós deixamos as pessoas em casa esperando. Porque a gente sabe que se chamarmos estas pessoas e dissermos isso, vai dar problema. Vai dar problema porque foi como eu falei: a ditadura deixou dois frutos podres: um é essa acomodação do profissional e da população em geral e o outro é um assujeitamento da população ao que se oferece a ela.

#### 20 – Da perspectiva traçada pela Heterogênese:

Se você considerar que a nosografia é uma grande farsa, no fundo, sem meias palavras, você nem está juntando as patologias, você está juntando o que foi artificialmente foi separado! São seres humanos, cada um tem uma ziquizira diferente da outra, cada um tem um jeito de viver diferente do outro... E é bom que junte mesmo. Eu vi no jornal a proposta de um psiquiatra que propôs que no hospital psiquiátrico que tivesse uma enfermaria para cada doença. Existe isso, isso é o extremo oposto do que você está propondo! Para muita gente a diferença é um horror: o negócio seria homogeneizar. Então, o que você está fazendo é misturar. As diferenças vão conviver. E o que é que as pessoas sentem? Quem vaga de noite pelas ruas; aquele que tem problemas em casa; o outro ouve falar os marcianos, o que é isso? São pessoas!

#### 21 – Da divisão nosográfica e o princípio do contágio legitimado pela autoridade médica:

A homogeneização seria muito útil se a gente fizesse a suposição que o tratamento das pessoas estivessem dependendo de um diagnóstico. Só que não estão. Se a gente tem uma infecção urinária resistente ao antibiótico, vai ter que descobrir qual é o melhor antibiótico, porque senão descobrir a coisa vai complicar. Se não fizer este diagnóstico e não descobrir qual é a bactéria e a que antibiótico ela é resistente vamos nos dar mal. A psiquiatria vai entrar nisso como se o tratamento dependesse desse diagnóstico. A psicologia também. A área da saúde mental se caracteriza por uma coisa muito interessante: o tratamento pode começar sem diagnóstico nenhum. Existem situações gritantes. Se a pessoa está com um tumor cerebral e se você não descobrir ele morre. Mas, não é disso que a gente está falando. A esperança é que o DSM e o CID vão ser fidedignos e vão chegar à verdade da patologia! A esperança é dentro da nosografia! Não se precisa fazer um diagnóstico exatamente para tratar! O psiquiatra não pode cometer erros bárbaros. Como deixar passar um sintoma orgânico por exemplo. Fora disso os remédios são tão semelhantes entre si! Basta um diagnóstico sindrômico, como falam os nossos colegas! É uma síndrome delirante alucinatoria, é uma mania, são tão poucos os diagnósticos e que você para tratar basta se aproximar da pessoa e começar a ter uma relação afetiva ali: este é

o tratamento, sempre foi! Eu não estou negando a especificidade da profissão! Agora a psiquiatra está numa situação muito difícil! Tem que sair dessa, porque está virando estritamente medicina! Existem alguns núcleos de formação de psiquiatras que já se diferenciaram e estão na linha que conjuga os dois lados: o lado biológico e o lado psicossocial.

## **ANEXOS: 6**

### **Entrevistas com profissionais de saúde mental da rede pública:**

#### **1 - Psicanalista de um Ambulatório de Saúde Mental**

##### **1.1- Do ambulatório como lugar de tudo:**

Quando eu comecei a freqüentar ambulatório foi em Niterói, o ambulatório era o lugar de tudo! Evidentemente, alguém podia chegar no ambulatório com marcação prévia, quanto você poder ter um coordenador de turno no ambulatório – que era um médico que coordenava o serviço médico – atendendo uma emergência psiquiátrica! Sem nenhuma estrutura para emergência psiquiátrica! Então o que eu vi de experiência em ambulatório, além de ser uma coisa horrível, era o ambulatório fazendo emergência psiquiátrica. Isso foi mais ou menos em 1975. A industrialização da doença mental neste período era o auge. Mas, é o risco que corremos aqui no ambulatório hoje. Com esta falta de psiquiatras, com este preconceito com a doença mental. O que está existindo com a ausência de psiquiatra aqui é preconceito puro com a doença mental, porque todos já sabem que a doença mental é a matéria prima e o doente é a mercadoria. Isso é o velho jargão que pode se repetir em Macaé. Qual é a moeda nessa mercadoria e matéria prima? As receitas médicas, psicofarmacologia aos borbotões! A ponto de vermos aqui uma das nossas pacientes que ficou sem o psiquiatra que foi embora, uma pessoa fragilizada e não existe uma escuta e um olhar aqui para ver se ela está precisando de uma avaliação de clínica médica. Ela veio me pedir encarecidamente uma medicação, mais outra medicação e, eu falei: eu não vou fazer isso com você! Você não está se agüentando em pé! O responsável por esta dicotomia maldita – mercadoria e matéria prima – perfazendo a indústria da doença mental é a ação perversa dos laboratórios de farmacologia, dos laboratórios farmacêuticos! Tem se repetido aqui como em vários lugares do Rio de Janeiro, o que vem chegando em minhas mãos e verifiquei que isso não é um acontecimento recente, já vem acontecendo: paciente com 7 medicações. Sete especialidades farmacêuticas. O que que se quer criar? Quer se utilizar o masoquismo do paciente, diante do sofrimento dele, fazendo que ele perca o próprio poder de barganha política dele de reivindicação, para que ele se satisfaça com o quê? Com os comprimidos que ele toma masoquisticamente, né? Estas pessoas são primariamente masoquistas! Esta é a sorte da indústria farmacêutica! Se as pessoas fossem primariamente sádicas, as coisas não estariam assim! A questão é que o primário é o masoquismo: o primário é o instinto de morte! O paciente quando se abate e fica inseguro ele aceita ajuda, mesmo que essa ajuda não seja ajuda, seja, sim, perversão! Como esta proliferação de medicamentos! Podemos pensar, por sua vez, os assistentes psiquiátricos disseminando perversamente esta lógica de 7 especialidades farmacêuticas para uma pessoa só! Isso é impossível, é impossível!!! Não se sabe o que está fazendo efeito, naquele paciente! Geralmente o efeito não é benéfico não!

##### **1.2 - Da prática psicofarmacológica como mordça:**

Essa prática psicofarmacológica, isso é mordça! Isso tem uma extensão, esse tentáculo vai tão longe, porque você amortece. Amortece os desejos; amortece as necessidades dos pacientes, que acabam se cristalizando na receita. Tudo que ele possa se expressar de descontentamento, de conflitos, se afunila na receita. Então o paciente não pode entrar aqui porque está precisando de receita. Ficar aqui aos gritos porque quer receita! Não, ele quer escuta! Mas, como não existe escuta em lugar nenhum para ele, ele se satisfaz com a receita! A receita tem valor de troca, um valor de troca perverso! Perversão como Freud, McDougall compreendem. Não é a perversão 3<sup>a</sup> estrutura lacaniana. Por que ele sabe que é perverso, sabe que não está sendo escutado como devia. Não é ouvido! Escutado, é diferente!

Mas, ele se satisfaz porque? Por que ele não vai de maneira nenhuma – e isso é que corta, vamos dizer, nos dá um profundo dó, dessa condição do ser humano abatido, com o sofrimento

mental, com uma angústia intensa – ele não vai afrontar o doutor! Afinal de contas o doutor fez o papel dele: ‘me deu uma receitinha’, o paciente se curva!

### ***1.3 - Da reinscrição da industrialização e medicalização da doença mental***

Preconceito com a doença mental! Preconceito com a doença mental, mais uma vez! “Ele tem o que eu nunca terei na vida! Podemos pensar sobre o conceito de saúde: o que é saúde? Saúde se conquista! Saúde física você tem bem estar porque quando você cura arrefece o seu aprisionamento narcísico, não é isso? Eu há pouco tempo tive uma pneumonia braba. Eu me recolhi! Fiquei narcísico para ver se eu melhora! Mas, eu estava doente fisicamente! Quando o antibiótico foi fazendo efeito, eu fui melhorando, e vi que ‘agora eu estou bem’! Meu narcisismo arrefeceu! Eu não estou naquele recolhimento. Na saúde mental não é nada disso! Na saúde mental, narcisismo anda junto com saúde! Onipotência anda junto com saúde. Alguns assistentes – alguns psiquiatras - ajudam em dizer o seguinte: “o que ele tem eu não vou ter!” Ova, uma ova! O que ele tem eu tenho! O meu gradiente de saúde e doença eu entendo, pra lá e pra cá eu entendo. Dá conta daquilo que me incomoda e daquilo que significa uma doença. Pra ele, ele não está dando conta! Mas, pra mim dá! Agora, o que faço quando medicalizo um paciente é poder ver que o que ele tem, eu não tenho! É mordaca, é barreira, é paredão! A todo momento vejo isso! Um paciente tomando – eu contei – estava tomando 19 comprimidos! Duvido que o assistente que prescreve esta quantidade de remédios acredite nisso! Duvido porque as especialidades farmacêuticas ali, ou são redundantes, são dois benzodiazepínicos, dois neurolépticos iguais, porque está somando um no outro. Por que não aumenta a dose de um só? Isso é preconceito com a doença mental! “Ele tem o que eu nunca terei. Eu sou saudável, eu sou feliz, eu tenho um salário justo, eu sou bem remunerado. Eu tenho um bom consultório. Meu consultório me dá um bom rendimento. Eu nunca chegarei a essa situação que esse paciente chegou aqui perto de mim. Tão expropriado, tão faminto. Eu nunca chegarei a isso”. Agora quem viver verá!

### **1.4 - Do ato de fé: vende-se um ideal de ego:**

O laboratório está aí pra isso! Num ato de fé que leva para o assistente uma droga milagrosa! Mas, todo psiquiatra sabe que as medicações psiquiátricas efetivas se reduzem a menos de dez! Até hoje! Menos de dez! Efetivo para psiquiatria, que causa menos efeito colateral ao paciente, por exemplo, a descoberta da Risperidona. Mas, um outro chamado Ziprexa: cuidado com ele! Cuidado com ele porque dá agranulocitose! Se tomar demais o sujeito vai ficar com uma anemia que não sai! Pode morrer! Uma anemia aplástica, tem que ter cuidado! Os mais modernos podemos parar nestes dois! O restante, haloperidol com uns 50 a 60 anos; ampicilil a mesma idade; os antidepressivos tricíclicos tipo tofranil, nada se equipara, nada se equivale no tratamento da melancolia! Melancolia e mania, principalmente melancolia, na utilização do tofranil. Não adianta dar Prozac, não vai adiantar nada disso! Dez eu disse muito, viu?! Temos os benzodiazepínicos, mas, os benzodiazepínicos se reduzem a um só. Ou a dois: um rápido ou um lento. Não sei se chega a dez não!

Vende-se um ideal, Paulo! Quando o laboratório vende para você um produto novo e que o assistente passa a acreditar naquilo dessa maneira, e se diz ao paciente – a questão é o paciente, né? – o laboratório se oferece com a especialidade farmacêutica, se oferece como um ideal de ego para aquele doente. Que já está submetido masoquisticamente! É o hipnotizador e o hipnotizado. A relação é a mesma! Nada mais do que isso! O hipnotizador se oferece como ideal para o hipnotizado que oferece o seu masoquismo para ele – o hipnotizador! É sopa no mel.

### **1.5 - Do modo de produção capitalista e o sofrimento psíquico:**

O modo de produção capitalista: seria a mesma coisa da gente discutir aqui a questão dos desvios, das marginalizações, sem levar em conta que isso aí não é criado. Como se fosse criado pela educação, pela falta de saneamento básico... não, não é isso não! É pai sem salário, mãe sem salário, é salário indigno, remuneração inadequada, falta de se ver economicamente produtivo, é isso, é isso! São pessoas que não tem, na sua maior parte, as condições de estarem no interior dos direitos e deveres trabalhistas, dos deveres e direitos previdenciários, nós estamos falando disso! Isso é que cria a marginalização e todo o sofrimento que encontramos por aqui!

### **1.6 - Da produção da expressão como saída:**

Não é louco quem quer, só é louco quem pode! Você não tem doença mental assim não! Se você reúne algumas pessoas, discute algumas coisas, pontos de vista de uns ou de outros, em que um ajuda o outro e aquilo diminui a angústia, sem ser necessário o recurso à medicação, teremos uma situação de não precisar ficar medicalizando como se medicaliza. Na medida em que a pessoa se submete ao doutor, não se tem escuta, mas, ela recebe a receita, ela vai engolir todos os comprimidos que o doutor mandou. Ela não vai afrontar o doutor. Ela já é muito sofrida!

### **1.7 - Da perversão da indústria farmacêutica pela produção do fetiche medicamentoso:**

Quando se fala em naturalização precisaremos pensar no primeiro processo de naturalização. Como nós falamos sobre a perversão: quem vem primeiro é a higidez, a saúde, ou a perversão? Para o entendimento sobre o que significa sofrimento, doença mental. Freud tem uma posição muito clara! O tecido humano para Freud – o tecido humano do osso até o fio de cabelo – tem uma propriedade que é a propriedade chamada propriedade de excitabilidade geral! Por isso que o óvulo de óvulo se torna um ser humano. Ele é excitável! Freud vai lá em baixo. Essa condição de excitabilidade de pele e, por sua vez, prazerosa. A somação desta excitabilidade de vários órgãos vão conferir mais tarde ou em seguida àqueles órgãos especializados no prazer sexual, vão conferir por somação a condição de prazer puramente sexual. A sexualidade é secundária em relação à excitabilidade geral do organismo. E esta excitabilidade geral do organismo é o que ele chama de condição perverso polimorfa. Por que eu tenho prazer na boca! Mas, porque é que tenho prazer na boca, porque eu tenho que ter gozo na boca? Ele me faz procurar o mamilo da minha mãe e sobreviver com o leite dela! Por que que eu gosto que ela me afague? Porque eu tenho prazer na pele: isso é que ele chamou de perverso polimorfismo. Então a perversão é que é o natural. O natural é a perversão. Agora, se eu levar essa coisa pra vida adulta, veja só como essa coisa toda se desenvolve, essa perversão vai fazer mais tarde com que conflua toda a excitabilidade para que secundariamente se formem as gônadas. Então é por isso que se diz que a excitabilidade sexual ela é secundária e se apóia nas estruturas vizinhas. É por apoio. É o que Freud aponta. O que muitas pessoas confundem que para amar precisa de apoio, não é nada disso. Não é apoiado psiquicamente, é apoio mesmo! Quer dizer, aquilo que excita um órgão conduz essa excitação para confluir, para mais tarde apenas numa região, ou vaginal ou peniana do homem. Para fazer a reprodução humana vem de toda esta excitabilidade do corpo, para se confluir numa ou noutra região. Então a sexualidade é secundária. A perversão é coisa natural. Agora quando uma perversão se fixa e é esta a proposta do laboratório: é fixar a perversão! “Tome isso, vai resolver todos os problemas”. Aí o paciente pega aquele comprimidinho e fica emocionado. Este comprimidinho é um fetiche. É fetiche! “Eu não posso deixar de tomar!” Eu vejo pacientes tomando  $\frac{1}{4}$  de comprimido de Rivotril de meio miligrama. Este paciente veio tomando de lá pra cá 2 mg, através de não sei quem. Aí eu venho tirando, venho tirando. Chega a  $\frac{1}{4}$ !  $\frac{1}{4}$  é 0,125, é poeira! Aí o paciente diz: “com isso doutor eu me sinto tão bem!!!” Aí digo: então fica!!! Sei que não vai viciar. E ainda digo assim: ‘no fim de semana não toma não, pra não habituar.’ Ela obedece! E eu quero tirar esse troço dela! As relações, por sua vez, entre os assistentes e os pacientes também são fetichizadas. Um fetiche do lado do outro! O fetiche é o

melhor exemplo para a perversão! Que é a fixação em determinado lugar! É como se, há um grande erro em achar que o tarado, o famoso tarado que vive a cheirar calcinha vai ser um assassino! Não! Ele vai ficar cheirando calcinha a vida inteira! É porque ele tem aquele fetiche, alguma coisa na relação com o nariz que é excitável e dá um prazer enorme! O que que o laboratório faz? O laboratório vai dizer para você que este remédio você não pode ficar sem ele! Institui o fetiche a todo momento! Institui a perversão!

## **2 - Assistente Social da rede pública**

As práticas dos ambulatórios de saúde mental são muito excludentes, porque existe uma escolha de demanda. Acaba não atendendo a todas as pessoas que procuram o serviço. Acabam sendo barrados na recepção para um retorno quando tiver vaga. Por outro lado, os atendimentos individuais são longos demais. São atendimentos centrados na pessoa, com uma perspectiva clínica. Não há um olhar de discussão política sobre a produção do sofrimento. O olhar é centrado naquilo que a pessoa traz da sua intimidade. Será que estes atendimentos abordam a questão da violência, do desemprego, das relações sociais e familiares que estão muito fragilizadas. As pessoas chegam com seus sintomas. Depois que as pessoas entram no ambulatório os sintomas são trabalhados. As pessoas acabam se cronificando numa cultura clínica onde, no meu ponto de vista, não se aborda outras questões que estão associadas aos seus sintomas. As suas questões de insônia, de agitação, de agressividade: elas também podem estar associadas ao momento político do país, às questões sociais que estão agravadas, à cultura do consumismo, pelo desemprego na família, isso é pouco valorizado. O olhar clínico é muito fixado no sintoma, no problema que se torna íntimo da pessoa. O problema é dele, do interior dele. E daí a busca dos atendimentos individuais em salinha. Continua-se personalizando e a pessoa personifica a doença ao se praticar a discussão semana atrás de semana sobre os seus sintomas. Os sintomas se tornam parte de uma doença individual. E aí o risco é ficar ali a vida inteira. Eu acho que determinadas profissionais priorizam mais o atendimento individual. A psicologia tem muito isso de valorizar muito a escuta individual do usuário. Acho que houve uma inversão das coisas. Os atendimentos individuais deveriam ser contratados em situações muito especiais. As intervenções poderiam buscar as discussões coletivas, na maior parte do tempo. Se deixar o paciente vai ficar com o seu terapeuta individual a vida inteira. No ambulatório que eu trabalhava eu vi pessoas que estavam ali com seu atendimento individual. Eu saí e vejo estas pessoas sendo atendidas individualmente até hoje. Será que o terapeuta não recontratou com o seu paciente outras formas de intervenção? Esta história do usuário não vir e o terapeuta ficar ali também é muito confortável. Ele tem o controle da agenda dele. Era comum eu ver grupo de 2 pessoas e na agenda tinha quinze inscritos no grupo. Cadê os outros, como é trabalhado isso aí? Há uma busca da pessoa que não retornou? Há um contrato de tempo para se trabalhar com esta pessoa? Será que é tentado outros recursos perto da comunidade da pessoa? O ambulatório se transformou no lugar do infelizes. É o lugar para aqueles que não encontram maneiras de ser feliz na família, no trabalho, na comunidade, enfim, na vida!

## **3 - Psicóloga da rede pública**

Uma vez eu ouvi uma frase: “fica quem fala”. Isto é uma seleção natural. Eu sempre achei isso complicado em ambulatório. Eu acho que você tem outras formas de atendimento que não seja só através da palavra. Tem o corpo, tem a atitude... e também fazer a intervenção só individual, você restringe muito porque eu acho que a clientela que freqüentam ambulatório municipais de saúde mental é uma clientela que não tem uma cultura de clínica. Eles têm uma outra cultura e você tem que respeitar isso e criar outras formas de atendimento para atender esta demanda. E não produzir práticas que o caminho é a exclusão. Quando você deixa de atender uma pessoa e ela nunca mais volta está acontecendo uma prática de exclusão. Alguma coisa aconteceu que o profissional também é responsável por isso. Não é o cliente que é resistente. É o profissional que não conseguiu entender e atender aquela pessoa adequadamente. Seja por conta da postura, seja por conta da fala, por conta de uma série de questões que acontecem na relação que acaba

expurgando a pessoa daquele atendimento. Percebo também que se valoriza muito a questão da doença. Não se valoriza a saúde, valoriza a doença. As técnicas que são utilizadas têm o enfoque na doença e não na saúde. Acho que se pode pensar em formas de intervenção não apenas pela via clínica, mas, por outras vias. Temos então uma cultura da clínica que é oferecida às pessoas que buscam os serviços de ambulatórios de saúde mental. Desta forma, a gente vê que as práticas dos ambulatórios favorecem a uma cisão. O mundo está lá fora e fica ali o terapeuta e a pessoa que está pedindo ajuda. Não há uma integração com as coisas que estão acontecendo fora. Uma situação que eu sempre achei estranha em ambulatório é a seguinte: “nós não temos vaga, não podemos atender porque não temos vaga”. Se falta um paciente o terapeuta fica de braços cruzados esperando o cliente que não vem. Essa é uma das maiores contradições do ambulatório. Eu acho que a pessoa que chegou tem que ser atendida. Ela tem que ser atendida naquele momento porque é este o momento em que ela está precisando ser ouvida. Eu já vi situações em que a pessoa foi buscar atendimento e não conseguiu vaga. Era um atendimento numa cidade pequena e depois eu me encontrei com ela por acaso e perguntei se ela tinha conseguido vaga. Ela disse: “não, mas eu dei um outro jeito na minha vida...”. A gente percebe que as pessoas se tornam cada vez mais passivas. Acho que ainda temos o reflexo da ditadura no Brasil. As pessoas acham que as coisas são assim mesmo e não participam nem tentam participar das discussões para mudar as coisas. Fico pensando se os profissionais incentivam aos seus pacientes a participarem das discussões no ambulatório. Acho que há uma ditadura da clínica que reforça essa passividade nas pessoas. Acho que os profissionais receberam as suas formações muito na linha do individualismo. Olha, eu já dei supervisão para estagiários de psicologia. Quando eu os convidava para participar de um grupo de familiares eles falavam que aquilo não era clínica: eles queriam clínica! Quando eu convidava a participar de uma reunião de usuários, eles não tinham o menor interesse. Aí nós temos uma inversão: os estagiários que deveriam trazer ventos novos ficam com um mal estar em ver o profissional que está inventando outras possibilidades de intervenção.

#### **4 - Psiquiatra da rede pública**

##### **Sobre os atendimentos de dois em dois meses ou de três em três meses**

Isto acontece devido a um modelo centrado no especialista. Se eu atendo um cara de dois em dois meses está acontecendo alguma coisa de errado aí: meu ambulatório está muito cheio. O que está havendo que eu não posso ver o cara mais frequentemente. Mas aí temos uma outra situação, vamos atender 30 a 40 pessoas por dia? Então ou você começa a reorganizar o sistema de saúde. Por exemplo, em situações menos complexas: por que o clínico geral do programa de saúde da família não pode acolher esta demanda e tratar o cara lá? Os casos de maior complexidade vão vir para o especialista. É natural que isto seja assim. Existe uma lógica da produção. Você tem que ter um certo número de pacientes por dia. Se você impor: ah, eu quero atender os pacientes meia hora, isto é o razoável, é o mínimo que se pode oferecer. A gente vai atender neste teto e não vai passar deste teto. Mas, o Ministério da Saúde quer mais. Aí como é que você vai prestar uma assistência de qualidade achatando o tempo? Ou você briga por isto, ou não: “vou atender de meia em meia hora, e vou atender mensalmente! Não está dando? Então contrata outro!!!” Ou a gente muda esta lógica da medicina calcada no especialista! Por que cada vez a gente está caminhando para a especialidade, cada vez mais para uma subespecialidade, hoje em dia não só tem psiquiatria: tem psiquiatria infantil, adolescência, geriatria, tem forense, tem interconsulta e assim por diante. Tudo bem, é importante que tenham pessoas que façam estas coisas. Mas, não podemos perder a visão do todo. E aí se tem um cara com o caso de escutar vozes, será que ele terá que ser referenciado para o CAPS ou para um ambulatório de saúde mental? É como se as pessoas estivessem tão sobrecarregadas e que tivessem que filtrar a demanda: isso não é pra mim, eu mando para o colega que ele vai atender. É o questionamento de um psiquiatra que trabalha comigo num CAPS: “Será que vale a pena trazer o paciente aqui para o CAPS, será que o paciente não pode ser tratado na comunidade? Está lá inserido socialmente, a comunidade dá conta daquilo... será que vale a pena trazer o cara pra cá? Ele pode ir lá pegar o medicamento que ele precisa usar continuamente lá no PSF e de



tempos em tempos ser consultado pelo psiquiatra. Isso vai deixar as pessoas mais disponíveis para outras situações.

#### **Sobre as críticas dos usuários aos psiquiatras que atendem rápido:**

Por outro lado, existem usuários que elogiam estes mesmos psiquiatras. O doutor é bom porque ele passa o remédio rápido. Porque eu não preciso falar de coisas que eu não quero. Estes pacientes não vão funcionar bem com o profissional que está mais disponível que está lá para escutar, que pergunta um pouco mais. A gente acha isso estranho mas, tem pessoas que não querem falar de suas vidas, de seu sofrimento. Porque fica muito focado como o especialista que vai calar o sofrimento com a medicação. Não é só o especialista.

#### **Do ambulatório e dos CAPS serem visto como a Casa dos Loucos:**

Desde que você escolhe entrar no campo da saúde mental você vê isso. Muito cedo você se depara com isso. De você ficar associado, tanto quanto aos pacientes, ao estigma da loucura. O doutor cuida de louco, o doutor é meio pirado.

#### **Da pouca participação dos usuários dos ambulatórios na avaliação, na formulação de estratégias:**

Isso reflete um pouco a sociedade brasileira. As pessoas não se organizam para lutar por suas coisas. Escândalos acontecendo e ninguém sai às ruas. As pessoas reclamam, falam e tal. Mas, ninguém se mobiliza. Ninguém vai lá no Congresso e bota o pau. Eventualmente isso acontece, mas, é raro. Então se você quer um serviço de qualidade – eu quero que o doutor me atenda de trinta em trinta minutos, que isso porra eu venho aqui o doutor me atende em cinco minutos e me manda voltar daqui há três meses! As pessoas têm que lutar para serem atendidas dignamente! Aí tem essa coisa: tem o profissional de saúde, tem o gestor, e tem o usuário e o familiar. Se a gente não estiver junto nisso para lutar por estas coisas isso não vai mudar. As pessoas têm que se mobilizar, tem que se organizar grupos, para as pessoas participarem das decisões. Eu acho que respeitando determinados papéis, o caminho é esse. Vai ter o funcionário que vai fazer um determinado papel e ninguém vai poder fazer isso por ele, mas, as pessoas precisam estar juntas nisso, para a construção de um serviço melhor para todos. Não tem como ser diferente. Eu como psiquiatra e dizer que quero atender os pacientes dignamente, mas, a gestão quer eu dê um número maior de pacientes. Se eu brigar por isso sozinho, eu vou começar a incomodar. A gente tem que estar junto, por que no final é um bem comum.

### **5 - Fonoaudióloga da rede pública:**

Já trabalhei num ambulatório onde me sentia isolada e sozinha. Você tinha que cumprir uma produção e não tinha espaço para trocar com ninguém, nem tinha contato com nenhum outro profissional. Não dava tempo. Tinha que produzir e tinha uma chefia que ficava em cima de você para cumprir horário e ter a produção diária garantida. No ambulatório que trabalho hoje tenho a possibilidade de crescer enquanto profissional ampliando os conhecimentos, pois, trabalho com outros profissionais. Isto favorece a que você busque mais. Temos uma clientela muito variada. Temos reuniões de equipe onde temos a discussão do trabalho, avaliando nosso desempenho, questionando se a gente está correspondendo. Eu sinto que a comunidade ainda não está preparada para os atendimentos em grupo porque ela ainda quer o atendimento individualizado. Elas não aceitam, é muito difícil. Eles acreditam que num grupo eles não vão receber atenção. Eles estão acostumados com o atendimento individual. Nos grupos de acolhimento é comum inicialmente as mães questionarem quando vai começar o atendimento individualizado no qual elas estão em busca. Só que com o tempo elas começam a aproveitar o grupo, a participar mais e aí que elas começam a perceber que elas já estão sendo trabalhadas desde ali. E algumas nem querem ter alta do grupo. Já trabalhei num lugar que quando a gente queria fazer alguma atividade diferente fora da clínica não podíamos avisar antecipadamente. Por que senão as mães faltavam. Elas viam a importância dessa atividade fora do atendimento. Uma festa de aniversariante do mês também é terapêutico porque você vai observar a relação da mãe com o filho, como ela vai dar o alimento etc. Elas viam isso como uma besteira como se a

gente não quisesse atender. Mas, na verdade a gente com estas atividades tem mais trabalho ainda. A heterogênesse é uma nova visão para o futuro. Uma nova maneira de estar repensando a nossa prática. Eu vejo como uma troca de conhecimentos onde todos os lados ganham. É importante para gente porque a gente lida com a questão do bem estar. O quanto mais você troca mais você aprende e tem a possibilidade de mudar. A saúde mental ela é de tudo a coisa mais importante que a gente pode ter na vida. Porque gera todos os outros conflitos que a gente tem.

## **6 - Terapeuta Ocupacional da rede pública:**

A questão da porta aberta. Quando a pessoa vem e é agendado um outro encontro é muito complicado. No momento agudo quando ela precisa, ela não tem a atenção devida, ela fica a deriva. Se ela vem para um grupo de recepção: muitas pessoas deixam de vir porque ela fica sem saber quanto tempo ela vai ficar ali... Sem ela ser atendida no desejo dela, porque ela precisa ser atendida no desejo dela. Eu penso na heterogênesse porque ela vai ser atendida. Ela veio e foi escutada e acolhida. Isto é válido porque até hoje o grupo existe. Se ninguém quisesse se misturar o grupo teria acabado. Tive uma experiência que a hierarquia vertical fazia circular ordens de cima para baixo. A produtividade era o mais importante. Tinha uma estatística mensal e você via a sua produção do mês. Vinha uma folhinha anexada ao contracheque que media a estatística da sua produção, quantos por cento você produziu por mês. Portanto, a visibilidade dos atendimentos psiquiátricos – que atendem muito e em pouco tempo – é maior que aqueles que atendem menos e com mais tempo. São profissionais mais valorizados. Inclusive ainda tinha anualmente a lista daqueles que atendiam mais: primeiro lugar em psicologia, em terapia ocupacional etc. Isto produzia um sentimento dos profissionais ficarem empecunados. Por que isto produzia um ambiente de competição. A gente não ganhava nada com isto. Acho que nas reuniões no ambulatório vejo que são visões estanques. Estar numa reunião não significa trabalhar em equipe. Tipo assim, o usuário acaba sendo dividido em muitos. A fisioterapia cuidando da perna, o médico dando remédio, a terapia ocupacional tratando da mão e a psicologia da cabeça e a fono da boca. Ninguém fala da pessoa... Se você lesa um nervo da mão você tem comprometimentos emocionais dentre outros. Por outro lado, o usuário é usuário do serviço e não de um profissional ou outro. Quem trabalha com a clientela do serviço deve estar inserida nos contextos. Por exemplo, os profissionais de ensino médio ficam do lado de fora das discussões de equipe. Eles fazem parte da equipe porque eles sabem de coisas dos usuários que eles escutam do lado de fora e muitos profissionais não sabem.

## **7 - Musicoterapeuta da rede pública:**

Até então eu colocava em prática empiricamente no meu atendimento em ambulatório a porta aberta: as pessoas chegavam e eu escutava sobre o problema para marcar uma entrevista posterior. Eu sempre dava esta primeira acolhida. Sempre marquei diretamente com o usuário. Depois de vir trabalhar aqui eu vi uma porção de coisas erradas no ambulatório. Vi muitas coisas que poderiam ser feitas: contato com o Conselho Tutelar, com a rede, valorizando o ambulatório, reconhecendo a sua importância. No nosso ambulatório a gente está funcionando dentro de um CIEP. Eles tem a saúde do bombeiro, um projeto do corpo de bombeiro. Este espaço é cedido e consta de três salas: um com atendimento de fonoaudiologia, psicologia e MT. O que eu vejo de falhas: a gente está separado fisicamente. A gente trabalhava no centro de saúde e a gente foi colocado lá neste Ciep. Com isto a gente não tem mais contato com os outros profissionais da rede. Com a fisioterapia não tem contato nenhum porque eles tem o centro de reabilitação em fisioterapia. O encaminhamento implicado não acontece. O encaminhamento se dá por papel. Agora eu estou usando o papel da referência e contra-referência. Este papel obriga se fazer a contra-referência. Por que antes eu fazia num papel timbrado e o outro profissional respondia se quisesse. Desta forma tenho conseguido mais contato com os profissionais. A gente não tinha reunião de equipe. Agora começou a ter reunião entre a fono, a psicologia e a musicoterapia uma vez por mês, duas horas.

## **8 - Psicóloga da rede pública:**

A estrutura de ambulatório é uma estrutura diferenciada de uma construção coletiva. O ambulatório valoriza a quantidade e pouco a qualidade. E o profissional acaba entrando neste ritmo porque não consegue mudar esta dinâmica. Profissionais que não se encontram. Não tem um espaço coletivo para repensar estas práticas. Nos dois ambulatórios que eu trabalhei existe um administrador que está preocupado com produção e número de atendimentos. Ele está fechado para as relações e os desejos que acontecem no serviço. Tanto desejo dos técnicos quanto da comunidade ou seja para aqueles que vem para solicitar o serviço. O médico psiquiatra quando ele atende rápido ele tem uma produção elevada. Aí os outros profissionais que atendem com maior tempo tem uma produção menor. Por um lado a heterogeneidade é fantástico: está dentro do ambulatório para dar uma cutucada e poder mostrar que se pode fazer de outra forma.

## **9 - Psiquiatra da rede pública**

Eu acho que sem dúvida o funcionamento de um bom ambulatório antes de oferecer as várias modalidades terapêuticas já conhecidas e tradicionais, seria interessante um trabalho de recepção para se avaliar qual é a demanda. Nem toda a demanda deveria ser encaminhada ao tratamento psicoterápico e psiquiátrico. Uma vez em que num ambulatório de saúde mental chegam várias demandas sociais com sintomas de ansiedade e depressão, mas, isso não significa que necessariamente a pessoa tenha que ir para estes tratamentos. Tem até o exemplo de uma senhora que ela me disse que não gostaria de fazer uma psicoterapia e ela gostaria de fazer um trabalho com música, parecido com aquele que você estava fazendo lá fora no espaço de vivência. Ela não queria ficar falando coisas do passado preferindo participar de uma forma de trabalho através da música. O ambulatório de saúde mental ainda tende a trabalhar com as especialidades, não desconstrói muito a demanda excessiva da medicalização. Acho que têm ambulatórios que trabalham na direção de mudança, mas, ainda estas questões são muito fortes. Eu acho que para haver mudança requer que os profissionais se detenham mais nas singularidades dos casos, das demandas, e não se voltarem apenas numa prática estabelecida a priori. Cada profissional fica voltado para sua prática de uma maneira cristalizada e não se atentando muito para as questões sociais, políticas e de interfaces com outras disciplinas. Eu já trabalhei em espaços onde a produção era o único objetivo. Eu não gostava dessa forma de trabalho. Porque é uma forma de trabalho que se preocupa em atender sem descortinar um pouco esta demanda. Um bom ambulatório é aquele que está pensando a sua organização. Ele vai ter que organizar muito bem as demandas da coletividade. As pessoas já chegam logo pedindo um psiquiatra, um psicólogo. Um bom ambulatório vai acolher mas, não significa que vai encaminhar logo para um atendimento de um psiquiatra ou um psicólogo. Na grande maioria das vezes as pessoas querem um psiquiatra porque elas não sabem bem o nome daquelas angústias, dos sofrimentos psíquicos. Então talvez o profissional de saúde mental possa caminhar junto de cada caso de forma singular. Talvez aquela demanda possa ser resolvida dentro da própria comunidade. Eu acho que existem várias ações em saúde mental: a pessoa está com falta de trabalho, vamos discutir com ela a falta de trabalho. Ela está passando por questões de risco social, vamos discutir o risco social, isso sem que isso signifique que ela esteja fazendo uma psicoterapia

## **10 - Psicóloga da rede pública**

A prática multidisciplinar atende a uma grande demanda de pacientes/usuários com diferentes níveis de distúrbios psicológicos, orgânicos e sociais. Esse atendimento é realizado em sua maioria de forma individualizada, havendo poucas ações no sentido de promover uma interdisciplinaridade. O ambulatório como dispositivo complementar para atender a reforma psiquiátrica realiza um trabalho limitante pois em grande parte dos atendimentos há medicalização do paciente portador de sofrimento mental grave, visando à contenção de sintomas. No entanto, há pouco encaminhamento a terapias complementares e atividades sociais

e culturais. O atendimento de emergência é realizado pelo critério daquele que mais consegue verbalizar que está perto de cometer suicídio. Caso contrário, o adulto que procura atendimento individual pode entrar em lista de espera, sem previsão de data. Na verdade, existem poucos profissionais que se dispõem a sair de seus especialismos e praticar ações em direção a uma atitude interdisciplinar. Muitos se dizem abertos a mudanças e aprimoramento profissional mas, nas hora de agir não acontece nada. Poucos são os que conseguem levar adiante suas idéias em meio a adversidades.

## **11 – Psiquiatra da rede pública: sobre as práticas que circulam na cotidianidade dos ambulatórios de saúde mental.**

Para responder a esta primeira questão, faço-me valer de minha experiência ao longo de minha prática profissional como psiquiatra, a qual iniciei em 2003, tendo trabalhado em pelo menos 6 ambulatórios de saúde mental de 6 cidades diferentes, dentro dos Estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais. O que pude perceber ao longo deste período são práticas muito semelhantes em todos estes ambulatórios, com diferenças pontuais, como por exemplo, maior ou menor investimento dos governantes do município na saúde naquele período, equipe mais ou menos integrada, etc. No entanto a lógica de funcionamento de todos eles, na verdade, é a mesma. Tentarei descrever o que percebo e o que pude constatar a respeito desta “lógica”. Os ambulatórios, e falo aqui, especificamente da psiquiatria, embora perceba que a lógica se mantém nas outras especialidades também, são caracterizados basicamente, como bem menciona Paulo em sua dissertação, por uma abordagem “terapêutica” fundamentada sobretudo na dimensão biológica dos pacientes. Para fazer tal constatação, basta verificar a organização de tal ambulatório. Consultas são geralmente marcadas em intervalos de 20 a 30 minutos (quando muito). No entanto, existe sempre a possibilidade da chegada ao serviço de um paciente que está em crise, paciente este que já faz parte do serviço. São as chamadas intercorrências. Outra possibilidade são os pacientes cujos medicamentos acabaram e necessitam de nova receita, embora não estejam agendados previamente naquele intervalo referido anteriormente. Falarei de outro aspecto mais adiante que permitirá a compreensão deste fato, ou seja, do medicamento ter terminado antes da próxima consulta. (Não falo aqui de pacientes que faltaram à consulta). E ainda há os pacientes que não estão agendados, mas que necessitam de um laudo médico. Tudo isto mencionado acima deve ocorrer entre um atendimento e outro. Ou seja, aqueles 30 minutos destinados ao atendimento de um paciente, na verdade são reduzidos, para o atendimento dos chamados “encaixes”. Além do tempo de atendimento, outro aspecto que chama a atenção é a marcação das consultas com uma média de 2 meses de espaçamento entre uma e outra. Isto devido à demanda de pacientes. Fica fácil entender agora o que leva aos pacientes virem buscar receitas antes do dia de suas consultas, uma vez que as farmácias fornecem medicamentos apenas para um mês, e as consultas são agendadas de 2 em 2 meses. Quando se percebe que um paciente está grave e necessita de intervenções mais intensivas, ou seja, mais frequentes, marca-se atendimento para o mesmo entre um atendimento e outro já previamente agendado, ou seja, utiliza-se um horário virtual, dá-se “um jeitinho”, é mais um “encaixe”. Tal procedimento reduz o tempo de atendimento deste e de todos os demais pacientes. Este aliás, tem um tempo “virtual” de atendimento. Diante desta situação organizacional dos ambulatórios de Psiquiatria no serviço público do Brasil, fica difícil pensar em atendimentos, em uma lógica, que leve em consideração a importância da “escuta” na clínica psiquiátrica e saúde mental em geral. Importância da escuta que pode ser também entendida em importância da fala do paciente que ali se encontra, da linguagem. O que se dá para fazer neste desenho é “tratar” do paciente dando uma ênfase maior ao aspecto biológico, valendo-se do recurso da medicalização. Os aspectos de se trabalhar a fala e escuta são feitos por aqueles profissionais que os valorizam, como eu, mediante muito esforço em meio a este quadro. Fica de qualquer forma a sensação de que tal forma de abordagem não são prioridades no domínio público de assistência. Falar aqui das inúmeras comprovações teóricas da efetividade de métodos que utilizam a fala, a escuta, ou seja, a linguagem como recursos terapêuticos, me faria tecer um artigo inteiro sobre este tema. Prefiro deixar registrado neste relato a experiência prática de vários profissionais de minha área que não têm a menor dúvida da eficácia de tal abordagem. Trabalho com a perspectiva

pragmática e desenvolvimentista de assistência. Dentro da Pragmática, empregada à clínica, pressupõe-se o caráter performativo da linguagem, ou seja, esta utilizada não apenas para descrever, mas para realizar algo. Transpondo tal pressuposto para a clínica, como muito bem fez Jurandir Freire Costa, percebe-se a possibilidade de produções de novas subjetividades por meio do encontro, da linguagem, a possibilidade de um reposicionamento subjetivo e social do paciente, para estados mais satisfatórios que os anteriores. Em outras palavras, percebe-se uma melhoria na qualidade de vida da pessoa ao se utilizar este recurso terapêutico. Ainda há a questão da produção de significados na pragmática, no sentido de se significar as próprias vivências e experiências, na clínica, o que demonstra ser extremamente efetivo, como possibilidade de produção de novas subjetividades, mas que requer disponibilidade também por parte do profissional que realiza o atendimento. Dentro da perspectiva desenvolvimentista, saliento a importância do aspecto afetivo na relação médico-paciente, o qual não pode ser desconsiderado. E para se considerar tal dimensão, é preciso ouvir ao paciente, permitir que suas emoções apareçam e não simplesmente “apaciar a angústia” daquele paciente, algo que parece ser feito pela prática atual, que privilegia a dimensão biológica do ser humano em detrimento das outras, social e psíquica. Não quero aqui deixar de considerar a importância do biológico na constituição de nós, seres humanos, mas deixar bem claro que não pode haver primazia, nem dicotomização destas dimensões. Se as separo aqui, é para facilitar a compreensão. Diante de todo este relato, quero deixar claro que percebo esta valorização do aspecto biológico em detrimento de outros na prática ambulatorial do nosso cotidiano, em saúde mental, não só pelo aspecto organizacional do mesmo, mas por uma série de fatores não-clínicos, políticos, que atravessam nossa prática. Um deles é a questão da produtividade, fortemente vinculada a aspectos eleitorais. O que se percebe do imaginário dos políticos é que quanto mais atendimentos forem feitos, mais chances de reeleição os atuais governantes terão. A questão da qualidade da assistência fica em segundo plano aqui. Outro aspecto extremamente relevante para se tentar uma mínima compreensão deste quadro, é a estreita relação já referida por Foucault entre saber e poder. De fato, em uma visão pragmática, não podemos separar a questão do conhecimento das práticas sociais e culturais onde ele é produzido. Logo, em nosso contexto a influência das grandes indústrias farmacêuticas se faz presente com grande força, havendo inclusive uma corrente ideológica dentro da Psiquiatria, que claramente privilegia o biológico no ser humano, o cognitivo, em detrimento do social e psíquico de um lado e das emoções de outro. Realmente, para se tratar o “biológico” e o “cognitivo”, medicamentos serão sem dúvida mais efetivos que a fala, que a escuta. Mas que produção de subjetividade é esta, penso eu? Estaríamos produzindo robôs assim? Que não precisam falar, sentir, apenas tomar uma “pílula milagrosa”? Penso que deva haver posicionamentos efetivos de todos nós, atores da cena ambulatorial pública em saúde mental em nosso país, para que de fato, possamos construir um ambulatório que realmente atenda às demandas, não demandas de “apacamento”, mas demandas de uma vida melhor, mais plena. É claro que questões como universalidade do atendimento, um dos princípios do SUS irão aparecer, com toda a questão de como se atender a toda a demanda. Mas não podemos em nome dessa pseudo-universalidade, praticar uma assistência que como Paulo diz, cronifica, não trata efetivamente como poderia ser feito, apenas mantém os pacientes em “entretenimento”, no sentido de se “passar o tempo”.

## **12 – Psiquiatra da Rede Pública**

A gente vai tratar o diagnóstico ou tratar o sintoma? Primeiro, a gente precisa tratar o paciente de uma forma global. A medicação, ela tem um papel, na minha opinião, de ser mais complementar, do que fundamental em muitos aspectos. Devido existir na farmacologia medicações que podem ser utilizadas para quadros diversos, a gente acaba, na verdade trabalhando com o sintoma. Nestes casos, o que a gente varia geralmente de um quadro para o outro é a dose. Mesmo assim a gente observa que os pacientes respondem de maneira muito individualizada às medicações de uma forma geral. Então na verdade a psiquiatria se preocupa muito em ficar nosologicamente sub, sub, sub, sub, sub rotulando o paciente, e isso cai num preciosismo que não tem necessidade de ser. A gente precisa é observar a pessoa. Eu tinha um professor que dizia que a psiquiatria era “Terra de Ninguém, quem chegar fincar uma bandeira”.

Isto porque, mesmo a gente tendo uma noção sobre algumas coisas, mas, hoje a gente não tem etiologia nem fisiopatologia das doenças psiquiátricas. A gente sabe de onde ela vem, não consegue ver sua face e, assim, damos um nome pela aparência dos fenômenos reunidos o que acaba sendo algo muito frágil e discutível. De fato tudo é multifatorial: a gente tem carga genética, temos os fenômenos ambientais, dentre outros. A gente vê desta maneira que o diagnóstico psiquiátrico é basicamente o fenomenológico clínico: observa-se o paciente e o seu contexto. Muito bem, nós precisamos entender o seguinte: como as doenças filosoficamente já tiveram papéis diferentes na psiquiatria. A própria nomenclatura das doenças muda muito com o tempo. Não só a nomenclatura mas toda a carga etimológica, filosófica de conceitos e preconceitos. A histeria por exemplo: você chama alguém de histérico na rua você apanha. Devido à evolução da cultura humana, do saber técnico-científico com o saber comum em conjunto você vê como isso gerou preconceito. O próprio conceito de normal e patológico é inclusive, moral, político. Eu falei numa reunião de equipe: década de 70 a esquizofrenia era a doença prevalente. Um psiquiatra mais tradicional, mais antigo, vai diagnosticar muito mais esquizofrênicos do que um cara mais novo. Este vai diagnosticar muitos mais situações bipolares. Por isso eu acho que a gente tem que se preocupar muito mais com o paciente. A gente tem que ver o sintoma e ver o que está acontecendo e usar a medicação para poder aliviar o sintoma e melhorar a qualidade de vida dele.

Entrevistador: então não teremos cura em saúde mental?

Cura... geralmente os pacientes perguntam: Dr. eu vou ficar curado? Não. Se você tivesse uma amigdalite sim. Você pode dizer que curaria. Se você tiver uma virose o médico já não cura, porque vírus é o sistema imunológico quem vai trabalhar. Fungo, a gente até brinca: são as micoses de estimação. Elas vão e voltam. Então a medicina não cura a hipertensão arterial, a medicina não cura a diabetes, a medicina não cura a insuficiência cardíaca. As ciências médicas mais curativas com certeza estão bem longe da psiquiatria. A cura pode até vir, mas, não por causa da psiquiatria. A gente tem que se preocupar com o que Hipócrates falava. A medicina cura, às vezes, raramente, remedia, às vezes e alivia sempre. A gente tem que estar preocupado em melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão com a gente. Não tanto ficar curando pelo CID 10. CID 10 é só um papel, é só um conceito normatizado de intelectuais e estudiosos que ficam gastando tempo para poder normatizar aquilo. A gente tem que ficar preocupado com a pessoa em si.

Entrevistador: como você vê a questão da verdade em saúde mental?

Bem, na minha opinião, verdade não existe. Como naquela situação onde uma psiquiatra falou mudou de psiquiatra mudou de diagnóstico. A gente não pode levantar a bandeira das nossas certezas, não. A gente tem que ser humilde para reconhecer que a nossa visão é a nossa visão, um outro colega vai ter uma outra visão. A gente vai ser humilde para perceber que se o nosso modo de ver não está sendo resolutivo a gente tem que buscar uma primeira, uma segunda, uma terceira, uma quarta opinião, a gente tem que abrir o caso, conversar com outros saberes, com outros olhos, para que a gente possa conseguir ter uma visão um pouco mais comum do que está se fazendo. Então a questão da verdade é uma coisa que não se pode nem sequer levantar. A gente tem que ser pragmático. A gente tem que se perguntar se o nosso trabalho está cumprindo o papel de melhorar a qualidade de vida do paciente. Se o trabalho não está dando certo, isto é uma evidência de que a nossa verdade não está tão verdadeira assim! A questão do diagnóstico. O diagnóstico é uma faceta burocrática da doença. Ele é importante para o sistema funcionar. Para conceder um benefício para o paciente, para condenar uma pessoa á cadeia elétrica etc.etc. etc. e tal. Mas, para o paciente tanto faz se ele vai ser bipolar, se ele vai ser tachado de esquizofrênico. O sofrimento dele é aquele: é isso que a gente tem que observar. Por que ele sofre, o que ele sente, aonde se começa e aonde termina. Existem muitos programas: Programas de Atenção ao Bipolar, Programas de Atenção ao Psicótico. É preciso rever isto, retirar os rótulos e colocar as pessoas juntas.

Entrevistador: Fale um pouco sobre as medicações que servem para várias situações tempestuosas:

Por exemplo, a olazapina, que é o Ziprexa, dependendo da dose, ele é um ansiolítico, ele tem um efeito anti-depressivo, ele trata transtorno bipolar e trata esquizofrenia. Ele vai tratar de quatro grandes grupos de doenças psiquiátricas. Risperidona, você utiliza, por exemplo, para agitação psicomotora, dentre outras possibilidades. A gente acaba utilizando a medicação muito mais para os fenômenos. As medicações trabalham nestas grandes áreas de regulação do cérebro: dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenalinérgico, dentre outras. Quando você dá um antidepressivo você está agindo numa imensidão de circuitos cerebrais. Não se tem a menor idéia de como isso funciona em detalhes. Na verdade é isto se dá por “chutômetro”, por tentativa e erro. É a ciência empírica que muitas vezes usa a estatística para fabricar realidades. Se você pegar a literatura da psiquiatria você vai encontrar trabalhos multicegos onde se usa a medicação para tentar algum tipo de efeito. Eu costumo dizer que o psiquiatra é o último dos clínicos, pois o seu trabalho só terá eficácia, na minha opinião, se fizer um estudo clínico minucioso, com uma anamnese detalhada sob a visão do paciente e de um ente próximo (pois o próprio paciente não terá uma visão especular de si), um exame extremamente dedicado as queixas do paciente, onde você vai ter que “sentir o paciente”: lambear, cheirar, ver, tocar o paciente. É uma clínica super afetiva. Desta forma, assim como o termo esquizofrenia pode deixar de existir, assim como o termo histeria deixou de fazer parte dos manuais de diagnóstico, qualquer “doença” como qualquer saber pode se transmutar em outra coisa. Porém, desde que o Homem pisou na terra, seu sofrimento e o seu prazer são as coisas que realmente importam para sua felicidade. E a felicidade do Homem é o objetivo do médico.

### **13 – Psiquiatra da Rede Pública:**

Um turno de ambulatório psiquiátrico.

São dez as pessoas marcadas para a manhã. Uma assistente social trabalhará comigo, como forma de articulação das redes interna e externa e de troca de idéias.

A primeira pessoa atendida é um homem com diagnóstico de psicose e que deixou de freqüentar o CAPS sem que a mãe, que está com ele, nem ele, explique os motivos. Vários psiquiatras assinam consultas no prontuário, o que mostra a falta de vínculo. As receitas são conseguidas onde é possível e a cronificação segue seu rumo. Explicamos o funcionamento do CAPS, faço a receita, damos o encaminhamento, conferimos se a família pode levá-lo ao CAPS, dizem que sim e em quinze minutos vão-se embora. Fica em mim a sensação incômoda de que eles precisavam de muito mais. De mais atenção, mais conversa, mais conhecimento da realidade em que vivem, mais de mim, mais do serviço, saber quem trabalha na casa, de onde vem o rendimento e de quanto é, etc. E uma forma de garantir que realmente cheguem ao CAPS. E, se caso não chegarem, que saibamos. Fico angustiado, com a sensação de ter feito muito pouco.

Mas tem mais gente para atender.

Lá de fora me avisam que “tem mais um extra, só uma receitinha”.

Andemos mais rápido, pois, entra uma mulher que logo começa a chorar ao relatar que o ex-marido não está devolvendo o filho no dia e na hora combinados. O pai da criança e ela ficam com o filho em dias alternados, em acordo extrajudicial. Ela desconfia que o ex-marido está agindo da forma como descreveu para não dar mais nenhum dinheiro. Ela quer ficar todos os dias com o garoto, mesmo não tendo como cuidar dele, já que trabalha fora. Chora muito. Já está à espera de entrevista na Justiça. Fica claro que a intenção dela em ter o garoto todo dia é, também, para receber a pensão. Mas nem eu nem a Assistente Social tocamos no assunto. Isso iria levar a entrevista longe demais. A Assistente Social recomenda o Núcleo da Mulher, que pode ser mais rápido do que a Justiça. A mulher chora mais. Perguntada, diz que o ex-marido não aceitaria vir à entrevista no ambulatório. Não indico medicação, mas que venha daqui a uma semana na Assistente Social, para outra conversa. Mas o que ela está precisando é para hoje,

algo que lhe apóie, alivie a sua angústia. Não tem com quem contar para ajudá-la. A minha angústia aumenta, agora com a sensação de inutilidade, de mero repassador de problemas. Cada um desses atendimentos deveria levar pelo menos uma hora, ou serem discutidos em um grande grupo, com limite de tempo bem extenso.

A cada nova pessoa que é recebida cresce a angústia e a sensação de que o que é feito não é realmente importante para quem é atendido. As pessoas vêm procurar socorro e saem com remédios ou encaminhamentos. Precisam de socorro para hoje e não para daqui a uma semana, quinze dias ou um mês.

Com as más sensações aumentando e a fila lá fora também, o que alivia é a velocidade. Correr, atender rápido. Assim, com a correria, vários problemas são evitados: discutir o financiamento do SUS, debater o que a dupla de profissionais está fazendo, juntos, como unem seus conhecimentos, como deixam-se afetar pelo que o outro sabe ou não sabe, o que sentem em relação ao que estão fazendo. Evita-se também tocar na organização do ambulatório, que pode permanecer fazendo listas de quem vai ser atendido, produzindo números e não saúde. Contornamos também a difícil tarefa de entrar na vida das pessoas, mostrarmo-nos disponíveis, oferecer cuidado, possibilidade de retorno a curto prazo. Como fazer tudo isso? Colocaria em questão toda a organização do atendimento. E também a organização interna de quem trabalha?

Correr e não pensar. Finalizar o que tem que ser feito, dentro do modelo biomédico, tradicional, reconhecido, equilibrador de toda a falta de atenção com a população. E ir embora.

Mais um, mais uma, outra pessoa, mais um laudo para o INSS, mais um atestado para passe de ônibus, outros atestados para o INSS para pessoas que só vêm às consultas nas vésperas das perícias. Como parar para discutir isso? Com que tempo? Com que coragem?

O objetivo do turno de trabalho passa a ser ir embora. Para acabar o tormento, para não mais pensar no assunto, para não ver mais tanta gente sofrendo. Nem eu.



## ANEXOS 7

## FRAGMENTOS EXTRAÍDOS DOS PARTICIPANTES NOS DEBATES DO GRUPO DE HETEROGÊNESE

## 1 – Da informação sobre a saúde dos usuários:

Pesquisador: O seu médico já explicou para vc sobre o que você tem?

- Não. Nunca falou nada.

- Não?

- Não.

- eu vou lá, ele pergunta e eu respondo.

- Pesquisador: Pergunta o quê?

Como eu estou, que eu preciso de remédio, que eu tenho problema de insônia, que se eu não tomar o remédio eu não durmo, aí...esses dias eu fiquei 3 dias sem dormir, porque eu fui lá consultar, que eu levo a receita e depois ir buscar e não tinha receita azul...eu fiquei sem remédio. Aí eu não dormi. Uma farmácia me vendeu assim por baixo dos panos, para depois eu levar a receita, mas ele nunca me perguntou .

A: Participante da heterogênesse: A doutora chegou pra mim e não falou qual era a doença específica não ... ela não comenta sobre a doença não... Tem horas que eu fico meio curioso para saber sobre a doença., mas ela não chega e esclarece totalmente sobre a doença não... Ela nunca me explicou se a minha doença tem cura ou não... Mas ela me trata com dois remédios e provavelmente ela deve saber que tem cura ou não mas ela não me declarou isso não...

Pesquisador: Porque ela não deve ter explicado isso?

Participante: Talvez para eu não criar expectativa, pra eu não criar nenhuma expectativa e não ficar ansioso e pensar que estou curado e talvez livre...

Pesquisador: Essa doença poderia ser alguma outra coisa?

Participante: Pode ser várias coisas né... poderia ser psicológica, um problema psicológico, de eu estar criando esta doença, imaginando esta doença... imaginando cada vez mais... e ficando cada vez mais preso a doença... preso na idéia de estar doente... seria uma doença da imaginação... eu acho que o próprio doente ele acelera o estado de doença dele, imaginando coisas e colocando muitas coisas na mente... fazendo confusão com relação a doença...

Pesquisador: Você conversa sobre a sua vida com a sua médica?

Participante: Não... não converso não ... porque ela não dá abertura para isso... ela faz a consulta passa os remédios e pergunta se tá tudo bem.. eu falo que está tudo bem... eu aqui me abro mais que lá... eu entro mais em detalhes aqui do que lá...

Pesquisador: o que vc acha que não dá para entrar em detalhes lá?

Participante: O tempo da consulta... é muito curta...

Pesquisador: quanto tempo?

Participante: No máximo dez minutos.

Pesquisador: Você imagina qual seria a causa da sua doença?

Participante: A perda que eu tive do meu emprego... me transformou muito, foi quando eu sai do Senac há uns 5 anos... e eu tive uma sentimento de perda muito grande... me senti deprimido... foi daí que começou isso.. eu nunca imaginei que isso podia acontecer comigo... de perder o emprego...

L:

Pesquisador: o médico lhe dá explicações para a sua doença?

Participante: A psiquiatra falou que teria que tomar este remédio pro um bom tempo... ela nunca me explicou sobre a minha doença...

Pesquisador: Essa doença poderia ser uma outra coisa?

Participante: Essa doença eu acredito que não ... ela é ela mesmo... ela é uma doença terrível ela ataca a mente e o músculo...

Pesquisador: Você conversa com o seu médico sobre a sua vida?

Participante: Não... é a primeira vez que estou falando a verdade sobre a minha vida é aqui no grupo... lá eu só falo o que estou sentindo no momento... eu estou sentindo nervoso... estou deprimido... mas, falar abertamente como falo aqui não...

Pesquisador: Por quê?

Participante: Porque é de acordo com as perguntas dos médicos né... na hora só vem o pensamento no que estou sentindo na hora...

Pesquisador: Qual o tempo da consulta?

Participante: Uns dez minutos...

Pesquisador: O que poderia melhorar no relacionamento no atendimento psiquiátrico.?

Participante: Mais tempo...

X.:

O primeiro médico foi um psiquiatra aqui e ele falou que eu tinha psicose maníaco depressiva e tinha que tomar haldol talvez pela vida toda... fui para um outro médico e ele me deu Tegretol e estava me sentindo muito bem... mas teve uma época que eu não tava conseguindo ir nele para tomar esse Tegretol, para pegar a receita... aí eu fui num hospital mais perto de casa e eu falei para o médico.

Aí o médico brigou comigo: como vc quer tomar Tegretol... eu é que sei qual o remédio que eu vou dar para você ou não... aí eu fiquei espantada porque eu já tinha tomado o remédio e sabia qual o remédio que fazia bem pra mim ou não... pq o haldol deixa assim a gente meio paralisada, meia boba... meio parece que perde o sentido da vida, a gente não consegue ver o que está acontecendo.. o Tegretol me relaxava... me descontraía sem perder o sentido o que estava acontecendo ao meu redor... eu não estava conseguindo ir ao psiquiatra e fui procurar este outro médico e ele me falou que ele é quem sabia qual era o remédio que eu deveria tomar ou não...

Quando eu fui ao psiquiatra eu falei que queria fazer terapia... porque na terapia... porque eu acho que na terapia a gente desabafa e é uma forma da gente jogar fora aquilo que está fazendo mal dentro da gente... falar é igual evacuar... evacuar a gente não consome...

A gente se alimenta, o que é bom a gente guarda o que é ruim a gente bota pra fora... é ruim pra gente.. pode ser bom para outra coisa... se Deus colocou na natureza é porque tem algum sentido... é o mesmo que acontece com a gente... é necessário para gente aliviar e descarregar o mal estar... e continuar tocando a vida pra frente... aí depois eu voltei para cá e me tratei para uma psiquiatra e expliquei para ela... ela demorou na consulta, escreveu tudo... ela me explicou que eu tinha depressão maníaco depressiva e que a gente ia constatar com o tempo...

Depois fui para um psiquiatra que é psicanalista que já trabalhou aqui nos grupos, porque ele resolvia tudo de uma vez só... eu não ficava de um lado para o outro indo pra um atendimento e depois outro.

## 2 – Da capacidade de saber sobre o seu estado de saúde e sobre o tempo das consultas:

Pesquisador: Você tem espaço nos atendimentos para falar sobre a sua vida?

Participante: Tem hora que a gente te vontade de desabafar e falar e falar... porque não tem tempo disponível porque eles têm muitos clientes... aí chega uma pessoa com um problema enorme e aí chega outra pessoa com um problema enorme... então eu acho que eles são capazes de deduzir, pelo fato deles terem estudado... de deduzir qual o sintoma do problema que eu tenho... rapidamente pelo fato deles terem estudado... eu procuro sempre vir aqui para me cuidar pois seu ficar sozinha pode ser pior...

O tempo de consulta depende do dia... de como estou... eu chego lá falo o que tenho que falar... estou assim... estou assado... não estou dormindo... estou me mexendo muito quando durmo... coisas relativas ao meu corpo, ao mal estar ao meu corpo que reflete na minha mente... as sensações do corpo em relação a minha mente...

Pesquisador: Você consegue fazer alguma relação do mal estar com as situações na vida?

Participante: Aqui eu faço... tanto é que a psiquiatra falou que eu precisaria de um psicólogo ou terapeuta para eu poder falar... falar... falar... para poder desenvolver o que está passando comigo...

Pesquisador: Você acha que poderia ser diferente a consulta psiquiatra?

Participante: Acredito que sim.. porque o profissional não deve conhecer só um lado da moeda... só um lado da vida.. porque uma coisa está relacionada com a outra... os médicos entendem relativo aos remédios aos sintomas... os psicólogos e os terapeutas entendem cada um na sua maneira de ver e ter vivido referente ao lado dos conhecimentos da mente... agora um médico religioso ou budista vão relacionar a psiquiatria ao mundo em que eles vivem.. por isso eu acho que as pessoas devem conhecer um pouco de cada coisa para desenvolver , para tirar uma conclusão para expandir o melhor para outras pessoas.

É a mesma coisa, eu estou lá com os meus alunos... eu sou auxiliar de serviços escolares... eu percebo que muitas crianças estão carente e estão necessitando de maior apoio afetivo é necessário ter tempo para dar atenção a cada criança. Sobre aquilo que cada uma está precisando.. e isso é difícil fazer em pouco tempo... quando eu chego lá eu começo a fazer certas coisas que deveriam ser de uma pessoa que sabe dar atenção... Acho que o amor... a dedicação aquilo que as crianças estão fazendo... porque mesmo ele sendo muito pequenininho, mas se tiver amor dentro da gente, você consegue fazer muita coisa... eu acho que as pessoas deveriam ter mais amor do que obrigação... é preciso se doar mais... as vezes as pessoas para se doar precisam estar preenchidas. Por que se não estiverem preenchidas elas não poderão doar nada...

### 3 – Da troca de receitas sem consulta:

Participante: - Ah, eu só tô trocando de receita, acaba o remédio, eu vou lá, deixo a receita na segunda feira, que nem eu saio daqui do grupo, vou para lá e amanhã vou lá e pego.

Pesquisador: Então não tem mais consulta?

Participante: Não, tem consulta o dia que eu quiser.

Pesquisador: Então você só está indo lá para trocar de receita?

Participante: Só indo para trocar de receita. Porque eu não posso ficar sem o remédio.

Pesquisador: Mas, como é essa história de só trocar a receita? Como é que começou isso?

Participante: Isso começou há muito tempo...isso aí..na hora que gente precisa do remédio, não quer pegar ficha..a gente vai lá, deixa a receita, que é o mesmo remédio.

Pesquisador: Como se faz para trocar a receita?

Participante: - É porque a gente tem facilidade de pegar o nosso remédio..pegar a receita. Ah ...tem mais de ano que eu não marco consulta, tem muito mais de ano, tem muito tempo mesmo, que eu não converso... Só vou lá e fico trocando de receita.

## ANEXOS 8

### FRAGMENTOS EXTRAÍDOS DA PARTICIPAÇÃO DOS CO-OPERADORES NOS DEBATES DO GRUPO DE HETEROGÊNESE:

#### **1 – Da resistência em ingressar no equipamento ambulatorial para se render ao reconhecimento da sua doença:**

A. - Eu não aceitava de jeito nenhum ser doente... No início eu relutei, relutei, relutei... minha mulher insistia para eu vir para aqui... depois eu vim... e reconheci...vir pra cá foi reconhecer que eu estava doente...

#### **2 – Do espaço ambulatorial como signo de lugar para maluco:**

P. - quando eu fui encaminhado pra aqui primeiro eu senti um choque porque eu achei que era lugar de maluco... aí eu fiquei com receio de falar para a minha família... as pessoas me perguntavam sobre o que eu vinha fazer aqui... aí eu falei que vinha para o psiquiatra e para o atendimento em musicoterapia... eles falavam que eu era doido e que eu tinha que vir pra cá... o que os outros falam da gente lá fora não importa... a gente é que tem que saber o que a gente está precisando...

L. - no início eu fiquei dois anos dentro de casa e fiquei sem poder embarcar na plataforma que eu trabalhava...eu achava que eu estava num guerra... e não conhecia os meus inimigos... numa guerra sem conhecer os meus inimigos...

Coordenador: Como foi ser encaminhado para o ambulatório de Saúde mental? Eu me senti bem melhor... por que como eu me sentia numa guerra que eu estava só... então é como se eu estivesse encontrado os meus companheiros... então eu me senti mais forte... porque eu me sentia rejeitado pelos outros...

H. - primeiro minha mãe me dizia que eu devia vir pra cá para eu poder receber ajuda, porque eu quebrava muitas coisas dentro de casa.. mas, eu achava vir pra cá pro Núcleo as pessoas iam me chamar de louco mesmo... muita gente na rua me via como louco... eu não podia andar na rua que as pessoas falavam: ih o doido está passando aí... as pessoas não podiam olhar pra mim, porque eu olhava pra cara das pessoas e eu perguntava o que estava acontecendo... eu vim com a minha mãe e ela veio me trazendo dizendo que vir aqui seria bom porque eu não iria tomar muito remédio... quando eu cheguei eu olhei pra cara de todo mundo e vi que tinha pessoas com mais crise do que eu, outras mais sossegadas um pouco aí eu pensei: eu não estou como estas pessoas, mas, vou tentar assim mesmo... vou procurar ajuda por que eu estou precisando... aí eu acabei fazendo a consulta e a Dra. , ela é gente boa, me deu toda a atenção.. e me mandou aqui pro grupo... o negócio meu foi a timidez né... como eu ia chegar no grupo?! O senhor pediu pra eu me apresentar, eu me apresentei, como se fosse uma escola pra mim... e passou a timidez... eu estou satisfeito... eu dependo disso aqui... a idéia que eu fazia daqui antes era de um local de gente que só tinha que andar amarrado... hoje vejo que é um local diferente, uma classe diferente... o pessoal que trabalha na área de saúde são bons... eu acredito que todo mundo que vem aqui no grupo se dá bem... eu estou bem graças a Deus...

L. – Olha Dr. Paulo, a mesma coisa que H. aconteceu comigo... pois no momento que a gente pega aquela carteirinha, todo mundo acha que a gente é louca – é filho, é marido, é vizinho...- começa dentro de casa... a gente se torna uma doida mesmo... tem hora que a gente se acha mesmo doida... eu sei que a gente vive em crise né... desde 78 eu faço tratamento a pior coisa que acontece quando os outros de fora falam que a gente é uma coisa que a gente consegue levar... agora de dentro de casa falar que a gente é doida, isto é a pior coisa que grava na mente da gente... aos poucos vai saindo... que a gente vai se libertando disso...

Pesquisador: E agora, como as pessoas te vêem?

L.: Agora mudou, mudou muito porque quando eu comecei a fazer o tratamento... eu mesma tinha horas que eu achava que eu estava ficando doida... eu faço dois tratamentos que me ajudam cada um de um jeito... na psiquiatria é de um jeito, com os remédios... aqui a gente vem tanto pra limpar a alma quanto pra limpar a mente... aqui quando a gente vem com a nossa mente, a gente vem como que a gente tivesse dentro de um tubo... um tubo escuro... aos poucos a mente vai clareando com a música, com as meditações, com as conversas...

### **3 – DO PRECONCEITO SOBRE AQUELES QUE SÃO USUÁRIOS DOS AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL:**

N. – eu no começo eu custei a aceitar vir aqui... pois assim como ela falou, se dentro de casa chamam a gente de maluca, imagina lá fora... é mais fácil aceitar um estranho falar do que o próprio sangue... muitas vezes o nosso próprio sangue condena... xinga... você é uma merda... isso sai das bocas das pessoas da própria família... ficam amaldiçoando...

L. – aquilo que a outra falou é a pura verdade do que acontece com uma pessoa depressiva... a maioria das pessoas diz que a gente é doido e maluco, porque as pessoas em tratamento são pessoas vistas como diferentes... ficam diferente pros outros ... as pessoas estão doentes... não estão normais... não estão sorrindo, brincando... as pessoas acham que estamos doidos e malucos... este é o olhar das pessoas lá fora... se a pessoa se isolar, no caso, os familiares são os primeiros a criticar... quando eu começo a fazer a meditação em casa até isso eles implicam... Não se pode ser diferente... quem é diferente dos outros é doente...

## ANEXOS 9

### ENTREVISTA COM O COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO:

Dr. Hugo Fagundes

ÍTEM 1 - Em relação ao ambulatório, nosso grande desafio será promover a mudança da lógica de guichê de balcão para um modelo de acolhimento. No campo da Saúde Coletiva, em especial no que se refere à reorganização da atenção ambulatorial, está presente a idéia de mecanismos de triagem, de regulação, apoiada numa concepção hierárquica da assistência à saúde, sempre entendendo a Psiquiatria no nível secundário como, por exemplo, a Endocrinologia, uma especialidade médica. Partindo de nossa experiência de trabalho, passamos a entender que o campo da Saúde Mental, a Clínica da Subjetividade, apresenta melhores resultados inserido na atenção básica. A Clínica Médica, a Gineco-obstetrícia, a Pediatria e a Saúde Mental tomadas como grandes áreas da atenção básica. Há referências de que um considerável contingente de consultas do Programa de Saúde da Família decorre de problemas relacionados com a Saúde Mental. Mas, no Brasil o Programa de Saúde da Família não incorpora a inserção da Saúde Mental de forma sistemática. Não conseguimos consagrar esta idéia no sistema de saúde brasileiro. Assim, nas políticas públicas de saúde contemporâneas mantemos o vício da idéia das especialidades.

O ambulatório especializado em Psiquiatria foi pensado no final da década de 60, início da década de 70 como alternativa a hospitalização. Quais seus pressupostos? O modelo vigente era essencialmente hospitalocêntrico e seria combatido com a constituição de vários dispositivos ambulatoriais especializados que iriam atender os pacientes graves evitando a hospitalização. O que aconteceu? Primeiro não reverteu o modelo hospitalocêntrico: este se manteve intacto. Em alguns locais onde não houve regulação para a assistência hospitalar, até se alimentou a hospitalização. No Rio de Janeiro, em 1982, uma Resolução Conjunta entre a Secretaria de Estado e o INAMPS, estabeleceu que as autorizações de internação hospitalar – na época eram guias de internação hospitalar – somente seriam emitidas a partir de cinco pólos de emergência psiquiátrica: o Hospital Pinel, o Centro Psiquiátrico Pedro II (Engenho de Dentro), a Colônia Juliano Moreira, o PAM Bangu e o PAM Venezuela. Através desse acordo, uma mera medida administrativa que restringia a emissão de autorização para a internação aos demais médicos dos ambulatórios especializados, por exemplo, do PAM Irajá, se conseguiu reduzir de um mês para o outro, 40 % das internações psiquiátricas. Redução que mostra que o modelo ambulatorial, na verdade, alimentava o modelo hospitalar.

ÍTEM 2 - Segundo ponto: este modelo ambulatorial acabou construindo um novo formato de assistência estereotipado e também alienante. Ao modelo hospitalocêntrico, através do ambulatório especializado, inventou-se o seu contraponto, o modelo medicamentocêntrico ou remediocêntrico. Um dispositivo que passou a girar em torno de balcões de dispensação de medicamentos. Onde se acabou produzindo uma legião de fármacodependentes com a prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos para lidar com o mal estar da vida cotidiana. Assim, as angústias, o desemprego, a violência da cidade, as várias situações conflituosas, o desamparo na velhice, as dificuldades da criança com seus conflitos familiares, os maus tratos, o abuso sexual, enfim, inúmeras situações delicadas e complexas, foram medicalizadas e tiveram como resposta simplista a prescrição de benzodiazepínico. Isso gerou um novo e grande problema. Por ocasião de municipalização dos PAMs do Ministério da Saúde, antiga herança do INAMPS, apenas o PAM Del Castilho, tinha um consumo mensal de benzodiazepínicos maior que a rede municipal de saúde inteira. Esse é um problema que vem sendo enfrentado cotidianamente, que envolve uma mudança de cultura. Hoje, eu não diria que a prescrição indiscriminada de benzodiazepínico é um problema dos psiquiatras. Sequer dos neurologistas que são profissionais que já adquiriram uma visão crítica da utilização indiscriminada de tranqüilizantes. Mas, sem dúvida nenhuma é um problema com as outras especialidades médicas: clínicos, cardiologistas, ginecologistas e outros. Por exemplo, há uns anos atrás, no



PAM Bangu, a Andréa Luz Carvalho fez um estudo que demonstrou que o maior prescritor de benzodiazepínicos era um fisiatra.

Neste ano estamos lançando o documento de Recomendações para o Atendimento Ambulatorial em Saúde Mental que oferece diretrizes para a organização da assistência ambulatorial em Saúde Mental na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. Além disso, fizemos uma pactuação com a Assessoria de Promoção e Saúde, com os Programas de Controle da Hipertensão, de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança, que coloca a desmedicalização da vida cotidiana na ordem do dia. Assim, estamos trabalhando na montagem de uma pequena cartilha dirigida aos profissionais, voltada para a desmedicalização do uso de benzodiazepínicos e vamos preparar um material também para a população. A idéia é tentar criar uma mensagem, assim como as campanhas de combate ao tabagismo, de que essa prática traz riscos à saúde. Hoje em dia a opinião pública é majoritariamente anti-tabagista. Pretendemos então, criar certo constrangimento na prescrição de benzodiazepínicos, como um tipo de resposta pouco efetiva, que revela a falta de criatividade, uma pouca disposição de ouvir o sujeito, de cuidar dos seus problemas.

Outra questão relevante é o uso irracional de medicamentos. Retomemos o que chamamos de modelo medicamentocêntrico, o modelo de balcão, no qual estão estruturadas grandes agências de dispensação. Para ilustrar, destaco o exemplo de um médico de um PAM, por ocasião da municipalização, que pegava a relação dos pacientes agendados para o seu próximo dia de trabalho - no qual ele não iria comparecer a Unidade - e deixava prontas as prescrições dentro dos prontuários. O paciente chegava e recebia a receita. Ora, isso não é atendimento. Uma boa parte dos pacientes não vai procurar tratamento, vai procurar receitas. Muitas destas prescrições podemos classificar como irresponsáveis.

Um exemplo, a prescrição de anticonvulsivantes por um longo período, sem acompanhamento clínico, sem o menor cuidado de monitoramento, o que faz com que encontremos pessoas com hipertrofia gengival. É difícil dizer se há desconhecimento ou negligência do médico que está prescrevendo acerca da necessidade de monitorar os efeitos adversos do uso dos medicamentos. Situações absurdas, como por exemplo, a idéia de associar dois ou mais anticonvulsivantes para evitar a eventualidade de faltar um medicamento. Então para evitar que o sujeito tenha uma convulsão eu cerco de todos os lados. Assim, nasce uma prática completamente equivocada, a polifarmácia, decorrente na aposta do médico na desorganização do sistema.

Destacamos a relação da clientela com os medicamentos porque esse é o primeiro drama da atenção ambulatorial. Este modelo está calcado nesta demanda e a população foi ensinada a buscar isto. Quem incutiu na população a idéia de que a resposta para os seus sintomas se daria através do uso de medicamentos foram os médicos, então é este modelo médico que precisa ser enfrentado. Ainda não se conseguiu construir de forma majoritária a lógica da equipe multiprofissional na atenção básica. O esforço mais sofisticado e mais interessante neste sentido vem sendo desenvolvido pelo Programa de Saúde da Família, mas, este ainda enfrenta grandes dificuldades decorrentes dos vícios de formação dos médicos e dos enfermeiros, não raro, mantenedores da ordem hierárquica médica, colocando os demais profissionais como paramédicos subalternos.

Assim, iniciamos nosso trabalho ampliando ao acesso da clientela e fazendo um controle dos medicamentos. E fazer controle da prescrição e dispensação de medicamentos implica também controlar a incorporação tecnológica. Isto é um tema de discussão do mundo inteiro. Veja, não podemos negar que litotripsia melhora a qualidade de vida do sujeito portador de um cálculo renal. A litotripsia é tratar o cálculo renal com ondas de ultra-som. Inegavelmente o pulo do gato. Muito interessante incorporar esta tecnologia por que ela representa qualidade de vida, evitando uma cirurgia que tem uma recuperação lenta. Agora, é discutível fazer a incorporação de antipsicóticos de última geração que causam menos efeitos colaterais, mas que custam 600 ou 700 reais por mês, por paciente. Temos que indagar se este paciente que está morando dentro do hospital psiquiátrico por que não tem para onde ir, não vai se beneficiar mais com este recurso na mão podendo pagar um lugar para morar, viver em comunidade e tomar haloperidol ou se vai ser mais efetivo ele tomar medicamentos de última geração implementados pelo mercado, ainda que produzam, efeitos adversos mais brandos.

A exceção em relação aos medicamentos chamados de última geração, os antipsicóticos atípicos, seria a clozapina que tem um perfil diferenciado. Os outros não trazem uma contribuição específica, embora sejam mais suaves, mas, são muito mais caros. Resumindo, é impossível se sustentar políticas públicas com os recursos que dispomos hoje, utilizando medicamentos de ponta caríssimos. Além disso, estes medicamentos não garantem a segurança para grandes grupos populacionais. A Dinamarca, a Noruega, a Inglaterra que têm um sistema de saúde pública importante, não incorporam no serviço público medicamentos que não tenham pelo menos quinze anos consagrados no comércio. Por quê? Veja, o haloperidol, teve a descoberta da discinesia cardíaca, um efeito colateral grave, depois de quinze anos de uso. Bem, então não sabemos o que vai acontecer em grandes segmentos de população no uso prolongado de novos medicamentos. Se em uma em dez mil pessoas, no uso prolongado, vier a aparecer com uma disfunção mais grave no fígado, em larga escala isso vai acabar ocorrendo. É necessário ter segurança para incorporar em larga escala no serviço público uma nova droga. Assim, precisamos cobertura para o maior número de casos com medicamentos simples, que sirvam para tratar o maior número de patologias possíveis.

Claro, o que for discrepante, isto é, se algum paciente que se beneficia especificamente de uma droga de nova geração, esse é um caso especial. Para isso se faz um protocolo específico possibilitando que esse paciente possa utilizar um inibidor seletivo da recaptção da serotonina no lugar do antidepressivo convencional porque ele tem um quadro de arritmia cardíaca, por exemplo. Mas, não dá para você dizer que o inibidor seletivo da recaptção da serotonina é a droga de primeira escolha para um caso de depressão. Isto é uma inversão das coisas porque é um medicamento muito mais caro e também tem seus efeitos adversos. Não podemos deixar de considerar que o antidepressivo tricíclico é de fato um medicamento de uso consagrado, de domínio fácil, conhecido por diversos profissionais há muitos anos. Então, temos a responsabilidade de desenhar protocolos, regular, controlar a distribuição de medicamentos, controlar sua prescrição e a dispensação na rede pública e isso é imprescindível para se começar a organizar o ambulatório.

ÍTEM 3 - Uma outra questão para se pensar na reformulação do modelo ambulatorial é a garantia do acesso. O ambulatório não pode ter fila de espera. Serviço nenhum pode ter fila de espera, nem tão pouco a idéia de triagem pode ser considerada como alternativa aceitável. Se um sujeito chega num determinado momento a procurar um psiquiatra ou um psicólogo, inevitavelmente está sofrendo e precisa ser ouvido no menor prazo possível. Não é a idéia do pronto atendimento. O pronto atendimento é um modelo que não tem seguimento, acompanhamento. Mas, estou falando de um dispositivo aberto para acolhimento dessa pessoa. Então, trabalhamos com o conceito de grupos de recepção que podem ser feitos de inúmeras formas possíveis. Formas engenhosas e bastante interessantes, mas, na maioria das vezes, uma boa parte dos casos, é resolvida nos próprios grupos de recepção. Eles têm resolutividade. Eles constituem uma parte do tratamento, algo que se inicia mesmo no primeiro encontro. Os grupos de recepção não são estratégias meramente numéricas para ampliar a clientela atendida. Eles são uma estratégia de trabalho, grupalizamos para singularizar aqueles que precisam de um atendimento individualizado.

Para todos, oferecemos atenção uma atenção que é importantíssima no momento da procura de atendimento. Esta estratégia começa desmontar a prevalência do modelo médico. A começar pelo fato de que existem poucos médicos na rede, o que faz com que os grupos de recepção raramente sejam realizados por médicos. Isso possibilita que, de alguma forma, se possa descaracterizar um pouco a hierarquização dos saberes. Trabalhamos com os profissionais da equipe, embora cada serviço tenha um desenho próprio, trabalhando com um ou dois terapeutas que podem ser enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais.

ÍTEM 4 - Pergunta do pesquisador: - Profissional de Ensino Médio participa de grupos de recepção? Pode participar?

Sim, pode! Em algumas unidades temos pessoas com habilidades muito interessantes na equipe. Muitos deles aprenderam ali mesmo, no campo de trabalho, têm escuta, além de muitos

anos no serviço. Nós já tivemos uma auxiliar de enfermagem que era Diretora de um CAPS. Nesse momento não temos mais. Na verdade, ela dirigia uma equipe. Claro que isso resulta em inúmeros problemas, Por exemplo, tem médico que não aceita ser dirigido por auxiliar de enfermagem. Mas claro que é possível.

Desde que o atendimento se desloque da lógica de balcão para o modelo do acolhimento. Uma outra coisa, isso eu aprendi com os profissionais que trabalham com criança, uma coisa preciosa. Nenhuma criança demanda uma consulta de psicólogo ou de psiquiatra. Você não vai ver uma criança dizer: mamãe me leva ao psicólogo. Isso é uma demanda de adulto. Então um atendimento de criança nunca deve ser feito primeiramente com a criança, mas com quem demanda o atendimento. É o demandante que vai ser atendido. Muitas vezes, o atendimento da criança se encerra com três, quatro sessões com o demandante, sem a criança nunca ter conhecido o seu terapeuta.

Em relação ao atendimento de crianças e adolescentes é importante trabalhar de uma forma mais próxima com o pessoal da educação que vive demandando serviços de saúde. A Cristina Ventura anos atrás fez uma pesquisa interessante em vários municípios do Estado do Rio e mostrou que na quase totalidade dos casos estudados, as crianças e adolescentes graves – autistas ou psicóticas – eram atendidas pelas entidades filantrópicas, ou mesmo pela educação especial. E o setor saúde, na maioria das vezes, lidava com queixas de dificuldade de aprendizagem, ou então, com algumas alterações de comportamento. Então os problemas pedagógicos eram enfrentados pela saúde, e os problemas clínicos eram enfrentados pela educação. Uma inversão completa de valores.

Também os interesses de mercado conformam demandas. A cada matéria no Fantástico sobre alguma nova pesquisa no campo das alterações de comportamento, na semana seguinte temos quem lidar com uma profusão de demandas. Assim, acontece quando o Fantástico decide fazer uma matéria sobre os Transtornos Obsessivos Compulsivos, por exemplo. No dia seguinte você tem esta demanda batendo na porta do serviço de saúde. A questão da moda é o Transtorno de Atenção e de Hiperatividade. Os velhos quadros fóbicos foram redescritos pela indústria farmacêutica, há uma série de interesses mercadológicos neste campo. Mas, isso conforma um tipo de pensamento e uma demanda para os serviços muito específica.

Por outro lado, vemos instituições de crianças que apresentam quadros de autismo que têm financiamento do Estado para o seu funcionamento. Estas estão desconectadas dos processos da clínica e do processo de construção do modelo de saúde mental. Imagino que todos os municípios enfrentem este tipo de demanda. Mas, numa mega-cidade como o Rio de Janeiro isso gera uma pressão imensa. Parte-se do princípio que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas se perde a noção de que deve ser garantida através de recursos destinados a manutenção desse Direito que são finitos.

Assim, estamos vivendo um processo de judicialização do SUS. Para se ter uma idéia acerca da indústria de medidas judiciais para fornecimento de medicamentos, recebemos na Coordenação de Saúde Mental cerca de 60 processos por mês. Como o capítulo da Seguridade Social na Constituição Brasileira afirma a saúde como Direito de todos e Dever do Estado há um entendimento de que tudo deve ser garantido pelo SUS. Não há protocolo, não há racionalidade. Se um médico passa um cosmético para uma pessoa e esta entra na Defensoria com um pedido, o juiz concede antecipação de tutela e o serviço público tem que atender sem discutir. Então isso representa na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro um volume de recursos mensais que corresponde ao que se gasta com o Souza Aguiar, o Miguel Couto e o Salgado Filho e o Lourenço Jorge, os quatro maiores hospitais de emergência da cidade somados.

ÍTEM 5 - Entrevistador: o quanto se gasta mensalmente com medicamentos de saúde mental?

Até 2006 estávamos gastando em torno de R\$600.000,00 reais por mês de medicamentos no Programa de Saúde Mental. Estou falando aqui os fármacos psicoativos, os medicamentos da nossa área. Isso, sem contar o volume de recursos gasto para pagar as medidas judiciais. A SMS-Rio está gastando em torno de 1 milhão de reais por mês para atender demandas judiciais.

O volume de recursos destinados a aquisição de medicamentos caiu no semestre passado, em parte por dificuldades de abastecimento, fazendo com que por vezes alguns insumos faltem por um determinado tempo. Avançamos muito e estamos fazendo um esforço para regularizar o abastecimento de nossa rede. Em breve, poderemos dizer não apenas o volume o valor que se gasta com medicamentos, mas o número de pessoas atendidas, por faixa etária, por área da Cidade, por patologia, etc.

Entrevistador: Qual é o número de ambulatórios no Rio de Janeiro?

Coordenador do PSM: Atualmente temos equipes de saúde mental em 68 unidades da rede municipal de saúde. O sistema de informação ambulatorial atualmente é muito falho, por exemplo, ainda trabalha com CID 9. Este sistema, o SIGAB, desenvolvido pelo DATASUS, está sendo substituído pelo GIL que irá possibilitar a elaboração de informações mais claras acerca dos atendimentos realizados por cada profissional e cada unidade.

Entrevistador: em média qual é o quantitativo de usuários que são atendidos nos ambulatórios de saúde mental?

Coordenador do PSM: Varia muito... Por exemplo, temos uma Unidade Integrada de Saúde que fica em Cidade de Deus, uma mega favela com grande população. Nesta Unidade trabalham dois psicólogos e uma psiquiatra atendendo a aproximadamente 700 pessoas. Setecentos casos graves. E não são todas as pessoas da Cidade de Deus que são atendidas por eles. Uma parte delas procura o atendimento no Hospital Jurandyr Manfredini, dentro da Colônia Juliano Moreira. Nesta área, estamos trabalhando na desconcentração dos grandes ambulatórios, destinando um psiquiatra do Instituto Juliano Moreira para atender uma demanda setorizada. De fato estamos buscando organizar para buscar levantar qual é a demanda que a gente está acompanhando nos ambulatórios. A gente ainda não tem estes dados para poder apresentar.

Entrevistador: São quantos os ambulatórios na cidade do Rio?

Coordenador do PSM: Essa é uma rede tão grande, são sessenta e oito ambulatórios com equipe de saúde mental. Tem desde unidades com o PAM Rodolpho Rocco que é um misto de policlínica com pré-hospitalar fixo a unidades como PS Luiz Gonzaga Rei do Baião que funciona em Rio das Pedras, um espaço pequenininho com três consultórios com poucos profissionais que atendem aquela clientela de Rio das Pedras. Estamos trabalhando na mudança de vários Postos de Saúde para módulos do Programa de Saúde da Família. Por que é de fato mais interessante redesenhar o modelo dos postos para uma lógica de adscrição da clientela, que garanta a continuidade no cuidado, com o claro compromisso na atenção a saúde a um dado conjunto populacional. Porém, esta é uma mudança de conceito que demanda muito trabalho, muito tempo. Hoje nós fizemos uma reunião com os diretores das Unidades de Saúde de Jacarepaguá, discutimos o fluxo de encaminhamentos internos das unidades, como o hipertenso que é encaminhado para o psiquiatra - se você deixar, o maior número dos encaminhamentos são internos - encaminhamentos de um profissional para o outro. Isso nos tem levado a pensar da seguinte forma: a demanda interna também entra no dispositivo de recepção. O dispositivo de recepção serve para todos, inclusive para os usuários que são encaminhados de dentro da unidade. Isso muda completamente a situação. Uma segunda questão, as unidades com psicólogos que não atendem psicóticos. Mas, se a prioridade são os psicóticos, esses psicólogos podem não estar ali. A alternativa é convidar o profissional a passar por um reforço na formação ou trabalhar num outro lugar. O serviço público concursado deve corresponder às necessidades da população ou trabalhar em outro lugar. Temos unidades que não têm capacidade instalada para receber novos profissionais. O espaço não pode ser ocupado por profissionais que se propõem a atender demandas que não são prioritárias. Então, eles devem trabalhar em outras áreas, onde isso é possível. Alguns profissionais preferem apenas atender crianças, então devem ser relatados em unidades onde isso é possível, um hospital pediátrico ou mesmo um ambulatório onde seja necessário um reforço no atendimento a crianças e adolescentes.

Entrevistador: Quais são as maiores dificuldades com os profissionais nos ambulatórios de saúde mental?

Coordenador do PSM: A primeira coisa é tirar a agenda da mão dos profissionais, não para desorganizar o atendimento, mas para garantir acesso. Principalmente a agenda do médico. Não é possível manter agendado semanalmente aquele sujeito que comparece eventualmente ao serviço.

Uma coisa é o exercício privado do profissional liberal. A outra coisa é supor que o serviço público deve funcionar nessa mesma lógica. Nesse caso, são necessários mecanismos institucionais de mediação. A clientela é agenciada segundo mecanismos institucionais. Devemos ter regras claras de acesso e de funcionamento. Outra coisa é o controle de tempo do atendimento. Não é possível o profissional chegar às 7:00 da manhã e às 9:00 ir embora porque já atendeu a todos os seus pacientes. As pessoas brincam que tem um profissional que está sempre de cabelo molhado, porque chega de cabelo molhado e antes do cabelo secar vai embora. Há um mínimo de cuidado ético que deve ser sustentado.

Também é necessário refletir sobre sua prática. Anos atrás na Ilha de Paquetá, tínhamos lotado um psiquiatra que, dizia-se, fazia psicoterapia breve: chegava na barca das 10:00 h e ia embora na barca das 12:00 h. Neste espaço de tempo, medicava 400 pessoas, numa população de 3.600 habitantes. Quando iniciamos o Programa de Saúde da Família sem especialista, contando apenas com dois psicólogos, apenas 44 pessoas continuaram a usar medicamentos, sendo que destes, 17 eram casos graves. Assim, é necessário fazer uma análise crítica do trabalho e fazer o controle através de metas pactuadas de produção. O documento que nos elaboramos para o funcionamento dos ambulatórios oferece referências de produção pactuadas e em cima de carga horária real. Quando você uma pactuação que implica em compromisso. Isso com a definição de regras de quem atender prioritariamente de acordo com a cobertura prevista para aquela área, pois se os recursos são escassos a gente tem que eleger qual a clientela que vai gente vai tentar resolver os problemas mais críticos. Isso de acordo com os objetivos traçados no Fórum Local de Saúde Mental onde os profissionais dos serviços localizados na área se reúnem para planejar a rede local e discutir o trabalho realizado. Tudo deve ser feito da forma onde o consenso seja possível. E pactuado. Quando fazemos e pactuação a situação muda, alcançamos meio termo plausível para o funcionamento local do programa.

ANEXOS 10  
Aprovação do projeto de pesquisa no CEP UFF



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**  
*Médico*

CEP CMM/HUAP nº 251/06

Alair Augusto S.M.D. dos Santos  
*Médico*

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Ana Beatriz Monteiro Fonseca  
*Estatística*

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Carlos Brazil  
*Advogado*

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Denise Mafrá  
*Nutricionista*

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Carlos Carraro Eduardo  
*Médico*

Informo a V.S<sup>ª</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

José Paravidino de Macedo Soares  
*Médico*

Maria de Fátima Lopes Braga  
*Nutricionista*

Maria Nazareth Cerqueira Pinto  
*Médica*

Miriam Fátima Zaccaro Scelza  
*Cirurgiã Dentista*

Título do Projeto:

**“Do esquadramento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de saúde mental: três movimentos para a heterogênesse”**

Nívia Valença Barros  
*Assistente Social*

Paulo Roberto Mattos da Silva  
*Psicólogo*

Pesquisador Responsável:

**Paulo de Tarso de Castro Peixoto**

Paulo Sérgio Faitanin  
*Filósofo*

Regina Helena Saramago Peralta  
*Médica*

Pesquisadores Colaboradores:

**Cristina Mair Rauter**

Regina Lúcia de Oliveira Caetano  
*Farmacêutica*

Data: 13/04/2007

Renato Augusto Moreira de Sá  
*Médico*

**Parecer: *Aprovado***

Rosa Leonôra Salerno Soares  
*Médica*

Atenciosamente,

Rosângela Arrabal Thomaz  
*Bióloga*

**Prof. Herbert Praxedes**  
**Coordenador**

Rosiléa Said Amazonas  
*Representante dos Usuários*

Simone Cruz Machado  
*Enfermeira*

Wilson da Costa Santos  
*Farmacêutico*