

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

ROBERTA PEREIRA FURTADO DA ROSA

**ESPAÇO E LOUCURA:
UMA ANÁLISE DOS ESPAÇOS DE CUIDADO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

NITERÓI

2011

ROBERTA PEREIRA FURTADO DA ROSA

**ESPAÇO E LOUCURA:
UMA ANÁLISE DOS ESPAÇOS DE CUIDADO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Clínica e Subjetividade.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

NITERÓI

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

R688 Rosa, Roberta Pereira Furtado da.
Espaço e loucura : uma análise dos espaços de cuidado na
reforma psiquiátrica / Roberta Pereira Furtado da Rosa. – 2011.
119 f.
Orientador: Eduardo Passos.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal
Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.
Bibliografia: f. 114-119.

1. Saúde mental. 2. Espaço. 3. Reforma psiquiátrica.
4. Loucura. I. Passos, Eduardo. II. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia.
III. Título.

CDD 616.89

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Passos
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Luis Antonio dos santos Baptista
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Marcus Vinícius Machado de Almeida
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

A Eduardo Passos por todo acolhimento e atenção comigo em minha estrangeirice; pela fundamental participação no desenvolvimento da dissertação e em todos os nós que com leveza me ajudava a desfazer fazendo andar o trabalho, afirmando sua potência em momentos em que eu mesma não a reconhecia.

A Marcus Vinícius, grande amigo e eterno professor que me ajudou a pensar na escrita do projeto, me incentivando e encantando com seu entusiasmo pela profissão e com sua dança presente nas palavras, gestos e práticas cotidianas.

A Luis Antônio pela leitura atenta e cuidadosa de meu texto, apontando novos caminhos importantes ao trabalho e abrindo minha visão a novos modos de olhar, viver e sentir o espaço.

Ao professores da UFF Kátia, Lilian, Cristina, André, Roberto e outros que estiveram direta e indiretamente juntos criando tantos desvios em meu corpo que produziram novos modos de pensar, agir, viver que não me deixavam acomodar.

À equipe do HD que acompanhou todo meu percurso na UFF e principalmente esteve junto na clínica do cotidiano vivenciando comigo toda as questões que eram disparadas na prática, em especial a Sabrina que além de parceira era fonte de inspiração e força nessa luta diária.

Aos usuários do HD que estiveram juntos na construção e invenção de um novo afeto construído em conjunto onde aprendemos a cuidar uns dos outros.

Aos parceiros da rede de saúde mental de Petrópolis que disponibilizaram o tempo para conversas que me fizeram compreender parte desse funcionamento engrandecendo a pesquisa.

Aos amigos queridos e incansáveis na luta que me ajudaram a estar firme e não desanimar nesse processo seja na preparação para buscar o mestrado assim como em todo o tempo que passei por ele: Rafael, Cristiane, Silvio, Arilson, Sabrina, Cristina, Letícia e muitos outros.

Aos meus pais Marli e Paulo que nunca desistiram de me incentivar e cuidar de modo especial e sincero, sonhando junto comigo e chorando quando foi preciso.

Ao meu irmão Victor e minha cunhada Sidlene que estiveram do meu lado a todo tempo torcendo junto, e a João Victor que dava brilho ao meu cansaço com sua energia alegre de criança.

A Ademir, que viveu junto toda a dor e a delícia de minhas incertezas e conquistas fazendo de seu amor uma força para continuar sempre!

As amigas de longa data entendendo minhas ausências e cobrando mais afetos: Josie, Carla, Letícia, Michele, Ana Paula, Tilene e tantas outras que fazem lembrar que cada instante da vida vale a pena.

Ao grupo de orientação, parceiros na escrita desse trabalho feito a várias mãos: Denise, Joana, Rafael, Sandro, Jerônimo, Cadu, Júlia.

A turma de 2009 que entrou na UFF com tanto gás e com uma diversidade de temas que me fizeram aprender a cada encontro. De um modo especial a Ana Paula que leu com carinho e cuidado meu trabalho, e pela oportunidade que Poliana me deu ao ler seu trabalho, acrescentando mais poesia e leveza na dureza que por vezes de torna a escrita.

Ao grupo de teatro Pirilampo do HD-CSSM, meu xodó das oficinas, onde vibravam as idéias mais diversas sendo todas acolhidas, até mesmo as minhas, e que se transformavam em palavras – gesto, palavras – corpo, palavras –música, dando novo sentido a tudo que passava por nós.

RESUMO

Esta pesquisa aborda a relação que foi construída entre um espaço social e loucura na sociedade ocidental a partir do século XIX. Este espaço teve por principal função a exclusão do louco a partir de seu afastamento e isolamento em dispositivos próprios. Foi importante para a dissertação o conceito de espaço proposto pela geógrafa Doreen Massey que aproximamos dos estudos de Foucault sobre a loucura, à luz da problematização das forças que emergem na sociedade e conferem ao louco um espaço próprio. Desta maneira nos reportamos à questão da Reforma Psiquiátrica para compreender como os novos espaços de cuidado em saúde mental estão se compondo. Entendemos com Foucault e Deleuze que no contemporâneo há uma modulação do poder que altera o modo de viver através do controle dos fluxos livres. Desta forma problematizamos a clínica da saúde mental não tanto a partir da criação de um espaço de cuidado aberto e próximo à comunidade, mas como operação de abertura do espaço. Essa operação de abertura (des)localiza o cuidado e mantém a clínica em constante reinvenção em oposição a um fechamento em novos espaços de cuidado definidos como modelos fixos. Abordamos especificamente a rede de saúde mental de Petrópolis- RJ onde foi feito um estudo de caso em um de seus dispositivos: o Hospital-Dia CSSM. Através dos movimentos observados na clínica deste lugar percebemos os momentos de fechamento e cristalização de práticas, mas a partir de novas propostas desenvolvidas pela equipe, ao criar as Feiras de saúde e os Festivais de Arte e Cultura, percebe-se a abertura da clínica, ampliando os modos de cuidado. Observou-se um cuidado que se expande para além do usuário, mas que atinge também a equipe que se propõe cuidar além de promover um novo modo de estar na rede de saúde mental. Essa ampliação do cuidado se dá a partir das novas relações que surgem naquele espaço que são disparadores de transformações. Apontamos para uma clínica que está em constante crítica de suas práticas permitindo essa abertura do espaço.

Palavras-chave: Espaço; Reforma Psiquiátrica; rede de saúde mental; Hospital-Dia CSSM

ABSTRACT

This research is about the relation that was built between the social space and the madness in the occidental society from the 19th century. That space had the mainly function of mad exclusion from his removal and isolation in selves mechanisms. It was important to the paper the notion of space considered by the geographer Doreen Massey that approaches Foucault's studies about madness in the light of powers' questionings that emerge in society and verify to the mad a self space. In that way we return to the point of the Psychiatry Reform to better understand how these care of spaces in mental health are being compounded. In common with Foucault and Deleuze in contemporary there is modulation of power that alters the way of living through the free-floating control. For this reason we questioning about mental health clinic not for much from the creation of an opened care space and near the community but with opened operation of space. That opened operation (de)location care and maintain the clinic in a constant reinvention opposing a closed space to new spaces defined as fixed models. We specifically approached the mental health system in Petrópolis-RJ where it was done a case of study in one of its mechanisms: Day Hospital CSSM. Through that movement in the clinic we observed and realized the closed moment and practices of crystallization, but from the new considerations developed by the staff in creating health fairs and Cultural & Art Festivals, we could see an opened clinic extending its way of care. It was observed an expanding care beyond the user; however, it also reaches the staff that considers caring in addition to promote a new way of being in the mental health system. This application of care is giving from the new relations that appear in that space and that are the beginning of transformation. We pointed to a clinic that is in a constant criticism of its practices that allows this opened space.

Keywords: Space; Psychiatry Reform; mental health system; Day Hospital CSSM

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	
PERCORRENDO ESPAÇOS: LINHAS DIVERSAS TRAÇADAS DO CLÁSSICO AO CONTEMPORÂNEO	19
1.1 – “Espaço” da exclusão	26
1.2 – “Espaço” de tratamento, reabilitação e trabalho	33
1.3 – “Espaço” de questionamentos, mudanças	44
CAPÍTULO II	
CAMINHANDO PELO COTIDIANO DE UM HOSPITAL-DIA:	
PETRÓPOLIS E A REDE DE CUIDADOS NA CIDADE	51
2.1 - Cidade Ideal – trajetos por Petrópolis	52
2.2 - A constituição da rede de Saúde Mental de Petrópolis	57
2.3 – Trajetos do hospital-dia –CSSM	65
2.4 – Feiras e Festivais como possibilidade de abertura do espaço	76
CAPÍTULO III	
DESVIOS DA CLÍNICA: HABITANDO UM ‘LUGAR NENHUM’	84
3.1 - Desvio 1: espaços de encontro	89
1ª Linha de desvio - importância do coletivo	89
2ª linha de desvio - comprometimento e ampliação do cuidado	90
3ª linha de desvio - Produção de novos sentidos	91
4ª linha de desvio – cuidado em rede	92
5ª linha de desvio – conexão da rede	93
6ª linha de desvio – construção de novas relações com a família	93
7ª linha de desvio – afeto	94
3.2 – Desvio 2: Espaços de tensão	96
1ª linha de desvio - Término do HD-CSSM em Petrópolis	97
2ª linha de desvio – entrevistas	101
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

LISTA DE SIGLAS

HNA – Hospício Nacional de Alienados
DSM III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Third edition
HD-CSSM – Hospital Dia da Casa de Saúde Santa Mônica
RP – Reforma Psiquiátrica
RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira
SUS – Sistema único de Saúde
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
MS – Ministério da Saúde
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social
PAN – Posto de Atendimento Médico
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
UCP – Universidade Católica de Petrópolis
DIP - Departamento de doenças Infecto Parasitárias
DST-Aids – Doenças sexualmente transmissíveis – Aids
PSF – Programa de Saúde da Família
APAE – Associação de Pais e amigos do excepcional
CDDH – Centro de Defesa dos Direitos Humanos

INTRODUÇÃO

A partir da época clássica observa-se na sociedade certa modulação na maneira de ver e tratar a loucura que é conduzida a um determinado modo de estar na sociedade. O incômodo gerado pela diferença, pela pobreza, pela doença, pela loucura nesta época cria um espaço que aparece de diferentes formas: se configura a partir de estruturas de exclusão; posteriormente, com as idéias positivistas, há uma modulação em tais estruturas e suas funções, mantendo, porém a mesma relação.

Hoje observamos uma transformação do espaço que a loucura ocupa na sociedade. A proposta de tratamento se reconfigura e o cuidado em saúde mental torna-se um espaço aberto onde o tratamento é realizado na comunidade, no social. As mudanças do espaço de tratamento a que nos referimos são aquelas baseadas nas propostas da Reforma Psiquiátrica (RP).

Nossa proposta nesta pesquisa é compreender essa relação entre espaço e loucura para problematizar os atuais dispositivos de cuidado em saúde mental.

Trataremos aqui da questão do espaço entendendo-o em seu conceito mais amplo, buscado na geografia a partir de proposições feitas pelos autores Milton Santos (2002) e Doreen Massey (2009). Seguindo influências do pós-estruturalismo os autores apontam um modo novo de pensar o espaço unido ao tempo e aberto a uma multiplicidade de trajetórias que se compõem e constroem modos de estar, viver, agir. É nesta perspectiva que compreendemos os espaços de tratamento propostos pela Reforma Psiquiátrica a partir das práticas que acontecem em serviços substitutivos ao manicômio. As mudanças no espaço de tratamento referem-se não apenas a uma questão de modificação dos estabelecimentos de

tratamento, mas a uma mudança de perspectiva: antes da RP os tratamentos ao louco eram localizados em estruturas fechadas e afastadas da sociedade, marcando lugares próprios do saber e da falta de razão. A Reforma Psiquiátrica vem propor uma transformação dessas práticas de poder que se investiam na sociedade do século XIX a partir da desconstrução desses lugares marcados, apontando para uma prática que denominaremos: “deslocalizada”.

No Brasil surgem movimentos sociais de trabalhadores que se unem à Reforma Psiquiátrica (RP) fazendo desta seu norte para possíveis mudanças no cenário nacional.

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciaram no final dos anos 70 a partir da crise que se instalava no modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. Foi decisiva a iniciativa dos movimentos sociais e suas lutas pelos direitos dos pacientes psiquiátricos assim como a luta do movimento dos trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Estes trabalhadores organizavam encontros e debatiam propostas de transformação da assistência psiquiátrica. As propostas de desinstitucionalização inspiradas no modelo italiano¹ ganham força, de onde surgirão as primeiras ações para a modificação na assistência psiquiátrica no país. O ano de 1987 é marcado por grandes acontecimentos no campo: é realizada no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental; o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é montado na cidade de São Paulo e os anos posteriores são marcados pela experiência de Santos com o fechamento do hospital psiquiátrico e criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que veio renovar a assistência em Saúde Mental no Município. Esta experiência de Santos é considerada um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira.

Novos serviços vão surgindo, reformulando o tratamento do louco que antes consistia apenas do tratamento em regime fechado nos manicômios. As iniciativas são diversas na tentativa de substituir esse modelo asilar não com objetivo de criar um novo modelo, mas na intenção de reconduzir esse espaço de tratamento a uma abertura ao tempo. Podemos exemplificar a experiência de Lula Wanderlei ao criar o “Espaço aberto ao tempo” em uma enfermaria do IMAS² Nise da Silveira no Rio de Janeiro.

Os movimentos sociais se fortalecem inspirados pelo projeto de Lei Paulo Delgado que entra em tramitação no Congresso em 1989. Em 1992 esses movimentos - destaca-se aqui o MTSM - conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde

¹ Nos referimos à Psiquiatria Democrática Italiana que tem como fundador Franco Basaglia.

² Instituto Municipal de Assistência a Saúde. Abordaremos mais a frente esta proposta criada por Lula Wanderley.

mental. Somente após 12 anos esta lei é sancionada, no ano de 2001, tornando-se a Lei Federal 10.216. A partir daí a rede de atenção diária é ampliada em vários lugares do país onde não havia sequer assistência psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A criação desses serviços substitutivos ao manicômio aponta para uma proposta de tratamento modificada, transformando a lógica de atenção que passa a ter por objetivo a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e, em última instância, traz uma nova visão de cuidado que acontece no território. “Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário.” (BRASIL, 2005, p. 9).

Dois movimentos então se destacam: a proposta de construção de redes de atenção à saúde mental e a fiscalização em hospitais e redução progressiva de leitos psiquiátricos. A construção dessas redes de atenção inclui a articulação dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. A rede se configura, assim, como o espaço atualizado para a atenção em SM.

Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.25).

Essa rede enquanto proposta de cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira demonstra a tentativa de descentralização no atendimento, apontando para uma nova relação entre espaço e loucura. Nesta proposta a loucura é então revista e o louco se constitui como parte da sociedade necessitando estar em seus diversos espaços. Retornando à proposta da RP de desinstitucionalização, podemos entendê-la nesta perspectiva espacial como uma deslocalização do espaço de tratamento em saúde mental até então confundido com o manicômio. Inspirados na RP compreendemos este espaço de tratamento não apenas como espaço físico, mas enquanto território de lutas, relações e poderes.

O projeto da RP traz a proposta de transformar esse espaço, antes restrito e localizado no hospital psiquiátrico, em uma perspectiva que torna inseparáveis processos de territorialização – isto é, processos de criação de um território de cuidado – e processos de

desterritorialização dos espaços historicamente construídos para esse fim. Falamos aqui de território no sentido existencial onde se desfazem, se constroem, se reforçam ou se enfraquecem laços sociais que dão sentido à vida. Assim a tentativa seria de desconstrução de todo modelo hospitalocêntrico no que se refere à instituição de saberes, práticas e verdades para assim dar passagem a novas maneiras de estabelecer relações entre loucura e comunidade. Segundo Deleuze e Guattari (1996) este espaço o qual tem seu corpo coletivo e plural constituído é obrigado a se desterritorializar e criar novas territorialidades, ou seja, novas formas de ação no mundo, novas maneiras de existir.

O sentido que Deleuze e Guattari utilizam para descrever o território é distinto do conceito da etologia³. Segundo Passos & Alvarez (2009) na perspectiva etológica o território é exterior e prévio, podendo ser representado por um olhar objetivante em que os modos de vida e os sentidos que estão vinculados à constituição de um território existencial se reduziriam a espaços físicos. Por outro lado, para Deleuze & Guattari (1996), o que explicaria uma formação territorial seria a expressividade, não enquanto propriedade de algo ou alguém. Afirmam uma autonomia da expressão sobre as condutas que a expressam. O território existencial enquanto espaço está em constante processo de produção.

O conceito de desterritorialização não se confunde com o de desospitalização, pois não basta retirar o louco do asilo para efetivarmos um processo de desinstitucionalização da loucura. É insuficiente a mudança do espaço físico: não mais em manicômios, mas nas comunidades, porém mantendo a mesma lógica de pensamento em relação ao louco, sem desfazer seu papel, sem colocar em análise a instituição da loucura, sem desterritorializar um domínio de existência marcado pelo estigma, pela exclusão, pela perda de cidadania.

Peter Pál Pelbart ajuda a clarificar essa diferença: “Por potencial de desterritorialização entenda-se esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo, e transpor ou deslocar os limites” (PELBART, 1989, p. 104). Desterritorializar é desestabilizar os limites do que está dado, indo para além da desmontagem de espaços físicos ultrapassando as linhas do que se considera normal, natural, colocando em questão o conceito de razão frente ao qual se define o louco como desarrazoado.

As modificações de conceitos por si só não têm força suficiente, pois não se trata apenas de nomenclatura, mas trata-se da desconstrução de subjetividades construídas a longos anos na sociedade que têm o modelo hospitalocêntrico/manicomial como natural. Nesse

³ Tratado dos costumes, usos e caracteres humanos; estudo dos hábitos dos animais e da acomodação dos seres vivos às condições do ambiente. Conferir em: *Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa ilustrado*, São Paulo, Abril Cultural, 1971. Informações adicionais, disponível em: <http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090731060203AAxBpID>, acesso em 23/06/2011.

sentido é importante compreender que o território onde acontece o cuidado se designa não apenas por uma área geográfica em seu sentido mais restrito do termo, mas se constitui...

...das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território equivale a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL, 2005, p. 26).

É importante aqui esclarecer que ao falarmos de território estamos falando de espaço. Apontamos o problema do espaço onde acontece o cuidado em saúde mental a partir de uma mudança de lógica referente a essa palavra. Antes da RP o espaço onde acontecia o tratamento ao louco estava vinculado a um espaço de confinamento que exercia a função manicomial. A partir da RP as estruturas específicas que reproduzem essa função e separam o louco e a sociedade são questionadas onde há um redimensionamento do espaço da loucura. Este espaço se abre, fica sem localização específica e passa a estar relacionado ao território sócio-histórico e existencial de contratualidade, de trocas, de lutas. Criam-se novos modos de relação entre loucura e sociedade, necessitando novas maneiras de cuidar. Para isso se faz necessária a construção de redes de cuidado. O cuidado que se faz em novos espaços expressa outro modo de ver e compreender o louco, não mais encerrado em uma doença que extingue suas possibilidades de vida, mas enquanto sujeito que sofre e que tem suas singularidades, possuindo direitos de viver dignamente em sociedade. O cuidado se dá a partir de uma construção em conjunto que abra portas a novas possibilidades de vida experimentando-a em sua diversidade.

A pesquisa segue então este foco de análise ao buscar compreender essa relação entre espaço e loucura a partir da proposta de desinstitucionalização feita pela RP compreendida aqui enquanto deslocalização. Entendendo então que o espaço de tratamento em saúde mental hoje leva a proposta de 'abertura' dos dispositivos e de um trabalho em rede que seja descentralizado, pretendemos problematizar essa compreensão do que seria esses 'serviços abertos' e como se daria a prática de uma rede descentralizada que não privilegia determinados dispositivos.

Nesta pesquisa daremos foco ao estudo de Foucault à luz da questão do espaço assim como autores da Filosofia da diferença como Deleuze e Guattari. Para analisar essa compreensão de um espaço deslocalizado de tratamento, utilizaremos na metodologia desta pesquisa um estudo de caso feito a partir de um dispositivo de cuidado em saúde mental na

rede de saúde da cidade de Petrópolis – RJ: O Hospital dia da Casa de Saúde Santa Mônica (HD-CSSM), instituição de caráter privado, conveniada ao SUS.

O interesse nesta análise surge pela minha proximidade e implicação com este serviço onde trabalhei como terapeuta ocupacional. Observava, desde a minha entrada em 2003, que muita coisa se modificou no espaço de tratamento do HD-CSSM. Essas mudanças tiveram influências na tentativa de construir um novo modo de tratamento mais próximo à comunidade de Petrópolis e à rede de saúde mental. A partir de uma sensação de isolamento sentida no serviço em relação aos demais dispositivos de tratamento em saúde mental da cidade, a equipe do HD-CSSM se propõe construir novos movimentos, surgem nessa atmosfera novas idéias. São elaboradas e desenvolvidas duas atividades que trazem uma modificação do espaço de tratamento. As Feiras de Saúde e os Festivais de Arte e Cultura surgem como eventos abertos à comunidade que passam a fazer parte da dinâmica daquele HD. Essa percepção se torna base para alguns questionamentos. A partir desses eventos observamos o que neles havia de desvio em suas propostas, buscando entender seus desdobramentos, suas relações e influências com a rede de saúde da cidade.

Seriam então a arte e a cultura dispositivos que auxiliam na construção de novos espaços de cuidado, de espaços compatíveis com a direção do tratamento na Reforma Psiquiátrica brasileira? Problematizamos então as feiras enquanto ferramentas da clínica. O que essas propostas produzem no espaço do HD-CSSM, na maneira de cuidado que se presta o serviço, na relação da equipe, dos usuários, antes, durante e após o evento e como seus movimentos podem influenciar na rede de cuidados em Petrópolis?

A minha proximidade com essas experiências me faz sentir e ver uma transformação que instiga ser entendida. Que transformações são essas que acontecem naquele espaço e em variados corpos ali presentes, passando também pelo meu corpo? Essa atenção que passo a dar a tais movimentos ainda parece confusa inicialmente, mas já se torna base para a construção do projeto que passo a desenvolver no mestrado em psicologia na UFF em 2009. Tal pesquisa partiu então dessas microrrelações percebidas na prática clínica em saúde mental, onde busquei entender essa curiosa relação que acontece entre o espaço e determinado modo de tratar a loucura. Início então deste ponto. Trazer nesta pesquisa inicialmente o contexto macropolítico da Reforma Psiquiátrica serve como estratégia, para assim poder posteriormente dar foco a essas modificações que se dão em nível mais local fazendo a análise das microrrelações. Dessa forma é possível acompanhar movimentos que nos ajudam a pensar as atuais práticas em saúde mental.

É importante destacar que ao focar este estudo dentro de um equipamento da rede de saúde mental e apontar os dispositivos ‘Feira’ e ‘Festivais’, propomos observar principalmente estas modificações percebidas no cuidado produzido neste espaço. Um cuidado que não se restringe ao usuário, mas envolve também o trabalhador desse equipamento que passa por momentos de tensão, de estagnação, e de movimentação intensa nas discussões das propostas, nas práticas intensivas daquele lugar e nos constantes questionamentos sobre o sentido das ações que se desenvolvem ali e o modo como conduzi-las. Esse cuidado ampliado que trata também o trabalhador vem dizer do próprio movimento de deslocalização, refazendo papéis sociais onde não há um alvo a ser atingido ou uma separação de quem trata e de quem é tratado, mas essa mistura de papéis permite a abertura do cuidado ultrapassando seus limites formais.

O projeto que torna-se hoje esse relatório de pesquisa não tem a intenção de trazer respostas sobre qual e como seria o lugar de tratamento mais adequado para o cuidado em saúde mental, visto que neste campo não buscamos nenhuma adequação ao que já está posto, nem qualquer modelo a ser seguido. Não se pretende também marcar diferenças sobre lugares de tratamento na rede de saúde mental de Petrópolis definindo privilégios, pelo contrário, toda a caminhada desta pesquisa toma um percurso inverso a qualquer especificação de lugar. Buscamos aqui afirmar essa não especificidade a cada vez em que ela viabiliza a qualquer lugar aberto ser lugar de cuidado, no momento em que as práticas ali desenvolvidas percorrerem linhas de descentralização, ampliando o espaço de tratamento para além de uma delimitação de dispositivos.

Problematizamos então a compreensão dessa clínica como **abertura do espaço** e não somente como um **espaço aberto**. Como abertura do espaço, entendemos um espaço que se constitui na medida em que acontece, pela produção de redes intensivas, possibilitando relações sociais, acontecimentos díspares e devires que se transformam em potentes dispositivos clínicos. Um espaço que é transmutado para tornar-se espaço de humanização enquanto experiência concreta de *um homem* em processo de produção de si e de sua saúde, levando em conta a humanidade como força coletiva e não definida a partir de uma imagem ideal a ser alcançada, mas como algo sempre inconcluso. “Por humanização entendemos(...) a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais” (PASSOS e BENEVIDES, 2005, p. 317).

É importante também apontar que ao propomos uma abertura e deslocalização do espaço da clínica em saúde mental não estamos afirmando uma falta total de contornos. Os dispositivos de saúde mental existem e são necessários para conectar redes de atenção que

dêem suporte e ampliem as possibilidades de vida daqueles que buscam este tratamento. Essa deslocalização então se faz a partir de uma compreensão do espaço enquanto abertura ao novo, aos movimentos que podem ser díspares, mas que se unem reforçando os laços que compõem a rede. É a compreensão de um espaço que deve ser ampliado para fora dele mesmo, transbordando qualquer limite e permitindo a intercessão com outros campos. É esse ‘nem fora, nem dentro’, nesse habitar um ‘lugar nenhum’, nesse limiar onde ocorrem as mudanças e a abertura do espaço de cuidado em saúde mental sem que haja privilégios ou prioridades de dispositivos neste campo.

No primeiro capítulo pretendemos traçar linhas que uniram a loucura a um espaço específico. Para esta discussão iniciaremos apontando a perspectiva de espaço que estamos entendendo a partir dos geógrafos Milton Santos e Doreen Massey. Tais ideias se diferenciam do modo estruturalista de pensar o espaço. A proposta é pensá-lo enquanto aberto e complicado com o tempo. Dessa maneira aproximamos dos estudos de Foucault que nos dá pistas sobre as forças que irão emergir na sociedade que conferem ao louco um espaço próprio. A partir daí serão seguidas algumas trajetórias que partem do século XVI e marcam um espaço de exclusão iniciando com os antigos leprosários. Posteriormente na época clássica esses espaços dos leprosários já esvaziados se reformulam sendo próprios à loucura e a todo tipo de erro. Algumas linhas de forças são traçadas que aproximam a experiência da loucura a um estabelecimento, que tinha como principal função afastá-la da sociedade. Com a entrada do positivismo esses espaços se modificam e ganham novas funções com a chegada da medicina e a proposta de cura e normalidade em um espaço disciplinar esquadrihado. A partir disso traçaremos mais recentemente os questionamentos em relação a esse modo de tratamento da loucura feitos pela antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática. Com autores como Franco Basaglia assistimos ao impulso dado aos movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo norteando essa luta pela desconstrução dos aparatos institucionais assim como dos lugares instituídos de saber. Ao final deste capítulo retornamos à discussão deste espaço múltiplo que se modifica e que é percebido neste movimento de modulação entre sociedade disciplinar e sociedade de controle. Dessa forma, a lógica de deslocalização proposta na RP pode correr o risco de também reproduzir mecanismos de controle independente do lugar em que desenvolve.

No segundo capítulo iniciamos o estudo de caso feito no HD-CSSM em Petrópolis. Inicialmente demonstramos como as mudanças na psiquiatria no Brasil se ligam à industrialização e constituição da sociedade burguesa no século XIX. É utilizada a cidade de

Petrópolis como palco que demonstra a relação de poder que se exercia nesta época da república em um movimento de exclusão da diversidade. Dessa forma se constrói uma ponte para apresentar a cidade e as relações que são construídas ali. A partir daí passamos à descrição da constituição da rede de saúde mental de Petrópolis com os diversos dispositivos de cuidado em saúde mental que existiram e ainda existem na cidade de Petrópolis com seus movimentos e dificuldades na atualidade. Nossa intenção é mostrar um panorama geral de como se encontra hoje essa rede de saúde mental para assim entrar no estudo de caso proposto, o HD-CSSM. A partir da minha entrada no HD-CSSM em 2003, procuro traçar os movimentos que ocorreram dentro desse espaço de tratamento, destacando os momentos de cronificação do serviço, que entendo como fechamento do espaço, e momentos de abertura, de possibilidade de construção de novos modos de cuidado e relação a partir de eventos propostos pelo serviço como as Feiras de saúde e os Festivais de arte e cultura. Segundo a premissa da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), qualquer espaço que se propõe tratar pode habitar momentos de fechamento e abertura, não existindo assim um local ideal onde se pode exercer o cuidado em saúde mental, mas espaços diversos onde a clínica se faz. Essa abertura, porém, depende de uma constante atitude crítica sobre as próprias práticas.

O terceiro capítulo iniciamos ligando a ideia de lugar ao conceito de utopia ou “lugar nenhum”. Entendemos que a clínica não pode ter um lugar marcado, ou um modelo fechado, pois se assim for, caímos na ideia de um lugar ideal. Pretendemos afirmar essa deslocalização da clínica. Usamos o livro de Thomas More para discutir a ideia de utopia e o livro de William Morris *Notícias de lugar nenhum* que propõe essa transformação deslocalizada unida à mudança na maneira como se dão as relações. A análise de pontos deste último livro nos auxilia a pensar em modificações ocorridas no HD-CSSM. A partir daí são descritas algumas linhas de desvio dessa clínica que nos dá pistas de como poderiam ser criadas redes quentes⁴ que permitissem a esse serviço recriar relações e resistir a movimentos que privilegiam uma relação entre lugar X usuário.. Dessa forma partimos para a compreensão da construção de um lugar comum, diferenciando esse conceito de uniforme e de comunitário. Um comum em que se compartilha, sem, porém, marcar o que lhe é próprio. Outros desvios vêm tratar do término deste serviço na rede de Petrópolis, onde se percebe que muitas vezes a luta por tal deslocalização é difícil de sustentar já que ainda se encontram forças que mantêm certa hipervalorização do espaço especializado quando o que se deveria afirmar é a busca de espaços abertos. São trazidas à cena falas de trabalhadores da equipe do HD-CSSM sobre as

⁴ Trataremos deste conceito de redes quentes e frias no terceiro capítulo.

feiras e festivais, destacando sua percepção quanto à transformação ocorrida neste espaço afirmando a resistência ética-estética-política experimentada neste movimento de abertura do espaço.

CAPÍTULO I

PERCORRENDO ESPAÇOS: LINHAS DIVERSAS TRAÇADAS DO CLÁSSICO AO CONTEMPORÂNEO

Neste primeiro capítulo pretendemos traçar algumas linhas que uniram a loucura a um espaço social específico que por muito tempo se constituiu como exterior a própria sociedade. Todo espaço de interação entre os sujeitos cumpre um papel que se modifica na medida em que a sociedade e seus valores também se modificam. Cabe, então, acompanhar as mudanças do espaço destinado ao tratamento em saúde mental, considerando sua articulação com as formas de organização da sociedade em diferentes momentos históricos.

Mas, antes de passear por essa história acreditamos ser necessária uma primeira pausa para que compreendamos o que queremos dizer quando falamos em espaço.

Para isso vamos utilizar a conceituação proposta no campo da geografia acompanhando alguns estudos e proposições feitas pela geógrafa inglesa Doreen Massey e pelo brasileiro, Milton Santos, também geógrafo. Para ambos o espaço é *geopolítico*. É entendido enquanto multiplicidade, algo aberto e indissociável do tempo.

Essa concepção se diferencia daquela construída pelo pensamento ocidental moderno onde a idéia de espaço está relacionada a algo estático, fixo e atemporal.

Nos estudos feitos por Milton Santos o espaço é descrito da seguinte forma:

“o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados

isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 2002, p. 63).

A partir dessa proposição ele busca compreender esse conjunto indissociável de sistema de objetos e sistema de ações que formam o espaço. Ele pensa os objetos como tudo aquilo que se cria fora do homem e se torna instrumento material de sua vida. A partir do momento que esses objetos são escolhidos com suas características de idade, funcionais, eles renovam o sistema local de relações redefinindo o meio que o acolhe. “Toda criação de objetos responde a condições sociais e técnicas presentes num dado momento histórico” (SANTOS, 2002, p. 68).

Santos considera uma ação como um deslocamento do ser no espaço criando uma alteração, uma modificação no meio em que se está inserido. Esta ação é dotada de propósito no qual aquele que age muda o meio e a si mesmo. “São as ações que, em última análise, definem os objetos, dando-lhes um sentido” (SANTOS, 2002, p. 86).

Segundo tal concepção tanto sistemas de ação como sistemas de objetos coexistem não podendo ser pensados isoladamente. São sistemas que interagem entre si. Santos explica que “de um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma” (SANTOS, 2002, p. 63).

Espaço nessa perspectiva é considerado algo em processo, seu reconhecimento deve dar conta dessa multiplicidade de trajetórias, dessa diversidade de situações que fogem da idéia de algo já dado, estático ou definido.

Doreen Massey, em seu livro *Pelo espaço*, se aproxima das ideias de Milton Santos no sentido de desconstruir conceituações binárias do espaço construídas a partir da influência do estruturalismo: seu dualismo em relação ao tempo. Segundo o estruturalismo: “Enquanto tempo é história, espaço é considerado a estase de uma estrutura sincrônica” (MASSEY, 2009, p. 68).

O termo estruturalismo cunhado por Ferdinand de Saussure, se referia à perspectiva de abordar qualquer língua como um sistema regido pela equivalência ou pela oposição de seus elementos, formando assim uma estrutura. Até a metade do século XX, o estruturalismo tornou-se uma maneira de entender não só a língua, mas a sociedade, a subjetividade.

Através dos estudos da Lingüística, Saussure (2006) vem indicar uma maneira de organização da língua que aponta para sua dualidade: a lingüística estática ou sincrônica e a

linguística evolutiva ou diacrônica. Estas duas se distinguem e se separam em dois eixos, um das simultaneidades onde a intervenção do tempo se exclui e um eixo das sucessões, onde se situam todas as coisas do primeiro eixo, com suas transformações. O primeiro eixo é pensado então como espaço, o segundo entendido como tempo. Para Saussure é a dimensão do tempo que faz alterar os signos lingüísticos. Esses signos seriam então os elementos que compõem a estrutura da língua (esta entendida enquanto o conjunto geral das formas e regras prévias à existência dos elementos). O processo de mudança pelo tempo, ou seu aspecto diacrônico, modificam os elementos e não toda a estrutura em si: as regras permanecem, e o que mudam são as maneiras em que elas operam. Esta noção de estrutura assim como as proposições de dualidade irão influenciar várias áreas das ciências humanas e sociais. Saussure reforça a oposição entre os estudos sincrônico e diacrônico demonstrando a impossibilidade de serem estudados juntos. Mesmo entendendo que é somente a partir do tempo que um estado de coisas se altera, essa alteração não tem nenhuma relação com o fato estático que foi produzido por ela (SAUSSURE, 2006). Evidencia-se aqui um privilégio dado ao estudo sincrônico, do recorte sobre um estado de coisas que o estruturalismo faz. A análise da estrutura é feita nesse corte sincrônico onde se mantém o mundo parado para ser observado. Para o estudo estruturalista, portanto, o espaço está em evidência sendo reconhecido enquanto estrutura e necessariamente como a-temporal. O espaço é suposto como uma negação do tempo. Massey aponta que essa concepção sobre o espaço cria sérios problemas às novas proposições, pois subentende o espaço enquanto oposto ao tempo e sem temporalidade. Assim o espaço é apresentado na esfera da estase e da fixidez. (MASSEY, 2009).

Todas as estruturas, nessa perspectiva, têm seu caráter de fechamento e privam os objetos de seu dinamismo. Essa paralisação dos sistemas fechados impede ao espaço qualquer movimento, qualquer construção relacional. São aí eliminadas todas as condições de abertura para novas construções que não estejam conectadas a um sistema. Segundo Massey, a descrição de um sistema fechado é “a noção de um corte no qual todos os elementos existem em uma relação imediata uns com os outros” (MASSEY, 2009, p.70). O espaço passa a ser então interpretado como apolítico, pois é conceituado como um todo sem costuras. Seria o sistema fechado e interconectado de uma estrutura sincrônica, um espaço totalmente articulado.

O interesse de Massey é libertar o espaço de sua velha cadeia de significados e associá-lo a uma nova cadeia, com maior potencial político, poder entendê-lo como desarticulado de um sistema, para assim ter liberdade de se refazer em sua diversidade.

Os estudos pós-estruturalistas aos quais Massey se aproxima vêm auxiliar esse novo modo de pensamento que tenta desconstruir a idéia estruturalista na qual prevalece esse estudo da sincronia. Propõe outro modo de compreensão trazendo um conteúdo dinâmico ao espaço e o desarticulando dessa estrutura, abrindo-o à temporalidade. Abandona-se assim esse binarismo sincronia/diacronia e nessa abertura possibilita um novo potencial de produção do novo (MASSEY, 2009). Isso mostra uma interconectividade entre as conceituações de espaço e de tempo, entendendo assim que eles são integrantes um do outro.

A autora propõe pensar o espaço como multiplicidade discreta em seu sentido positivo do termo, como uma multiplicidade de trajetórias numeráveis, distintas, uma multiplicidade de vozes, de ações. Como uma produção aberta e contínua, como eventualidade⁵.

Nessa nova perspectiva tempo e espaço são distintos e, no entanto, co-implicados.

“(...) não podemos ‘devir’ sem os outros. E é o espaço que fornece a condição necessária para essa possibilidade. (...) o papel do espaço poderia ser caracterizado como fornecendo a condição para a existência dessas relações que geram o tempo” (MASSEY, 2009, p. 90).

O tempo aqui se relaciona à mudança enquanto o espaço se relaciona à interação. Massey diz que para que haja mudança é preciso interação, e para haver interação teria que ocorrer multiplicidade discreta. O espaço seria então a dimensão *social* no sentido do envolvimento gerado por uma multiplicidade de trajetórias.

Poderia se pensar que ao propor o espaço enquanto uma multiplicidade discreta, tal afirmação pudesse causar danos à conceituação de tempo como se este pudesse ser subordinado ao espaço. Continuemos então seguindo as argumentações de Massey para poder compreender tal afirmação: ela concorda que se pensar sobre tal multiplicidade enquanto estática causaria danos tanto ao tempo como ao espaço, porém seu argumento segue outra linha, que se relaciona com as idéias de subjetividade. Ao se referir à construção relacional de espaço, aproxima da compreensão da construção relacional da subjetividade e sua inseparabilidade entre interioridade e sociabilidade. Se a experiência é tida como multiplicidade de coisas e relações, sua espacialidade é tão significativa como sua dimensão temporal. Espaço e tempo estão juntos no resultado desse múltiplo devir. Esse “aqui” a que entendemos como espaço não é nada mais do que os encontros e o que é feito deles, ou seja, é

⁵ Na tradução do livro é lembrado que o termo “*event*” em inglês pode significar tanto “evento”, “acontecimento” como “eventualidade”, “contingência”.

inseparavelmente aqui e agora. “Não será o mesmo ‘aqui’ quando não for mais agora” (MASSEY, 2009, p. 201).

Segundo Haensbaert & Bruce (2002) essa nova concepção de espaço que a geografia propõe com Santos e Massey se aproxima muito do pensamento de Deleuze e Guattari, que denominam sua filosofia como uma “teoria das multiplicidades” onde esta multiplicidade é a própria realidade. Este pensamento visa quebrar com toda dicotomia entre natureza e história, corpo e alma. Eles entendem que as totalizações, subjetivações são processos que acontecem dentro dessa multiplicidade, mas que não entram em nenhuma totalidade nem remetem a nenhum sujeito. Apontam a pluralidade do rizoma enquanto mapa dessa multiplicidade. Então para Deleuze & Guattari (1995) pensar através do rizoma é buscar os encontros, os agenciamentos que comportam essa heterogeneidade. Esse pensamento se aproxima de uma geografia das multiplicidades e simultaneidades como aponta Haensbaert & Bruce (2002).

Nessa nova perspectiva o espaço comporta o inesperado desses encontros havendo sempre um elemento de “caos” na ordem. Massey defende a construção de uma contemporaneidade com múltiplas trajetórias históricas em substituição a idéia de uma única história universal, que nivela as diferenças em uma mesma linha do tempo. Pensamos então não mais a partir de uma superposição de superfícies como a superfície dos mapas ou como uma superfície contínua na qual o colonizador atravessa para colonizar, mas em trajetórias entrelaçadas que produzem resultados imprevisíveis.

A visão de lugar desse modo também aparece diferente. Não se referindo a uma superfície específica com características fixas e imutáveis como, por exemplo, pensar a característica de nossos lares enquanto um “porto seguro” onde se pode refugiar, diferenciando-o dos lugares públicos. Essa nova perspectiva vem criticar esse pensamento constituído na sociedade, que se desenvolveu dentro do projeto da modernidade, ao qual estabelece essa universalização no modo de imaginar o espaço e os lugares. Existiria nesse pensamento uma única linha de “progresso”, uma trajetória evolutiva linear pela qual diferentes lugares seriam comparados e interpretados a partir de características fixas desse projeto totalizante. Dessa maneira diferentes lugares são julgados segundo parâmetros de “avanço” ou “atraso”. Um exemplo disso é pensar cidades, países como estando em diferentes fases de um único desenvolvimento, como o desenvolvimento da Europa comparado ao da África. Podemos então observar nesse movimento de uniformização e totalização do espaço a partir da produção de padrões e estereótipos, apontados como única paisagem imaginável a todo o mundo, ou seja, tudo aquilo que escapa a essa uniformidade é considerado atrasado.

Nas proposições de Jullien seria “o mundo sob o império da similitude” (JULLIEN, 2009, p. 33).

Diferente disso, o reconhecimento da espacialidade envolve o que Massey chama de **coetaneidade**, ou seja, a existência de trajetórias com um grau de autonomia umas em relação às outras, dessa maneira se eliminaria uma suposta ideia de progresso. É essa trama ilimitada de trajetórias que vai tornar inacessível esse projeto único.

Para a autora os lugares, ao contrário de serem localizações de coerência, tornam-se focos de encontros e não-encontros daquilo que não estaria previamente relacionado, sendo assim essenciais para gerarem o novo. Nessa perspectiva lugares são linhas cruzadas das geometrias do poder. Tais linhas o constituem assim como constituem o global. O lugar ou o local⁶ está implicado na produção do global. Essa implicação nos leva a entender que cada um de nós faz parte desse processo constante de estabelecer e quebrar elos – processo importante, diz Massey, na constituição de nós mesmos, do lugar de onde saímos e do lugar para onde vamos. Não nos deslocamos “através” do espaço, mas fazemos parte dele, e o modificamos como somos modificados. “Espaço e lugar emergem de práticas materiais ativas” (MASSEY, 2009, p.175).

A especificidade de cada um, ela esclarece: “se o espaço é sem dúvida uma simultaneidade de estórias-até-então, lugares são, portanto, coleções dessas estórias, articulações dentro das mais amplas geometrias do poder do espaço” (MASSEY, 2009, p.190).

O espaço enquanto esfera de possibilidade da existência da multiplicidade se articula com a ideia política que reforça a diferença e heterogeneidade. Trata-se de reconhecer a coexistência de variadas histórias, com suas trajetórias próprias que se cruzam, conectam e desconectam formando assim o espaço a partir dessas relações. Aqui não só a história, mas o espaço é aberto pelas múltiplas combinações relacionais a acontecer.

Assim, “conceituar o espaço como aberto, múltiplo e relacional, não acabado, sempre em devir, é um pré-requisito para que a história seja aberta e, assim, um pré-requisito, também, para a possibilidade da política” (MASSEY, 2009, p. 95).

A partir da concepção do espaço apontada por Massey como multiplicidade de distintas histórias que se unem e ligam-se ao tempo, voltamos à nossa questão inicial referente à loucura e sua relação com o espaço de tratamento. Percebemos uma aproximação entre o pensamento de Massey com o estudo que Foucault realiza em *História da Loucura*: para além

⁶ Entendido aqui como sinônimo de “lugar”.

da análise restrita do fenômeno psicopatológico da loucura, Foucault se aproxima principalmente da compreensão do modo como emergem as forças que constituem um espaço próprio ao louco na sociedade. O autor está atento a estas configurações históricas que vão se formando e construindo um sentido próprio para o corpo do louco e, conseqüentemente, definindo suas práticas e dando-lhe um determinado formato histórico. Foucault entende esse espaço como contínuo e não estático na medida em que demonstra as transformações ocorridas na sociedade em diferentes momentos históricos e em diferentes diagramas de poder. Demonstra, por exemplo, como se configura o poder disciplinar em um espaço esquadrinhado, recortado a partir de práticas de docilização, disciplinarização dos corpos segundo características que lhe são próprias, e não transferíveis. O poder que é investido ao louco no asilo não é transferível a outra instância como o poder exercido à criança pelo colégio. A disciplina tem em sua característica um poder descontínuo. Configura-se aí a partir de determinadas práticas um momento histórico específico, mas que não é estático. Foucault vem reforçar essa idéia ao mostrar que a partir do século XVIII essa “anatomopolítica dos corpos dóceis” (como nomeia a disciplina) passa a coexistir com outra instância de poder, que seria não mais uma inserção do poder feita por tais distinções, enumerações e separações, mas um novo modo do poder operar desconstruindo os limites localizáveis e abrindo o espaço esquadrinhado a um plano mais liso onde incide mais livremente, a céu aberto. Foucault nomeia essa modulação do poder como “biopolítica das populações” onde o espaço mostra sua característica de abertura e proximidade com o tempo. Em seus estudos, essa mobilidade própria ao espaço se faz presente pela observação dos diferentes modos em que a sociedade vai se configurando segundo as forças que passam nela. Aproxima-se assim da conceituação que Massey se utiliza em seus estudos de espaço.

Foucault e Massey então se aproximam nessa pesquisa no intuito de podermos compreender essa característica de espaço aberto a uma multiplicidade de trajetórias. Tais estudos apontam para a coexistência de espaços distintos, o que demonstra sua abertura e sua ligação ao tempo e a história.

É a partir dessa perspectiva que queremos compreender a relação entre espaço e loucura, tomando em questão o espaço específico ao qual o louco, por muito tempo, foi encerrado e afastado da sociedade.

Neste sentido, seguiremos uma linha que percorre a história passando pela época clássica, época da constituição das práticas da psiquiatria na modernidade às quais o paradigma da reforma psiquiátrica endereçou sua crítica. Nossa intenção é problematizar a

partir daí essa ligação que se estabelece entre um espaço específico que é o internamento e a loucura reconhecida na sociedade como doença mental.

O passeio pela obra de Foucault (2008) *História da Loucura* terá a função de fortalecer a perspectiva aqui apresentada de que espaço aberto é produção histórica e coextensivamente, campo de produção da Reforma Psiquiátrica.

Percorreremos diferentes propostas de reestruturação do tratamento ao doente mental dando ênfase à realidade brasileira neste percurso de mudanças. Mais especificamente, abordaremos tais movimentos no Estado do Rio de Janeiro para, posteriormente, focarmos a cidade de Petrópolis, na região serrana do Rio, onde serão colhidos os dados que servirão como estudo de caso para a compreensão do cuidado na reforma psiquiátrica, a partir da desconstrução dos aparatos institucionais e a abertura do espaço de cuidado em uma rede intersetorial. Eis aí, tal como entendemos a premissa da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb).

Acreditamos neste momento ser importante alertar para certos sobressaltos no texto que perpassam ao mesmo tempo os conceitos e obra de Foucault à luz da questão dos espaços de tratamento do louco, e ora remete tais estudos ao cenário nacional e mais especificamente ao Rio de Janeiro onde se observa a real descrição daquilo que Foucault apresentou um século antes. Nosso interesse é construir uma ponte para compreender as mudanças no modo de funcionamento dessa sociedade até a atualidade, permitindo assim entender como ocorreram algumas modificações desse espaço ocupado pela loucura no social já que é a partir dos movimentos que acontecem nesse espaço – geográfico, histórico, subjetivo - que permitem sua abertura ou seu engessamento nas propostas de cuidado.

Será que ainda se supõe haver um lugar ideal de tratamento no campo da saúde mental?

1.1 – “Espaço” da exclusão

Antes mesmo da constituição do paradigma manicomial na relação com a loucura, a prática da internação já exercia sua função com os antigos leprosários. A partir do século XIV estes lugares de exclusão social vão passando por um crescente esvaziamento até sua total extinção. É extinta a função dos leprosários, mas, como Foucault aponta: o que permanece por mais tempo que a lepra é o sentido da exclusão que por ali passou, assim como sua antiga

estrutura espacial de internamento⁷ que, após dois ou três séculos, será retomada reunindo neste local um misto de pobres, vagabundos, presidiários, “cabeças alienadas” que reassumirão para si o espaço destinado ao abandono e exclusão.

Refletindo sobre a loucura antes de ser vinculada ao internamento, retornemos por um momento à época da Renascença onde a loucura é considerada uma experiência trágica. Uma figura espacial concreta que cabe destacar dessa época é a ‘Nau dos Loucos’, barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. Essa navegação do louco...

(...)não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação limiar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval (...) sua exclusão deve encerrá-lo, se ele não pode ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar da passagem. (...) É o prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (FOUCAULT, 2008, p.12).

Nessa passagem da Idade Média à época clássica a loucura vai assumindo outra superfície, ela sai do trágico e assume um elemento crítico: começa a entrar no universo da moral e torna-se forma própria da razão. Dessa passagem nasce a experiência clássica da loucura situada onde não existirá mais barca e sim um lugar próprio onde ela se encerrará: o hospital.

Tracemos aqui a primeira linha que desvia o foco para uma parte específica reconhecida dessa história, localizada mais recentemente no Brasil no início do século XIX. A diversidade de personagens que Magali Engel traz em seu livro *Delírios da Razão* demonstra a proximidade entre a cidade e a loucura reconhecida pelas ruas, nos estabelecimentos públicos, fazendo com que as pessoas com ‘suas loucuras próprias’ fizessem parte da paisagem urbana do Rio de Janeiro naquela época. Demonstra aí a existência de um espaço de convívio entre louco e não louco, notando-se assim que tal circulação do louco referia-se a certo grau de poder sobre si mesmo e sobre sua própria loucura (ENGEL, 2001). Cada história colhida em seu livro traz memórias populares onde se nota uma multiplicidade de concepções de loucura para além do saber acadêmico e científico. A autora compara essa mistura e proximidade dos loucos com o dia a dia da cidade à época da renascença quando a loucura era

⁷ Prática disciplinar – diz respeito a uma ação de seqüestro. Segundo o dicionário é o ato de colocar alguém em hospital – confinamento, que pode se referir a manicômio, prisão, hospital, escola. Maiores informações em: <http://www.dicionarioweb.com.br/internado.html> e http://pt.wikipedia.org/wiki/Interna%C3%A7%C3%A3o_involunt%C3%A1ria

livre de qualquer lugar que lhe fosse próprio. Sublinha assim as diversas possibilidades de conceber a loucura e de se lidar com ela, que são distintas daquelas que irão caracterizar sua transformação em doença mental e submetê-la a um controle. Estes personagens citados por Magali vão mudando de contorno a partir de mudanças que ocorriam na sociedade em prol da ‘modernidade’ alterando assim o perfil de certos lugares que antes eram de circulação livre de uma multiplicidade para uma limpeza e higienização das ruas em nome da “civilização” e do “progresso”. Destroem-se assim suas memórias, que um dia deram contorno a certos cantos da cidade do Rio, sendo estes encerrados dentro de um hospital (ENGEL, 2001).

Foucault (2008, p.43) diz que no ‘hospital’ o internamento é uma seqüência do embarque. A loucura passa de um lugar errante, ou seja, de um lugar que não é nunca lugar único, sendo por isso todos os lugares (na Nau que os leva a rumos desconhecidos), a um lugar preciso e delimitado onde se incluem todos os tipos de desordem em uma única ordem perfeita. Aí a loucura se vê confinada, condenada a não sair. O Internamento é o seu lugar e no período do século XVII na Europa há um investimento para que essa seja a terra tida como seu espaço natural. Em sintonia com este novo espaço, um pensamento ganha força. Descartes, no mesmo momento, apóia sua teoria na certeza do pensamento contra toda dúvida do ser. A loucura é excluída mais uma vez, pois é considerada como uma impossibilidade ao sujeito que pensa com a razão, encontrando-se ao lado apenas do sonho e das formas de erro.

Maria Clementina Cunha (1986) compara esse sonho com uma fábula: sonho como o de Alice no país das maravilhas⁸. Lá no país dos espelhos é o lugar do contrário, daquilo que é simetricamente oposto, imagem invertida que confirma e subverte seu modelo assim como muitas representações da loucura. Segundo Cunha as inquietações produzidas na fábula de Alice nada mais são do que produto da imaginação e do sonho, diferente da loucura que, muitas vezes associada a uma dimensão onírica que a distancia do real, constitui-se, pelo contrário, como uma ameaça concreta e palpável: desvio da imaginação, reverso da razão, fim da inteligibilidade, uso indevido da liberdade são algumas definições na tentativa de decifrar essas “criaturas do espelho” que insistem em aparecer fora dos sonhos infantis (CUNHA, 1986). A sociedade da época, mais que entendê-los ou defini-los, tratará de anulá-los e aprisioná-los em um espaço próprio para sua reclusão devolvendo-os ao “espelho”, único lugar social que lhes comporta.

Foucault (2008) descreve o surgimento dos Hospitais Gerais como um lugar que contém todos os poderes de autoridade, direção, administração, jurisdição, correção, punição.

⁸ Obra clássica da literatura inglesa escrita por Lewis Carrol e publicada em 4/06/1865.

Ainda nesta época não se encontra ali a medicina que será vinculada a este estabelecimento muito tempo depois. Estes Hospitais têm a principal função de assistência, mas também de repressão: um sentido de ordenamento ao mundo da miséria. Esse gesto que irá aprisionar uma parcela específica da população tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. Para que ele fosse aceito foi necessária a formação de toda uma sensibilidade social. Foucault está apontando aqui a formação de uma sensibilidade específica que, sem ela, não se faria possível e real os internamentos. O lugar/estabelecimento é uma consequência real dessa formação. Nota-se aí uma força que sutil e lentamente se espalha na trama da sociedade européia que faz com que a própria sociedade deseje e aprove tais locais. Os Estados e cidades assumem a assistência que antes era provida pela Igreja juntamente com a construção dessa nova sensibilidade à miséria. O miserável é visto como um efeito de desordem e um obstáculo à ordem, daí a crença da necessidade de suprimi-lo, justificando seu internamento. O louco é colocado neste local de internamento ocupando o mesmo lugar de todos os que promovem a desordem. É um período em que o trabalho assume uma significação ética em uma sociedade que exclui tudo o que se opõe à ordem. O trabalho é incluído nesses locais e se justifica como maneira de banir a ociosidade vista como maldita. “O prisioneiro que quer trabalhar será libertado porque de novo aderiu ao grande pacto ético da existência humana” (FOUCAULT, 2008, p.74). Esse pacto ético é pautado nas relações de trabalho e sem elas o indivíduo não é considerado humano. O homem só se reconhece enquanto tal se este se configura enquanto homem produtivo, útil à sociedade.

A “sensibilidade” moderna que Foucault descreve se caracteriza pela permissão aceita socialmente de eliminar todos aqueles que são heterogêneos e nocivos à sociedade – a eliminação dos “a-sociais”, personagem que ainda no contemporâneo é reconhecido a partir do gesto da segregação.

São a partir dessas práticas de segregação, reclusão e afastamento que vai sendo construído um padrão definindo, a existência de um “ser social”. Decorrente desse modelo que se estabelece é marcada uma diferença, ou aquilo que não se enquadra no modelo. Então, se há um ‘ser social’, o que não segue esse modelo é considerado a-social. Tudo o que difere deste é definido negativamente (daí o prefixo de negação: a-social). Essas práticas de segregação e confinamento se definem enquanto práticas espaciais. Elas, a princípio, não têm nenhuma relação com a anormalidade, mas a partir de certa operação no espaço de separar, afastar, cria-se essa idéia que passa a ter um amplo alcance alterando rostos familiares na paisagem social e construindo figuras bizarras; rompendo a trama e desfazendo familiaridades. Foucault (2008, p.81) diz ser esse o gesto de “alienação”.

Não era o espaço em si que alienava, mas o gesto que separava aqueles que deveriam lá estar dos que não. Há um rompimento, uma divisão entre social/a-social; humanos/não-humanos.

Ao inventar o espaço de internamento, a época clássica acabava de encontrar ao mesmo tempo uma pátria e um lugar de redenção comum aos pecados contra carne e as faltas contra a razão. A loucura começa a avizinhar-se com o pecado e é talvez aí que se estabelecerá por séculos esse parentesco entre desatino e culpabilidade que o alienado experimenta hoje (FOUCAULT, 2008, p.87).

A loucura se cola ao erro sendo punida através de um lugar de confinamento. Essa união é fortemente atrelada à moral da época. Observa-se aí mais claramente essa passagem à época clássica onde a loucura é retirada da abstração que a permitia, ainda que ameaçadora, se fazer presente na totalidade do mundo, para ser delimitada e recortada, sendo, conseqüentemente, separada da razão e separada dos lugares do convívio social. Desse ato foi permitido reconhecer e aumentar os limites entre bem e mal, certo e errado. A loucura passa de sua abstração a uma concretude tão específica que a tira do social e a localiza em um lugar próprio a ela. Em um espaço social fechado próprio àqueles ‘não-sociais’, lá onde o humano não está presente, estando o homem em relação direta com sua animalidade. É a passagem de uma assombração do desconhecido – na época Renascentista - ao reconhecimento e isolamento na figura da desrazão pelo classicismo. Segundo Engel (2001) uma demonstração de sanidade mental dentro deste pensamento, seria o desempenho social que cabia a cada indivíduo segundo os padrões morais que se pretendia impor ao conjunto da população. Como exemplo, a um indivíduo do sexo masculino, lhe caberia exercer o papel de autoridade, de esposo e pai.

A consciência da loucura nunca foi algo homogêneo, pelo contrário, várias formas de consciência foram sendo construídas: uma crítica, uma prática, outra enunciativa, outra analítica. Compreende-se assim que não existe um saber único da loucura e que seu equilíbrio não é encontrado a não ser pelas formas de conhecimento. O saber popular o qual reconhecia o louco a partir de seus gestos, palavras, delírios e mobilidade nos variados espaços da cidade se mistura aos meios acadêmicos e intelectuais, expressando crenças e valores que foram utilizados até o século XX enquanto manifestação da ausência de razão (ENGEL, 2001).

Foucault pergunta sobre: como se reconhecerá o louco, como recortá-lo em meio a tantos rostos? No início do século XVIII médicos e filósofos irão interrogar a loucura no espaço natural em que ela ocupa. Mas como atribuir-lhe um lugar fixo, um rosto que não

fosse o rosto da razão, uma forma assimilável, sendo que ela não tem um signo próprio? Há, no entanto, uma evidência do louco. “Na própria medida em que não sabemos onde começa a loucura, sabemos, através de um saber quase incontestável, o que é o louco” (FOUCAULT, 2008, p.181). Sabemos então reconhecer o louco sem defini-lo. Sua definição é sua própria indefinição. Constitui-se aí um paradoxo.

Voltaire clarifica essa compreensão: “Chamamos de loucura essa doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros” (VOLTAIRE *apud* FOUCAULT, 2008, p.183). Aí o perfil do louco se destaca dos demais homens sempre pautado na razão. O lugar da loucura se coloca diante da razão de uma dupla maneira: ela se opõe à razão e ao mesmo tempo está sob seu olhar, seu cuidado, sob sua “verdade”. O louco só é louco aos parâmetros da razão.

Sendo então a loucura a negação da razão, ela não tem nada de positivo; encontra-se assumida em uma negatividade.

Na era clássica a loucura deixou de ser o signo de um outro mundo, tendo se tornado a paradoxal manifestação do não-ser. No fundo, o internamento não visa tanto suprimir a loucura, ou escorraçar da ordem social uma figura que aí não encontra lugar; sua essência não é a conjuração de um perigo. Ele apenas manifesta aquilo que a loucura é em sua essência: uma revelação do não-ser. (FOUCAULT 2008, p.249).

O internamento tem sua função cumprida na medida em que serve como modo de afastar, isolar o que não é razão, considerado por negatividade. Na medida em que a verdade hegemônica da razão se instala na era clássica o que não é razão é desconsiderado em sua positividade. O não-ser da loucura encontra seu lugar nos muros afastados do mundo que a internação impõe. Não se trata mais do medo ou do temor do diferente, mas da certeza de uma única verdade que estaria correlacionada à decisão de eliminar o que não seja verdadeiro ou, em última instância, do que não seja “verdadeiramente” humano.

Essa negatividade se dá em uma variedade de fenômenos que começam a serem ordenados em grupos, a partir da análise médica, como demência, mania, melancolia, histeria, hipocondria, sendo cada vez mais delimitados por um domínio de saber. O mundo da cura no século XVIII vem se estabelecer e essa noção assume uma amplitude sobre os elementos constituintes de uma doença. São assim feitos experimentos a princípio testados de forma geral, com comprovações e exemplos de melhoras referenciados num saber empírico prévio que foi difícil de quebrar pelo saber médico e que perdurou por boa parte dessa época. A loucura se torna doença nervosa e essa busca pela cura é cada vez mais reforçada nas

especificidades de tratamento elaboradas principalmente pela medicina. Nesse momento o saber médico se constitui e toma força mudando a lógica do internamento para uma lógica curativa, a partir de testes e experimentos formulados enquanto técnicas contra a loucura/doença e a favor da razão.

A entrada da medicina teve outro motivo que Foucault esclarece:

É importante e talvez decisivo para o lugar que a loucura deve ocupar na cultura moderna que o *homo medicus* não tenha sido convocado para o mundo do internamento como *árbitro*, para fazer a divisão entre o que era crime e o que era loucura, entre o mal e a doença, mas antes como um *guardião*, a fim de proteger os loucos do perigo confuso que transpirava através dos muros do internamento (2008, p.356).

É importante compreender que essa transformação do internamento em espaço médico, não foi por resultado da preocupação com o conhecimento das doenças, mas de um medo: medo de contágio, de podridão vinda desses espaços de internamento, do impuro. Imagem familiar e antiga do desatino que volta à memória dos homens e que se confronta com o pensamento médico.

A segunda metade do século XVIII constitui toda uma nova ordem de conceitos a partir da consciência que passa a ter da loucura e de sua ameaça. Ela irá se situar nas distâncias que o homem toma em relação a si mesmo e a seu mundo. A loucura se torna possível a partir de tudo o que o meio com suas práticas discursivas e não discursivas pode produzir de sentidos para o homem. Nesse pensamento o homem não perde mais a verdade, mas a *sua* verdade imediata, pessoal.

Nota-se que nas tentativas de compreender ou definir a loucura, esta se encontra diretamente ligada à questão do espaço onde ela se localiza, ou seja, ao definir loucura se define o espaço próprio onde ela deve estar. É uma doença que não tem uma localização específica, estando indefinida no seu lócus corporal, sendo que esse lócus se modifica a cada definição nova de loucura. Por essa dificuldade de encontrar sua manifestação no corpo, ela se localiza em outro espaço, o da instituição. A definição da “doença mental” esteve então sempre ligada a um local de tratamento devido a essa deslocalização que lhe é própria.

Outra mudança neste espaço de tratamento da loucura começa a ocorrer lentamente com a abertura de algumas casas para receber exclusivamente os loucos ao final do século XIX. Estes hospitais mantêm a mesma estrutura que os demais, caracterizando-se pela relação específica com o louco que é separado e diferenciado dos demais. Apesar de não se romper o

ciclo do internamento, a reclusão do louco começa a tomar suas distâncias próprias. Essa atitude isola a loucura e a torna autônoma em relação ao desatino. Este se absorve no indiferenciado, enquanto a loucura tende a especificar-se cada vez mais.

1.2 – “Espaço” de tratamento, reabilitação e trabalho

Estou num quarto escuro
 Ouvindo alguns sussurros,
 Estou bem encima do muro
 Entre o real e o obscuro
 Entre o céu e o inferno
 Entre mentiroso e sincero.
 Mas será que têm razão
 No meio dessa podridão?
 Eu vejo lá de cima no meio da esquina
 Nessa triste sina.
 Mas será que eu sou um louco
 Ou um doutor?
 Será que isso é uma ironia
 Ficar ou ir para uma sala vazia
 Esperando que termine o dia.
 O Doutor me falou
 Para que eu não me casasse com meu amor
 E nem juntasse.
 Não posso ter uma face do meu lado na cama
 Para quando eu despertar dizer que me ama.
 O amor não é imortal para quem não acredita
 Mas o amor pode viver muitas vidas,
 O amor pode viver muitas vidas.

Cláudio Chagas
 (construção coletiva – oficina de composição HD-CSSM)

Compreendemos inicialmente como se tornaram possíveis os asilos no século XIX, com a psiquiatria positivista. Segue aí uma linha de percurso descrita por Foucault que delinea a divisão dos loucos, a chegada da medicina, a afirmação da psiquiatria. O lugar que parece igual enquanto estrutura se modifica no modo de pensar sobre o louco, em um suposto progresso anunciado por Pinel⁹ e Tuke¹⁰.

⁹ Philippe Pinel (1745 – 1826) Diretor do Hospice de la Bicêtre, em Paris. Advogou e obteve o direito de libertar dos grilhões todos os seus doentes e reabilitá-los na condição de seres humanos (MACHADO, 2000).

¹⁰ W. Tuke (1732 – 1822) Fundou o York Retreat na Inglaterra cuja finalidade era recolher doentes mentais e assistir-lhes (ARAÚJO, 2002).

Foi necessário instaurar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ela encontra seu lugar isso acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos, suas diferenças, não a uma atenção que a aproxima, mas a uma indiferença que a isola (FOUCAULT, 2008, p.393).

As lutas contra as forças estabelecidas neste espaço ocorreram a partir do interior dos internamentos, sendo o louco o principal signo deste poder que interna. A paisagem da cidade no século XIX vai se modificando com a industrialização que a transforma em um espaço físico e social totalmente diferente. Neste período, a Europa atravessa uma crise econômica e social onde se instala um quadro de grande miséria juntamente com a concentração de uma multidão que se aglomera pela cidade. É neste cenário onde ocorre uma modificação radical na maneira de percepção da pobreza que, de virtuosa e “próxima a Deus” na idade clássica, passa, uma vez que concentrada no espaço urbano, a ser ameaçadora e perigosa (CUNHA,1986). Novos saberes são constituídos mediante a tal fenômeno como a medicina sanitária, por exemplo. Próximo às fábricas há uma grande concentração, um contingente de humanos despossuídos os quais Marx denominou de “exército industrial de reserva” para os quais são utilizadas maneiras de controle que não se restringem apenas ao seu tempo de trabalho, mas ao tempo de existência, numa busca de disciplinarização da cidade. Aos que estão à margem do trabalho responde-se muitas vezes com o internamento. Posteriormente, nota-se o erro cometido por essa resposta, definindo-se um novo lugar social para a pobreza, sendo esta separada das confusões morais e mais vinculada à esfera econômica. Ela passa a ser então vista como necessária dentro de um sistema de valores a partir do trabalho.

Há neste momento uma ampliação do conceito de loucura e denunciam-se as diferenças notadas no internamento entre loucos e demais pessoas que raciocinam. A psiquiatria se torna mais eficaz e a loucura torna-se insidiosa. Apesar dessa atenção dada a ela em nenhum momento é questionado se o espaço destinado à loucura é melhor ou pior. Isso não se coloca como questão cabível àquele momento. Esse movimento, pelo contrário, vai unir ainda mais essa relação loucura-internamento. Pela primeira vez a doença é isolada da miséria e fragmentada. “Através de um círculo paradoxal, a loucura aparece finalmente como única razão de um internamento cujo profundo desatino ela simboliza” (FOUCAULT, 2008, p.398).

A era positivista assume essa condição de ser testemunha da libertação dos loucos das amarras do internamento clássico e da sua submissão a um confinamento para o tratamento organizado. Aos poucos as novas casas de confinamento para o tratamento da loucura

começam a ter uma nova cara: de uma liberdade restrita e organizada. O velho espaço de exclusão é substituído por uma significação positiva através do trabalho visto enquanto virtude moral. Ocorre uma dupla eficácia: para a sociedade, o lucro, e para os outros, submissão moral já que esta era a única saída, pois era fora de cogitação o louco voltar à convivência social. O internamento ganha então uma função de utilidade pública. Reconhecido como um espaço de recuperação, de cura e ao mesmo tempo espaço de verdade e de coação (sendo esse elemento privilegiado para aflorar as formas essenciais de sua verdade).

As concepções de Pinel vêm anunciar uma nova experiência da loucura onde cabe a ele fazer uma síntese a partir de três articulações que Engel explicita: “a classificação do espaço institucional; um arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente” (2001, p.118).

A medicina se apossa da experiência da loucura em meio ao desenvolvimento de uma ciência objetiva do homem, de onde nascem os princípios da psiquiatria positiva. Abre-se, por um lado, um distanciamento entre a razão e a loucura e, por outro, uma aproximação dessa objetividade que a domina. A loucura assume estatuto de objeto de conhecimento tendo como exclusiva a intervenção médica.

O positivismo (...) admitirá desde logo como evidência objetiva que a verdade da loucura é a razão do homem, o que inverte inteiramente a concepção clássica, para a qual a experiência do desatino na loucura contesta tudo o que pode haver de verdade no homem. Doravante todo domínio objetivo sobre a loucura, todo conhecimento, toda verdade formulada sobre ela será a própria razão, a razão recoberta e triunfante, o desenlace da alienação (FOUCAULT, 2008, p.471).

Enquanto condição de objeto, o louco é submetido a uma diversidade de ações coercitivas, porém de um modo novo que não necessita mais da força para deter. Há uma nova compreensão daquele que exerce o poder sobre os que estão sendo dominados. Não é mais necessária a força, pois ela já foi compreendida de outra maneira. Através da culpabilidade, o louco é convidado a objetivar-se sob os olhos da razão. O tratamento percorre o medo, a culpabilização, através do discurso e delimitação de responsabilidade onde qualquer manifestação de loucura é ligada a um castigo. Esse olhar que Tuke instaura em sua Instituição é mais profundo e menos recíproco. Além dele há um elemento mediador entre razão e loucura: a autoridade dos que não são loucos e sua intervenção enquanto ser de razão.

As histórias que se desenrolam no decorrer desse mesmo processo no Brasil demonstram essa transformação da loucura em doença mental como uma ruptura. A “doença mental” mostra-se cada vez mais abrangente, sendo somente definida pelos especialistas que detivessem os aspectos chave, como a abrangência dos casos e a invisibilidade da loucura. Esse poder perpassa os corpos desses indivíduos internados demonstrando submissão ao tratamento por reconhecerem o médico como única autoridade sobre sua saúde e, no caso de alguns internados, por acreditarem em seu desvio de comportamento, assumindo a culpa por seus sentimentos “errados” ou “inadequados” aceitam tal internação. Nesta época surgem tratados médicos sobre a loucura, novas modalidades de medicalização e ocorre uma definição entre as práticas médicas e as demais práticas onde se busca marcar as diferenças entre “verdade da ciência” e erro do “senso comum”. A partir dessa nova concepção o poder médico retira do louco a condição de ser humano completo abrindo assim brechas para exercer um poder irrestrito sobre ele (ENGEL, 2001, p.120).

Todo esse modo de agir não foi construído apenas nos internamentos de Pinel e Tuke e exclusivamente com os loucos. Tais técnicas têm sua construção anterior num esquema de visibilização do outro elaborado para obter grande eficácia em sistemas disciplinares.

A indução a um estado consciente e permanente de visibilidade é, segundo Foucault (1983), o efeito mais importante do Panóptico. A estrutura arquitetural que Bentham¹¹ criou e nomeou panóptico tem um sentido muito mais amplo do que o meramente de engenharia. Trata-se de uma arquitetura de poder que realiza uma prática disciplinar de vigilância contínua dos indivíduos, sejam eles quaisquer: loucos no asilo, mas também alunos em uma escola, detentos em uma prisão, doentes em um hospital geral. Tal arquitetura tem como princípio ser na periferia uma construção em anel sendo esta dividida em celas individuais que se voltam para o interior do anel e possuem duas janelas, uma para o interior e outra para o exterior facilitando a entrada de luz e a visibilidade no interior a cela, no centro desse anel onde estão as celas fica uma torre, esta com janelas no alto e ao redor de toda torre, se visualiza o interior de cada cela. Na periferia os que lá estão são vistos todo o tempo, na torre apenas se observa sem ser visto. Essa estrutura dissocia a reciprocidade do ver/ser visto sendo essa visibilidade uma armadilha. O dispositivo tem como função automatizar e desindividualizar o poder exercido. A sujeição nasce de maneira mecânica, não sendo necessário uso de força. Quem é submetido a essa visibilidade retoma por sua conta as

¹¹ Para mais informações sobre Bentham *vide* FOUCAULT, Michel, *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1983.

limitações do poder. Estabelece assim as diferenças entre quem conduz e quem é submetido a ele.

No século XVII os registros do patológico já passam pelas instâncias do poder disciplinar e seus dispositivos de vigilância. O poder disciplinar é onipresente e onisciente para combater qualquer mistura que se insinue enquanto ameaça à ordem e moral da sociedade. Misturas que são vistas como perigosas a uma sociedade que idealiza uma “comunidade pura” e uma “sociedade disciplinar” como descreve Foucault (1983).

Essa vigilância contínua tem por objetivo fazer uso de processos de individualização e funciona através de uma divisão binária: perigoso/inofensivo; louco/não louco; normal/anormal. Essa divisão é para caracterizá-los e indicar onde cada um deve estar, passando assim a marcar as exclusões e definir onde será seu lugar de direito. Certamente a divisão traz consigo “a existência de todo um conjunto de técnicas e instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais” (FOUCAULT, 1983, p.176). O objetivo é claro e preciso: desse “louco-objeto” só resta consertar seu suposto erro ou defeito.

Compreende-se então em qual lógica Pinel está operando ao querer separar os loucos, retirá-los da mistura que os apagavam. A psiquiatria que nascia “protegia” o louco num esquadramento que o encerra e o localiza, sabendo quem é o louco, como buscar sua melhora em direção à normalidade possível.

A multidão, massa compacta, local de múltiplas trocas, individualidades que se fundem, efeito coletivo, é abolida em proveito de uma coleção de individualidades separadas. Do ponto de vista do guardião, é substituída por uma multiplicidade enumerável e controlável; do ponto de vista dos detentos, por uma solidão seqüestrada e olhada (FOUCAULT, 1983, p.177).

Segundo os apontamentos de Foucault é uma maquinaria que irá estimular essa dissimetria, esse desequilíbrio, essa diferença. Desse modo podemos pensar que essa técnica de poder utiliza a própria característica do espaço - enquanto múltiplo e recortado por suas mil facetas também enumeráveis - para enquadrar a própria multiplicidade marcando sua diferença e construindo uma nova configuração histórica para esses corpos que a vivenciam. É observada a partir dessa máquina a articulação que se dá entre o binômio poder / espaço.

Esse esquema se difunde no corpo social sendo recebido com um sentido de progresso, de aumento das forças de produção, de desenvolvimento da economia, enfim, dispositivo que se mostra benéfico e útil à sociedade. É um momento de transformação histórica quando se modificam as bases de pensamento, quando não se deseja mais neutralizar os perigos

negativos referentes aos loucos, mas dar-lhes um papel positivo, “incluindo-os” enquanto úteis. Ao movimento do capital não comporta mais o acúmulo de espaços não funcionais.

Foucault aponta a formação da sociedade disciplinar considerando tanto as disciplinas fechadas até os mecanismos de vigilância como o panoptismo. Nessa sociedade de vigilância, os corpos são investidos em profundidade, fabricados como máquina: os efeitos de poder sobre os corpos fazem com que estes funcionem conforme uma engrenagem (FOUCAULT, 1983). Há o aparecimento de técnicas do poder que buscam a eficácia produtiva dos aparelhos de produção e o ajustamento da multiplicidade dos homens. A disciplina neutraliza tudo que se origina de conjunturas horizontais, ou seja, toda força constituída por uma multiplicidade organizada, e se define como uma rede hierárquica que utiliza processos verticalizados colocando diferenças em indivíduos em relação a outros.

Em relação às tecnologias punitivas, estas são aplicadas a determinados indivíduos que possuam características que se afastam de um modo hegemônico de funcionamento da sociedade, como os pobres, os loucos, os doentes, etc.

No século XVIII a maneira de funcionamento disciplinar aproxima fortes laços com a formação de saber. As práticas de poder disciplinar e os saberes (práticas discursivas) se reforçam mutuamente em um processo que Foucault chama de circular. Há a multiplicação dos efeitos de poder graças à formação e à acumulação de novos conhecimentos. É neste contexto disciplinar que surge a medicina clínica, a psiquiatria, a psicologia da criança, a racionalização do trabalho. Segundo Amarante (2008) é o saber e as práticas que constroem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos de acordo com sua condição de adaptação ou desadaptação social.

Voltando a nossa trajetória brasileira, principalmente no Rio de Janeiro, ela demonstra uma proximidade e ao mesmo tempo suas diferenças em relação ao movimento da psiquiatria. Nos anos 30 do século XIX ocorre um movimento por parte dos médicos a favor da abertura de um hospício no Rio de Janeiro a partir de teses desenvolvidas sobre ‘alienação mental’. Nessa época a loucura ainda não é apontada como doença, mas os loucos eram vistos como enfermos que necessitavam de tratamento moral e físico segundo as prescrições de Pinel, Esquirol e outros alienistas. A partir dessa data a campanha por parte dos médicos contra a livre circulação dos loucos teria seu efeito prático segundo o código de posturas elaborado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em que uma parte desse código falava sobre a “limpeza das ruas e praças” – providências contra a divagação de loucos, embriagados e animais ferozes enquanto ameaças à integridade física e moral da população urbana. Estes

eram então encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia até a criação do primeiro hospício na cidade. Na tentativa de implantar um projeto de medicalização da loucura buscou-se seguir Pinel reivindicando a construção de um asilo onde se desenvolveria um tratamento específico para “estabelecer a razão”. Essa solicitação se une à precariedade de condições que a Santa Casa se encontrava naquela época. Nota-se que a psiquiatria vem com suas ações responder um problema de governo, como nos aponta Castel (1978), mas desloca essa questão que é política para uma questão “puramente” técnica e o louco, a partir da medicina, passa a ser “administrável”. “Ilha de irracionalidade, ele (o louco) deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas normais e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional” (CASTEL, 1978, p.19).

Condena-se a mistura dos “loucos de todos os gêneros de manias”. Esse espaço medicalizado da internação deveria também assegurar a separação absoluta entre o mundo do asilo e o mundo exterior. Esse isolamento proporcionaria ao médico maior autonomia impedindo o exercício de outros poderes sobre o louco. Engel (2001) aponta que esse anúncio da eficácia da internação estava ligada ao aprimoramento e a sofisticação na classificação dos doentes e das doenças. O Hospício é visto então como um benefício para as famílias, para o próprio interno e para a capital do Império. Essa circunscrição de um espaço específico para a loucura teria sua eficácia no controle do perigo que ela representava. Assim:

A defesa da criação de um estabelecimento para alienados inscrevia-se em um projeto político mais abrangente que objetivava a normatização dos comportamentos da população urbana de acordo com os padrões higiênicos, difundidos pela produção da Academia de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde as décadas de 30 do século XIX (ENGEL, 2001, p. 197).

No ano de 1851 é aberto o Hospício Pedro II representando uma importante etapa na luta pela medicalização da loucura. À medida que o saber alienista vai se consolidando a noção de doença mental torna-se mais abrangente e a loucura vai perdendo sua visibilidade. Essa escola alienista é predominante, concebendo a doença mental enquanto doença moral e social. Apenas no século XX após Bichat que é resgatado estudos voltados aos “substratos orgânicos da doença mental” (ENGEL, 2001, p.127).

A partir de 1860 alguns médicos brasileiros difundem a abordagem materialista, então apresentada como um novo tempo da medicina mental francesa, com Morel e a teoria das degenerescências, que unia hereditariedade, ambiente e declínio racial, rompendo assim com

Pinel, que definia como causa principal da loucura o “erro de julgamento” e o “desvio da razão” (ENGEL, 2001, p.131).

Em relação ao saber médico, no século XIX este se difunde cada vez mais na sociedade e vai tomando lugar nos hospitais e se afirmando enquanto ciência positiva. A psiquiatria persegue esse mesmo *status*, seguindo os caminhos dessas ciências naturais, dentro do espaço asilar, apesar de permanecer subalterna à medicina nos seus processos de organização clínica, ou seja, continuando com um papel de emissora de sanções dos comportamentos desviantes, como afirma Basaglia (1991).

Amarante (1995) também destaca essa busca constante da psiquiatria de firmar-se enquanto processo de conhecimento científico na tentativa de garantir para si credibilidade de ciência. Aponta a obra de Pinel como a primeira tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura em que a medicalização começa a fazer parte do hospital transformando-o em instituição médica.

A partir das mudanças relacionadas na maneira de compreender a doença mental com Morel¹², novas diretrizes da psiquiatria brasileira vão sendo traçadas. É criada a especialidade psiquiátrica na faculdade de medicina, sendo um modo de consolidar a autoridade médica nas avaliações. Há um movimento de maior solicitação de psiquiatras na resolução de questões de outras áreas de conhecimentos como a pedagogia, a sociologia e até mesmo nas mudanças no código civil brasileiro, aumentando a autoridade e o prestígio da psiquiatria para além dos muros do hospício. A consolidação da psiquiatria é marcada pelo aumento da proximidade e interferência com as questões jurídicas de onde ocorrem muitos conflitos, mas também alianças. Essa nova psiquiatria voltada para a sociedade cria novos temas como a manifestação das degenerescências identificadas, por exemplo, em práticas “anti-sociais”. O crescimento da cidade que conseqüentemente atrai “degenerados de todas as espécies” cria novas tecnologias de combate a esse “mal” (CUNHA, 1986). O psiquiatra assume um novo lugar: como único capaz de obter a verdade objetiva dos fatos e a ele é dada a missão de proteger os indefesos. Ele une sua imagem à do padre onde oferece a possibilidade de redenção em vida através da cura.

A psiquiatria brasileira, inspirada por uma diversidade de matizes teóricos da medicina mental européia, produz e difunde um conhecimento bastante eclético marcado por ambigüidades e contradições, mas essa psiquiatria buscaria uma coerência nas aplicações práticas no âmbito médico, como também nas intervenções políticas e sociais abertas a esse

¹² Benedict – Augustin Morel expõe uma teoria da hereditariedade dos transtornos mentais que passa a ter grande influência no pensamento psiquiátrico até o início do século XX. (PEREIRA, 2008).

saber específico. “A psiquiatria organicista que predominava tinha proximidades com a degenerescência de Morel, a eugenia de Francis Galton, o darwinismo, entre outros” (ENGEL, 2001, p.160).

Os movimentos inspirados em Pinel foram amplamente apoiados como também criticados. As críticas estavam relacionadas tanto ao espaço institucional como à autoridade exercida neles. Soltam-se as correntes, mas os lugares de cuidado aos loucos são mantidos.

No caso do Brasil, no Rio de Janeiro, mais recentemente acompanha-se o mesmo movimento de manutenção dos espaços supostamente considerados de tratamento: após quatro décadas de funcionamento do Hospício Pedro II notam-se inúmeras arbitrariedades que ocorriam dentro do hospício e que começavam a serem denunciadas, como violências produzidas por percepções não científicas da loucura, que predominantemente comprometiam a própria razão de ser da instituição. Apesar de ser uma instituição médica acusava-se a falta de médicos. As queixas vinculavam-se às mudanças relacionadas ao surgimento formal da psiquiatria enquanto especialidade médica. Isso ocorre em uma época em que no Brasil o Rio de Janeiro começa a se consolidar como centro político, junto com o advento da sociedade burguesa por volta da década de 70 e 80 do século XIX. O universo urbano se caracteriza por uma grande diversidade e está repleto de tensões e à medicina social cabe um papel: de formulação de estratégias de intervenção sobre o espaço urbano (ENGEL, 2001).

Busca-se então um resgate do espaço asilar tornando-o verdadeiramente médico e um movimento de intervenção que ultrapassaria os muros do asilo buscando “atuar sobre as superfícies de emergência da loucura” (ENGEL, 2001, p.239).

É reformado o Hospício Pedro II sendo reaberto como Hospício Nacional de Alienados (HNA). Neste lugar as internações continuam a aumentar em números, passando a haver uma quantidade de internos maior do que o antigo Pedro II. O hospício na década de 80 passa a ser controlado pelo poder público não sendo, porém, suficiente essa mudança para assegurar a eficácia nesse estabelecimento quanto à medicalização da loucura.

Na metade do século XIX e no início do século XX, o desenvolvimento da medicina moderna vem revelar uma nova organização. Os modelos que se elaboram com a higiene social vão definir a pessoa a partir de seu patrimônio genético e vinculam parte da cura às modificações possíveis no ambiente (ENGEL, 2001). Nota-se tal mudança nas novas construções seguindo critérios de divisão do espaço interno como a separação de homens e mulheres. Esse esquadrinhamento atendia a uma finalidade de controle onde a arquitetura seguia regras de ocupação do espaço fundamentadas em Esquirol, em que “no hospício, o que

cura é o próprio hospício, é a organização do espaço e a conseqüente localização do indivíduo em seu interior” (MACHADO, 1978, p. 434).

Para que a especialização fosse efetiva no interior do hospício foi preciso criar outras instituições, como novas colônias de alienados, que buscavam, a partir de grandes espaços, proporcionar ao doente certa “ilusão de liberdade”; hospitais especializados no tratamento de alcoólatras e os manicômios judiciários para os doentes mentais criminosos. Em 1912 começa a funcionar no HNA um ambulatório com objetivo de diminuir o agravamento de certos casos e evitar a lotação no Hospício. Seu funcionamento era norteador por princípios eugênicos. Nota-se a tentativa de vincular a reclusão com a prevenção da loucura ampliando ainda mais a ação da psiquiatria. Essa ampliação da psiquiatria ganha um alcance no meio social para além dos hospícios, incidindo seu poder e influência juntamente com outras práticas de disciplinarização como a polícia com seu papel moralizador, a própria engenharia, na transformação das faces da cidade e outras instituições que unem esforços na busca de uma cidade higienizada e livre do perigo. É constituído um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo as esferas das relações pessoais e moldando-as segundo os propósitos da ordem e da disciplina urbanas (CUNHA, 1986).

Esse alcance que a psiquiatria toma vem a partir de uma grande influência da psicanálise que começa a ser desenvolvida na Europa com os estudos de Freud e ganha força principalmente durante a Segunda Guerra Mundial. Variados casos de neuroses traumáticas foram tratados por médicos europeus a partir das teorias psicanalíticas, o que suscita o interesse em outros países, como os Estados Unidos. Adolf Meyer¹³ é tido como ícone da psiquiatria americana do século passado difundindo esse modo de tratamento com novas concepções para os transtornos mentais mais ligadas à história de vida dos pacientes e menos em uma abordagem descritiva das doenças. Esse modo de funcionamento valoriza a doença enquanto processo, não dando tanta atenção à especificidade dos diagnósticos, e unida a ele uma forte tendência a desmedicalização que produz um afastamento do próprio modelo médico, como aponta Aguiar (2004). A indefinição de fronteiras do que era considerado saúde e doença mental e o alargamento do campo de ação da psiquiatria trazia riscos à profissão. Essa ampliação do sentido dos transtornos mentais abre possibilidade a outras terapias, possibilitando a disseminação de questionamentos em relação a essas práticas e ao surgimento de novas posições críticas como o movimento da antipsiquiatria em 1960 que punham em evidência as fragilidades do próprio modelo psicanalítico.

¹³ Para saber mais sobre este autor consultar AGUIAR, Adriano A., *A Psiquiatria no divã – entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, Relume / Dumará, 2004.

Torna-se claro que as lutas se fazem possíveis graças a uma transformação da organização da medicina no social.

O desenvolvimento da medicina a partir dessa nova perspectiva, porém, coloca a psiquiatria em situação de desvantagem, sendo obrigada a esperar as mudanças que só posteriormente conferem a ela um outro estatuto, a partir de sua vinculação com as pesquisas em neurociências. Tais pesquisas começam a ser desenvolvidas a partir da década de 70 em um movimento de reação à desmedicalização do campo psiquiátrico, passando posteriormente a dominar a psiquiatria mundial em 1980 a partir do advento dos medicamentos psicotrópicos e da difusão dos critérios de diagnóstico baseados nos sintomas pela criação do DSM III¹⁴.

No entanto, voltando ao início do século XX, quando a reforma das práticas de saúde mental se impõe a partir de suas críticas, a psiquiatria enfrenta outro processo de mudança em curso como um movimento de reforma de suas práticas e saber. A reforma se apresenta, então, como reforma psiquiátrica. Neste momento, as terapias para a doença mental não apenas são acusadas de cometerem atrocidades com o corpo doente, como também postulam uma cura improvável e impossível. A RP denuncia os diagnósticos enquanto rótulos que justificariam uma ação de controle social, assim como fazem seu questionamento em relação aos espaços de tratamento, ao conceito de doença e a própria legitimidade da psiquiatria.

Os projetos reais de reforma da psiquiatria só se consolidariam no mundo após a segunda Guerra Mundial, iniciando o questionamento da instituição asilar e do saber psiquiátrico. Franco Basaglia, formulador da psiquiatria democrática, defendeu que os pressupostos desses movimentos reformistas remetiam a um processo mais abrangente de transformação da organização social com novos critérios da “desalienação”. Entram em crise, então, os princípios do tratamento moral juntamente com a necessidade de internamentos (BASAGLIA & GALLIO, 1991).

A influência dos movimentos de reforma propostos por Basaglia na Itália tiveram e ainda tem hoje muita força, sendo que no Brasil tais movimentos começam a se difundir mais recentemente a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, que segue seus pressupostos a partir dos movimentos de lutas sociais como o movimento dos trabalhadores de saúde mental.

¹⁴ Sigla da nomenclatura em inglês (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition*).

1.3 – “Espaço” de questionamentos, mudanças

O movimento da antipsiquiatria surge junto à contracultura na Inglaterra na década de 60 do século XX e tem por principal alvo de crítica o saber médico-psiquiátrico enquanto lugar de verdade. Está unido a movimentos que buscam desintegrar valores da cultura burguesa.

É uma tentativa de romper com o modelo assistencial que tem como principal condutor o saber médico. Seu projeto é a criação de um lugar onde o saber psiquiátrico possa ser interrogado. Elabora questões relacionadas ao lugar que ocupa a instituição psiquiátrica no social, pensando a loucura também enquanto fato social. O louco, segundo R. D. Laing, é “uma vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo por isso ser defendido e reabilitado” (LAING *apud* AMARANTE, 1995, p.47). Ela traz contribuições para a reformulação do conceito de desinstitucionalização enquanto desconstrução e não apenas desospitalização, acompanhando ao mesmo tempo o pensamento de Franco Basaglia na Itália.

A psiquiatria democrática desenvolvida a partir dos pensamentos de Basaglia é um movimento político de análise da sociedade e de como ela se relaciona com o sofrimento e a diferença. Visa obter um redimensionamento da loucura, criando condições que permitissem que o momento de sofrimento existencial e social se modificasse ao poder ser entendido de outro modo. Retoma alguns movimentos anteriores para analisá-los quanto ao seu papel, como a comunidade terapêutica onde acredita que, apesar da tentativa de quebrar com a relação hierárquica médico/paciente, o lugar de objeto e saber da prática ainda estão marcados. A crítica é em relação à manutenção no espaço de tratamento de um mundo à parte das relações sociais complexas, reduzindo a loucura a objeto de intervenção sem colocar em discussão as relações de tutela e custódia presentes em cada ação na medida em que busca superar a simples humanização do *locus* manicomial (AMARANTE, 1995).

A idéia de Basaglia é de que a relação com a loucura precisa transformar-se no espaço da comunidade e também nas relações com os técnicos de saúde. Propõe a desmontagem da relação médico/doente mental assentada em saberes e práticas em busca de adaptação social para uma construção contínua de reposicionamento social que tem a loucura como parte dessa mesma sociedade, permitindo a troca de suas experiências singulares. Como Rotelli aponta, visa aceitar o desafio da complexidade e multiplicidade da existência, não reduzindo o sujeito à doença, mas reinscrevê-lo no corpo social (2008).

Amplia-se por consequência o conceito de desinstitucionalização entendendo a instituição em seu sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (AMARANTE, 1995). Há uma abertura para outros campos de estudos sobre a loucura, dilatando e desterritorializando-o dos limites psiquiátricos (AMARANTE, 2000).

Essa experiência traz um novo olhar fazendo a crítica ao saber psiquiátrico e colocando em discussão a relação entre psiquiatria e paciente. Segundo Rotelli (2008) não se tratava apenas de humanizar a assistência psiquiátrica, mas realizar uma crítica radical à “neutralidade da ciência”. Compreende a instituição enquanto conjunto que liga os saberes, administrações, leis, regulamentos, recursos materiais que estruturam essa relação médico-paciente.

A nossa obsessão por transformar os hospitais psiquiátricos (...) não era por não sabermos, por não entendermos que fora do hospital existe toda uma rede de psiquiatria, mas porque pensávamos que dentro do hospital psiquiátrico estava a raiz do saber psiquiátrico, e se não tirasse fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia (...) qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico continuaria a reproduzir esse tipo de lógica (ROTELLI, 2008, p.152).

Esse movimento tem na cidade italiana de Trieste sua primeira conquista. Em 1976 a equipe de Trieste anuncia o fechamento do hospital psiquiátrico, tomando ao pé da letra a força prática de afirmação dos direitos dos loucos. Basaglia diz que enquanto em outros lugares se proliferam modelos terapêuticos, Trieste parece recusar-se a essas tutelas abstratas, buscando nessa provisoriedade empírica a verificação dos novos investimentos no social (BASAGLIA & GALLIO, 1991). A determinação desses trabalhadores traz um primeiro rompimento de um sistema que tem a instituição enquanto fundamento de ordenação do social, tentando modificar essas relações de poder.

A originalidade do modelo triestino talvez esteja exatamente no fato de ter percorrido, além das cooptações ideológicas, (...) a evidência dos comportamentos e a responsabilidade das decisões naquele espaço impreciso que está entre o abstrato reconhecimento dos direitos do doente e a possibilidade efetiva ao seu poder de vida na cidade (BASAGLIA & GALLIO, 1991, p.47).

Nesse sentido, destaca-se a importância do território enquanto espaço de produção e reprodução de vida, de subjetividades, construindo objetivos comuns a cada singularidade e

não mais objetivos estritamente definidos pelos saberes da psiquiatria. A atitude terapêutica modifica seu foco de tutela para uma relação de reciprocidade, não mais baseado nas promessas de cura, mas de cuidado e acolhimento.

O projeto de Basaglia tem em sua atitude o “lidar com as contradições do real” na qual se volta para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna, colocando seu foco na ‘invenção do real’ enquanto processo histórico (AMARANTE, 2000).

A aprovação, na Itália, da lei 180 acontece em maio de 1978, sendo fruto de combates profundos na sociedade civil. Segundo Basaglia e Gallio (1991), diferente do modelo francês, a reforma italiana não se deu por uma iniciativa do Estado. A aprovação dessa lei foi fruto de uma pluralidade de estímulos já sedimentados no social. Ela, no entanto, não representa uma rendição do Estado, nem vitória do movimento, mas inaugura um novo ciclo histórico que tratará de verificar a efetiva vontade de realizá-la (para os políticos) e de avaliar seus princípios no terreno das realizações práticas (para os técnicos).

Seguindo as pistas dos movimentos anteriores a psiquiatria democrática segue em sua proposta de desconstrução tanto do estabelecimento como principalmente da instituição psiquiátrica enquanto saber hegemônico, enquanto verdade última. Amarante vem destacar um ponto importante: Basaglia põe em questão, mais ainda do que o espaço asilar, a instituição psiquiátrica, diferenciando assim a Psiquiatria Democrática e a Antipsiquiatria das demais reformas, apesar de todas terem suas especificidades e influências no movimento que hoje se desenvolve na RPb.

Em uma perspectiva histórica podemos pensar que todas as reformas que ocorreram na psiquiatria se referem a uma multiplicidade de iniciativas que percorrem diferentes espaços/tempos. A variedade de reformas propostas, entre elas a comunidade terapêutica, a psiquiatria de setor, psicoterapia institucional, para nos limitarmos a algumas, são referenciadas em outra maneira de se relacionar com o espaço e que nisso se diferenciam da psiquiatria tradicional: outro modo de compreensão da loucura, a qual não cabe mais o afastamento, a segregação, o distanciamento da sociedade. Observa-se então que tais reformas, mesmo com suas diversidades de inflexões e práticas não são lineares, seguem um caminho comum ao se oporem a esse fechamento. Este caminho seria outra forma de lidar com o espaço, ou pensá-lo a partir de sua abertura. Essa abertura inclui toda essa multiplicidade de iniciativas diversas que podemos chamar genericamente de Reforma Psiquiátrica. Por Reforma Psiquiátrica aqui se entende não um modelo de práticas, nem a essência de algum determinado conceito que a defina, mas uma maneira de conceber o espaço

a partir de seus percursos, de seus trajetos distintos, entendendo assim que tempo e espaço nessa perspectiva coexistem. Cada iniciativa teve seus pontos focais que se espalharam e ainda hoje estão presentes em variados espaços de cuidado e tratamento referentes à loucura. É, portanto, necessário compreender que cada uma delas possui sua delimitação de ações distintas que lhe dão contornos próprios a partir dos dispositivos e equipamentos que lhe compõem diferenciando-as e traçando seus critérios próprios, mas ao mesmo tempo aproximando-as pela relação comum que têm com esse espaço aberto.

É importante destacar aqui as mudanças ocorridas nesse campo a partir da modificação no funcionamento da sociedade desde o século XVIII ao século XXI. Se nos séculos XVIII e XIX a sociedade disciplinar com suas regras específicas constrói todo um aparato institucional que a sustentava, outro modo de funcionar da sociedade vai se instaurando e passando a coexistir junto a essa, que está para além dos muros das instituições disciplinares, ou que não necessitam mais deles para exercer sua função de poder.

Voltamos a Foucault para essa compreensão do que ele chamou de poder de regulamentação ou “biopoder” e que mais à frente Deleuze, seguindo seus passos, irá denominar como “sociedade de controle”.

Foucault (2005) em sua pesquisa visa seguir os mecanismos, técnicas e tecnologias de poder utilizando-se da análise histórica para compreender as mudanças ocorridas ao longo do tempo na sociedade. Nomeia de sociedades de soberania a forma de governar onde o poder tem sua localização no soberano, que pode fazer morrer ou deixar viver. Posteriormente observa mudanças nos modos como o poder se desloca nas sociedades que denomina “disciplinares”, em que o poder está centrado no corpo individual e sua distribuição e organização no espaço tem finalidades de aumento da força útil de trabalho mediante sistemas de vigilância desse corpo. A partir da segunda metade do século XVIII outra modulação dessas relações de poder vão aparecendo, mas são movimentos que não excluem as técnicas disciplinares, se une a elas a partir de novos instrumentos.

Esse poder vai se dirigir à vida dos homens enquanto espécie. Não mais investimentos ao corpo individual, mas à multiplicidade dos homens na medida em que estes podem formar uma massa global afetada por processos de conjunto próprios da vida como: nascimento, morte, doença, longevidade. É essa tomada de poder massificante que Foucault nomeia de uma “biopolítica da espécie humana”. (2005, p. 289).

As preocupações que irão circular em torno dessa sociedade são relacionadas a problemas como a morbidade, doenças ou endemias que se instalam permanentemente na vida

e a corroem, a enfraquecem e que serão vistas enquanto subtração de forças, diminuição de tempo de trabalho, custos econômicos com tratamentos, etc. Esses problemas são computados através de taxas de natalidade, mortalidade, fecundidade de uma população e é na vida enquanto população que serão investidas suas técnicas. Àqueles que estão mais susceptíveis a tais problemas passam por uma espécie de morte lenta. Uma morte que acontece em vida e que os desadaptados estão fadados a sofrer.

A medicina terá aí sua função de higiene pública e coordenação dos tratamentos, com uma centralização de informações e normalização do saber na tentativa de buscar um estado único, um padrão de bem estar, de saúde que seja para todos.

A doença mental é então considerada um desses fatores de enfraquecimento da vida: determinado grupo de pessoas que se diferenciam dos demais, que não estão no padrão de vida “normal”. São produzidas tecnologias próprias para que estas pessoas possam ser incluídas, consumindo produtos que lhe conduzirão a tal inclusão: medicamentos, terapias. Entrar no circuito na busca aproximada do padrão prevalescente mostra-se como a maneira possível de se livrar do seu ‘fardo’, desse enfraquecimento da vida.

Não apenas na doença mental, mas essa busca por uma padronização de um bem estar global se difunde pela sociedade em ofertas de serviços que vendem modos de vida desejáveis. Aguiar (2004) destaca o crescimento do número de pessoas que assumem a posição de “consumidores” de saberes e práticas ligadas à saúde, fazendo do vocabulário médico algo presente na vida cotidiana, regulando comportamentos, alimentação, atividades e o modo de entender e experimentar a própria existência.

A biopolítica lida com a população e seus fenômenos econômicos, políticos, biológicos de forma global a partir de mecanismos reguladores que fixam um equilíbrio, mantém uma média. Por isso trabalha com dados estatísticos, medições globais sempre objetivando baixar a morbidade, encurtar a vida, estimular a natalidade. É uma tecnologia que Foucault descreve como inversão ao modo da soberania. É um poder de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 294).

Esse poder regula, ele intervém no modo de vida controlando seus acidentes, eventualidades, deficiências, não precisando de lugar para acontecer. É algo contínuo e deslocalizado, por isso está em todo lugar, vai além de qualquer delimitação espacial.

Foucault (2005) traça duas séries explicitando melhor a passagem da disciplina para a regulamentação: a série corpo-organismo-disciplina-instituições; a série população-processos biológicos-mecanismos regulamentadores -Estado.

Essa mecânica que visa fazer viver já tem traçado uma distinção em seu interior. Faz um corte entre aqueles que devem viver e os que devem morrer. Há uma defasagem, no interior da população, uma fragmentação do campo biológico de grupos em relação a outros. Há uma qualificação em que quanto mais ao centro, mais próximo dos mecanismos de poder se está, mais possibilidades de vida. Por outro lado, quanto mais à margem desses mecanismos, maior a possibilidade de perder a vida ou de lhe tirarem a vida. Foucault (2005) entende isso enquanto a multiplicação dos riscos da morte, morte política, a exclusão, rejeição, etc.

Essa aceitação da morte do outro se estabelece a partir do momento em que o poder se coloca a favor da própria vida numa relação biológica, seguindo a seguinte lógica: “Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu - enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar” (FOUCAULT, 2005, p. 305).

A exclusão, eliminação de fenômenos como a loucura, criminalidade ou qualquer outro tipo fora da norma é aceita e aprovada por essa população. O biopoder se exerce então livremente. A sociedade encontra-se em uma forma de controle que opera ao ar livre, sem muros, sem delimitações.

Deleuze (1992) nomeia como sociedade de controle esse novo modo de funcionar descrito por Foucault, entendendo que o controle se dá continuamente e se utiliza de tecnologias novas, principalmente de comunicação, se tornando fácil introduzir idéias, modos de viver, e subjetivações, ou seja, maneiras pelas quais os indivíduos enquanto coletividade constituem-se enquanto sujeitos.

Exemplo claro que Deleuze dá dessa substituição dos sistemas fechados onde se localizava o poder é a crise do hospital como meio de confinamento, sua setorização, o aparecimento de hospitais-dia, atendimentos a domicílio que marcaram novas liberdades, mas também passaram a integrar novas formas de controle (1992).

A dificuldade de transpor esse poder se torna mais difícil, pois não está fechada em moldes, instituições. O poder não é uma forma, mas são forças e relações de força. Esta nova maneira de funcionar, o controle modulante e auto deformante, consegue com facilidade absorver em seu meio as forças múltiplas que aparecem fora dele.

O que perpassa todo estudo de Foucault, e que Deleuze destaca, é a questão de como ultrapassar essas relações de força. Foucault interessa-se em entender *nós hoje*: “quais são os nossos modos de existência, nossas possibilidades de vida ou nossos processos de

subjetivação?” (DELEUZE, 1992, p.124). Será que teríamos maneiras suficientemente “artistas”¹⁵ de nos constituirmos para além do saber e do poder? Será que seríamos capazes disso, já que o que está em jogo é a vida e a morte? (1992).

Unindo às questões propostas por Foucault e Deleuze, no capítulo seguinte voltamos às ações que permeiam os movimentos da reforma psiquiátrica na tentativa de entender seus desvios na produção de outras subjetividades a serem criadas. Dentro de cada espaço construído por cada reforma e que hoje tem seus funcionamentos próprios na rede de cuidado em saúde mental, a intenção é compreender os espaços de corte que estão sendo abertos na prática, assim como as possíveis capturas que ainda engessam e enfraquecem modos de vida. Como fugir desse poder, como quebrar as formas constituídas a partir de novas possibilidades? Compreendemos então que as propostas da reforma psiquiátrica não apontam prioridade a nenhum localizacionismo de dispositivos ou serviços, mas pelo contrário tenta quebrar a idéia de que se pode haver um lugar ideal para o cuidado.

Vemos que a relação entre a loucura e o espaço em que é proposto o cuidado hoje segue, dentro da sociedade de controle, numa mesma lógica de deslocalização própria tanto da proposta da reforma quanto do próprio movimento do capital. Ao mesmo tempo que este controle intervém na vida de modo rápido e deslocalizado, capturando qualquer singularidade que apareça, também a maneira de fazer clínica proposta pela RPb se utiliza dessa mesma potência de fluidez que a um só tempo poderíamos dizer que é a potência da própria vida enquanto processualidade.

A nossa atenção deve estar voltada para que essa “abertura” dos serviços em saúde mental não se tornem novas maneiras de capturas impostas por essa sociedade de controle. Para isso a constante análise das práticas que acontecem nesses novos espaços de cuidado é fundamental para compreender em que momentos os mecanismos do biopoder estão incidindo e se estão havendo pontos de resistência a eles. Cabe-nos ainda destacar que essa proximidade não está longe de riscos, sendo então necessária uma atitude política de resistência que a clínica deve assumir.

¹⁵ Deleuze usa essa expressão referindo-se a um modo de dizer usado por Nietzsche. Vide: *Conversações*, Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

CAPÍTULO II

CAMINHANDO PELO COTIDIANO DE UM HOSPITAL-DIA: PETRÓPOLIS E A REDE DE CUIDADOS NA CIDADE.

“Se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la”.

GINZBURG, C.

Este capítulo tem como objetivo delinear caminhos de uma prática em saúde mental focada em um estudo de caso feito no Hospital-Dia da Casa de Saúde Santa Mônica (HD-CSSM), localizada no município de Petrópolis-RJ. Essa proposta de analisar um serviço de saúde mental de Petrópolis tem por interesse abordar o seu modo de funcionamento e suas relações com a reforma psiquiátrica (suas aproximações e distanciamentos), se utilizando deste serviço para a análise do funcionamento de uma rede de cuidados em saúde mental a qual entendemos, segundo as bases da RP, enquanto rede de serviços, rede de afetos, rede de conexão que se propõe não centralizada e de funcionamento territorial. Uma rede deslocalizada, como apontamos no começo deste trabalho.

Mas antes de nos determos nessa questão acreditamos que a constituição da rede atual de saúde mental não se descola da própria história da cidade e dos serviços que vieram se constituindo em Petrópolis.

2.1- Cidade Ideal – trajetos por Petrópolis

Vimos no primeiro capítulo parte das mudanças relacionadas à psiquiatria no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro: estado que tem grande importância no século XIX, se consolidando como centro político e financeiro e como principal porto escoador da produção mineira do café. Essa industrialização e a constituição de uma sociedade burguesa trazem ao estado uma visibilidade e importância pela qual, essa sociedade emergente que se forma, vai lutar para limpar as ruas das doenças, dos maus elementos e da má povoação que vem junto com esse crescimento industrial. Toda essa preocupação higienista tem proximidade com o modo de tratar o louco neste contexto.

Petrópolis, cidade da região serrana do Rio, tem outra visibilidade em relação à própria capital da República. Em meio às confusões de uma mistura que incomoda a cidade do Rio, Petrópolis vem trazer uma visão de progresso tida enquanto “cidade ideal”.

Somente a partir do plano urbanístico desenhado pelo engenheiro alemão Major Júlio Frederico Koeler, a pedido de D. Pedro II, que a paisagem social da cidade e a paisagem urbana passam a interagir entre si, seguramente isso produz movimentos de articulação que posteriormente farão compreender as intenções de tal projeto. Segundo Almeida (2005), estamos lidando aqui com uma cidade primeiramente imaginada, em seguida projetada e finalmente construída a partir de um desenho previamente calculado, seguindo um padrão de racionalidade moderna que traz em si um sonho de futuro. Seu projeto urbanístico é efetivado a partir do marco inicial: um decreto imperial de 1843, data da sua fundação.

A intenção de tal projeto era a de transformar Petrópolis em uma colônia agrícola capaz de suprir a capital. Para tanto a composição dessa paisagem social não é menos planejada. Inspirada em países da Europa, as vilas coloniais traçadas por Koeler levavam nomes de localidades alemãs. Vieram, por meio de combinação, colonos alemães cujos costumes eram valorizados. Acreditava-se serem pessoas laboriosas, honestas e amigas da boa ordem. Os demais imigrantes portugueses, italianos, ingleses vieram depois.

O sonho do futuro como materialização do progresso no Brasil recém Republicano do final do século XIX e começo do século XX se aproximava da sociedade tradicional europeia na sua lógica hierárquica e de exclusão. Para então seguir seu exemplo, vislumbra-se na serra um lugar que tem possibilidade de recriar tal imagem. Nesse sentido, (...)

no imaginário das camadas aburguesadas da sociedade brasileira daquele período havia a necessidade de se elaborar um cenário para a circulação social ordenado,

belo e harmônico, sem as vísceras da realidade ainda colonial. Tal possibilidade se tornava palpável em Petrópolis, onde a mesma ordem vista como pré-condição para o progresso, (...) igualmente editava à cidade serrana o título de arrabalde luxuoso isento dos entraves e dos constrangimentos da metrópole estilizada (ALMEIDA, 2005, p.13).

Percebemos Petrópolis como um lugar onde se valorizava costumes que seguem certa ilusão de Brasil nobre. Tal visão estava demonstrada nas práticas da alta burguesia que a freqüentava tendo em toda sua formação uma ideia de civilidade e progresso, derivados, certamente, de um pensamento europeu de beleza e organização. Para tanto, era necessário afirmar um esquecimento do passado colonial marcado pela escravidão, pela miscigenação, pela dependência econômica, pelo atraso industrial. Essa arte de esquecer tal passado era reforçada na medida em que a cidade crescia como uma vila européia onde se vivia na “civilização”, e se criava outra atmosfera de superação do passado colonial. “Daí a cidade se converter no espaço disciplinar do progresso e da ordem, imagem em positivo da capital do país” (ALMEIDA, 2005, p.32). Era tida também como lugar onde se fugia do risco das doenças e epidemias que apareciam no Rio na época do verão.

A elite que se desenvolve no Brasil tanto na Monarquia quanto na República nega todo o passado, exclui dele tudo o que acredita ser sinal da falta de progresso. Almeida (2005) fala da comparação da Rua do Ouvidor com Petrópolis, enquanto espaços de ostentação que evidenciam uma distância que separa a sociedade brasileira em dois pólos: de um lado a elite sedenta pelo novo, pelo externo e prisioneira de um sistema econômico imposto pela ordem internacional, e de outro lado a mão-de-obra silenciosa, representada por personagens invisíveis.

Petrópolis torna-se espaço privado, de circulação a um grupo restrito de pessoas, onde os códigos sociais não são desestabilizados. Esse espaço se refere ao termo usado por Michel de Certeau: “O espaço privado é aquela cidade ideal onde todos os passantes teriam rostos de amados, onde as ruas são familiares e seguras, onde a arquitetura interna pode ser modificada quase à vontade” (CERTEAU & GIARD, 1996, p. 207).

A cidade, tida como abrigo de verão, no início do século XX, torna-se um grande centro industrial sem perder sua imagem. Nesse momento, em toda a sua exuberância, passa a ter seus meios de comunicação próprios como jornais que a exaltam, mas também trazem leituras do seu cotidiano. Apesar da maioria da mídia da época engessar as expressões cotidianas, havia brechas que escapavam desse engessamento, como se pode citar em alguns usos da própria cidade nos escritos de Lima Barreto, escritor e crítico dessa época.

A relação da classe privilegiada com o espaço público também se modificava a partir das inovações tecnológicas nas ruas, possibilitando outros espaços de lazer como coloca Almeida:

“Espaços públicos e privados assumiam uma nova aura ao se converterem em palco privilegiado para uma casta enriquecida pelas políticas econômicas emergentes, que ensejavam no Brasil republicano, especialmente na capital e em seu duplo afrancesado, novos sistemas de valores, modas e comportamentos” (2005, p.78).

Lima Barreto escreve em um de seus romances, *Vida e Morte de M. J. Gonzaga de Sá*, sobre uma grande quantidade de personagens e situações de vida da capital da República, percorrendo uma variedade de espaços distintos desses espaços privilegiados, como as ruas dos subúrbios, as repartições públicas, o encanto da brisa do mar, a subida para Petrópolis, etc, buscando analisar criticamente o painel social a sua volta.

Em um dos capítulos desta obra, intitulado *Petrópolis*, conta da percepção que seu personagem Gonzaga de Sá tinha da cidade através de seu interlocutor Augusto Machado.

Na intenção de fazer sua crítica à sociedade brasileira do início do século, é marcada nas falas de seu protagonista toda insatisfação em estar próximo à elite burguesa da época denunciando a aristocracia representada pela gente que freqüentava Petrópolis e outras localidades “privilegiadas” da cidade do Rio, como a Rua do Ouvidor, por exemplo. Naquele momento em que as classes populares eram marcadas de tensões pelas condições precárias de vida, por ausência de moradias e de investimentos em políticas sociais, a negação dessa população pela classe mais enriquecida agravava tal situação. A tentativa de manter uma imagem urbana homogênea como a do Rio e de Petrópolis era constante assim como a negação das demais classes. Lima Barreto sutilmente aborda tais questões, apontando suas críticas e tentando romper com os discursos dominadores que imperavam na época.

O interlocutor Augusto Machado vai contando, em meio à paisagem do Rio, a história de Gonzaga de Sá, escriturário e oficial da secretaria dos cultos. Homem que pertencia a uma família que ajudara a fundar aquela cidade, se mostra sem pretensões e extremamente crítico em relação às questões de nobreza tão valorizada e desejada por muitos. Esse desejo pela ascensão e progresso tão presente na sociedade da época criava uma cortina que fazia esconder a diversidade vivida na capital. Nas conversas com o amigo Augusto Machado aparece a descrição da elite republicana que passeia pela cidade, que visita Petrópolis e que adota modelos de vida do exterior parecendo estrangeiros ao rejeitarem a cultura étnica própria da cidade e de cada uma daquelas pessoas.

Tomamos o trem. Era um dos de Petrópolis. Via cheio dos taes de que me falava ainda havia pouco Gonzaga. Compramos primeira classe para Bom Sucesso, mas passamos logo para a segunda. O meu amigo adquiriu um jornal e poz-se a ler. Fiquei olhando a paisagem de mangues desoladora, desanimadora. (BARRETO, 1961, p.49-50).

Nesse pequeno trecho de seu livro Lima aponta o contraste entre a paisagem desoladora em que estão passando durante o trajeto e as pessoas que freqüentam esse mesmo trem que sobe para Petrópolis. Em um mesmo lugar nota-se um grande contraste. Os dois personagens descem do trem e à frente Gonzaga de Sá esclarece o incômodo que sente daquela gente: parecem estrangeiros. Marcando sua diferença do modo de ser e agir dessas pessoas ele diz ser Sá, ser do Rio, unido a toda gente com suas diversidades, seus negros, suas misturas. Afirma, desta forma, a realidade a sua volta que a sociedade tenta a todo custo apagar e desconsiderar.

Essa atitude de abordar temas críticos como este naquela época não foi de menor risco. No período em que Lima Barreto escreve suas obras, os poderes que se investem na sociedade e seguem esse pensamento de organização e limpeza, são sentidos no próprio corpo do autor quando o mesmo vivencia as internações por que passa.

Ao ser internado no Hospício Nacional de Alienados, por conta de excessos na bebida, escreve seu *Diário do Hospício* entre outras obras onde confundem-se os personagens do livro com as próprias experiências do autor.

Nos seus escritos expressa toda a opressão e humilhação sentida durante sua estada no Hospício, mas não deixa de fazer suas críticas àquele tipo de instituição e ao saber médico que reinava naquela época. Analisando um dos alienistas daquele hospício, o Dr. Henrique Roxo, Lima Barreto diz:

Ele me parece daqueles médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério! – que há na sua especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza (BARRETO, 2010, p.46).

Esse suposto saber médico que conhece tudo e busca decifrar a loucura em respostas científicas também se mostra estranho a Lima. Segundo Bosi (BOSI apud BARRETO, 2010), sua reflexão tendia a negar os quadros classificatórios da psiquiatria determinista da época.

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só (BARRETO, 2010, p.67).

Em suas descrições ele percebe nitidamente o caráter de exclusão que reinava na psiquiatria do século XIX, e dessa forma faz sua crítica igualando aquele espaço de sequestro como uma “morte em vida”.

Amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição de rezas, exorcismos, bruxarias, etc, o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o seqüestro. Não há dinheiro que evite a morte, quando ela tenha que vir; e não há dinheiro nem poder que arrebate um homem da loucura. Aqui no Hospício, com suas divisões de classe, de vestuário etc., eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa. (BARRETO, 2010, p.90).

Como colocado no capítulo I, nessa tentativa de manter uma suposta “ordem e progresso” as instituições psiquiátricas também seguem, como a imprensa, nesse discurso dominante que reforçam a organização e o progresso da cidade. Esse discurso fortalece também a legitimação do saber médico. Lima Barreto denuncia tanto a ilegalidade de seu sequestro, atribuído ao temor despertado pela sua fama, como a violência vivida e coloca em xeque as concepções científicas tidas como verdades, como aponta Engel (2001).

Esse trajeto que fazemos aqui percorre a história de uma cidade, Petrópolis, que está ligada à história da psiquiatria da época. Os espaços referidos à loucura passeiam na história sendo constituídos e constituindo ao mesmo tempo cidade e modos específicos de viver na sociedade. Com Lima Barreto fazemos essa ponte para que possamos continuar a caminhada nos aproximando das práticas que vem se delineando mais atualmente na psiquiatria nesta cidade. Tal história se faz importante para entender, ainda hoje, alguns estigmas que a cidade de Petrópolis assume ou que lhe é exigida em relação a essa antiga imagem de “progresso” formada. Essa imagem ainda se reflete em algumas práticas desse lugar.

Petrópolis enquanto cidade que servia de modelo para muitas outras do estado tem, em relação à doença mental, um percurso mais recente. Abordaremos aqui especificamente a constituição dos serviços que surgiram na cidade, o caminho dos hospitais psiquiátricos criados, as desmontagens de uns, a continuidade de outros, assim como as variadas

modificações que já ocorreram em termos de reforma na psiquiatria. Essa trajetória será traçada para assim chegar à prática que hoje acontece em um dos serviços de saúde mental de nosso interesse, em Petrópolis, o hospital dia-CSSM. Serviço esse de caráter privado conveniado ao SUS e pertencente à mesma administração da Casa de Saúde Santa Mônica.

2.2 - A constituição da rede de Saúde Mental de Petrópolis

A história de Petrópolis referente aos cuidados hospitalares de um modo geral não se mostra ampla havendo poucas referências. Em meados de 1900 há referência de um grande hospital que recebia todos os enfermos da cidade e era conduzido pelas Irmãs de Santa Catarina – era o Hospital Santa Tereza, que até hoje existe na cidade. Além deste, surgem outras iniciativas como a de colocar em funcionamento um Hospital no centro da cidade para os indigentes, por idéia de Edmundo de Lacerda – delegado de polícia em 1911. O Hospital de Indigentes permanece por pouco tempo em funcionamento, pois não era muito aceito devido sua localização ser entendida como inconveniente já que próxima à comunidade. A iniciativa de Lacerda também aponta para uma falta de atendimento a esta população que deveria ser realizado pelo Hospital Santa Tereza o que dificulta ainda mais a continuidade deste serviço (LACERDA, 1981).

A partir desta data surgem outras instituições para tuberculose, para pacientes crônicos e para atendimentos infantis, porém não se encontram registros relativos a algum tipo de atendimento psiquiátrico. Provavelmente estes pacientes eram encaminhados ao Rio de Janeiro, visto que se perpetua na cidade uma tentativa de limpeza higiênica e manutenção da boa ordem.

As primeiras referências de tratamento em saúde mental na cidade estão vinculadas aos serviços de internação psiquiátrica que surgem mais recentemente. Havia três serviços que além de receber pacientes do próprio município também recebia demanda de regiões próximas a Petrópolis.

A Casa de Saúde Santa Mônica (CSSM) é fundada em 1967 contando neste município com mais dois serviços de internação psiquiátrica anteriores a ela, A Clínica Solar Pedras Brancas que atendia a clientela masculina e a Clínica São Vicente atendendo a clientela feminina. Nesta época o tratamento psiquiátrico que existia era restrito à internação a partir destas instituições particulares conveniadas ao serviço público. A rede municipal de saúde na década de 70 passa a constatar a necessidade de atendimento diferenciado em psiquiatria,

iniciando sua primeira tentativa de atendimento pela rede pública através do “SAMDU”¹⁶, porém, apesar dessa iniciativa o trabalho não se consolida. Em 1980 é decidido, pela coordenação de saúde mental formada no município, colocar um psiquiatra em cada equipe de plantão do pronto socorro para atender à demanda que surgia. Neste mesmo local é aberto um pequeno espaço para atendimento em psiquiatria.

Por volta de 1987 foi inaugurada a emergência psiquiátrica no Hospital Municipal Nelson Sá Earp, contando com dez leitos para internação no período referente a 72 horas. Esses leitos contavam com psiquiatras por 24 horas, o que possibilitou um serviço de triagem mais específico dos casos que realmente necessitavam do tratamento em regime de internação. Antes o encaminhamento de pacientes para a internação era feito pelo clínico geral sem haver critérios específicos para tal. A CSSM era na época constituída de dois serviços que se localizavam em diferentes locais: o setor masculino localizado no Bairro Quarteirão Brasileiro e o setor feminino no Bairro Roseiral. Tanto a CSSM como as demais clínicas também atendiam pacientes oriundos de vários municípios do estado como, por exemplo, Duque de Caxias, Magé, Teresópolis entre outros.

Os atendimentos ambulatoriais em psiquiatria começam a acontecer em uma parte do Hospital Municipal Nelson Sá Earp – onde é também o pronto socorro. A partir de um concurso que aconteceu na prefeitura de Petrópolis entram aproximadamente 19 psicólogos no município sendo então criada uma equipe para o ambulatório. Este trabalho com o tempo se consolida e aumenta sua demanda sendo este o único ambulatório da rede pública. Nota-se a necessidade de um espaço específico para o atendimento ampliado do paciente nesta rede municipal e este serviço se desloca do Hospital Municipal Nelson Sá Earp para o Posto de Atendimento Médico (PAM), localizado na Rua Floriano Peixoto no centro da cidade. Neste local eram atendidas também outras especialidades médicas além da psiquiatria.

Nesta época acontece também um pequeno movimento em relação à atenção às drogas, sendo criado um gabinete vinculado à defesa civil que tinha o nome de coordenação municipal antidrogas. Após um período ela passa a ser vinculada diretamente ao gabinete do prefeito. Nesta época a questão das drogas não era ainda vinculada à saúde, mas à segurança pública.

Fazemos um pequeno recorte nesta descrição para apontar que a partir dessas diversas modificações nota-se um novo deslocamento que acontece no atendimento a essa clientela

¹⁶ Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

que demandava atendimento psiquiátrico. De uma exclusividade no atendimento que era própria aos hospitais em caráter unicamente de internação, passam a surgir novas iniciativas que vão movimentando a rede pública e, mesmo timidamente, começam a mudar o espaço que este mesmo paciente é cuidado. Mas essas modificações que vêm ocorrendo não é de forma alguma exclusividade deste município, mas acontece a partir de movimentos anteriores na psiquiatria no Brasil.

Após a crise que se configurou na psiquiatria a partir dos questionamentos em relação ao poder médico e sua influência sobre o louco, surgem diversos movimentos que trazem novas maneiras de pensar a loucura e a própria clínica. Tais iniciativas têm grandes influências no Brasil. Passos & Pitombo (2003) apontam a reforma da clínica no Brasil iniciada em 1980 como um processo heterogêneo cujos atores têm em comum a intenção de transformar o cenário psiquiátrico no país.

Neste movimento são reorientadas algumas ações do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e nestes desdobramentos surge o programa de reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária em 1982, onde se observa um discurso crítico ao modelo manicomial e custodial. Dentre os princípios dessa proposta inclui uma assistência psiquiátrica predominantemente extra-hospitalar; a utilização de recursos intermediários entre ambulatório e internação integral que procurassem reverter a tendência prevalente à hospitalização. Dentre eles está a criação de hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficina protegida (JORGE, 1997).

A implantação destes serviços nesta época ainda aponta para um modelo de semi-internação preso aos moldes do hospital, porém de forma mais atenuada, com a proposta de não reproduzir atitudes de segregação e exclusão, características estas atribuídas ao manicômio. (JORGE, 1997). Os serviços extra-hospitalares buscam atendimento diversificado que têm por objetivo diminuir o número de internações psiquiátricas.

Jorge (1997) aponta que os serviços de hospital-dia¹⁷ são criados, primeiramente, para definir um local possível para pacientes após alta hospitalar, um lugar de intermediação entre internação e sociedade. Ou uma extensão do hospital no meio social, reforçando sua condição como centro de referência.

Sai a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde com novas diretrizes para o cuidado em saúde mental e normas para os novos serviços que começam a ser criados substitutivos à internação, assim como fiscalizações nos demais serviços de

¹⁷ O conceito de hospital-dia surgiu no Canadá em 1946 com o objetivo de permitir a alta precoce de pacientes hospitalizados (Furtado, 1994).

internação que já existiam. Decorrente desta portaria é organizado um encontro dos serviços de atenção diária no Rio de Janeiro onde se cria este termo “Serviço de Atenção Diária” e neste estão incluídos todos os serviços que atendam uma clientela diferenciada tanto do ambulatório quanto do hospital. “Esse termo busca englobar os serviços denominados Hospital-Dia, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial ou Oficinas Terapêuticas, segundo as definições estabelecidas pela Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde” (JORGE, 1997, s/p.).

Nesta portaria seguem as normas para abertura de hospitais-dia e é a partir dela que surgem os projetos para a criação desses serviços na cidade de Petrópolis. O hospital-dia se enquadra dentre um dos serviços que viria com a proposta de substituir o modo de tratamento tradicional, seguindo um modelo de intervenção que visa um tratamento que aconteça na comunidade, e a equipe assumiria a função de organizar esses serviços no intuito de buscar a reconfiguração da relação dos usuários com esta comunidade.

Segundo a portaria 224/1992:

A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção dos cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira) com uma carga horária de 8 diárias para cada paciente. (BRASIL, 1992).

Também é diretriz da Portaria 224/1992 a localização do mesmo, devendo situar em local específico independente da estrutura hospitalar, sendo recomendado que o serviço seja regionalizado onde atenderia uma população de uma área geográfica definida facilitando assim o acesso do paciente ao serviço. Outra diretriz é estar integrada a uma rede descentralizada, hierarquizada de cuidados de saúde mental.

A mesma também descreve as atividades a serem realizadas na unidade de assistência assim como fala da composição da equipe mínima, do número de usuários e do financiamento.

Nesta época já se inicia a diminuição de leitos psiquiátricos em Petrópolis, ocorrendo a desativação da Clínica São Vicente em 1994, com as pacientes encaminhadas para outras clínicas do Estado. O único serviço de saúde mental constituído em outra perspectiva diferenciada da internação é o ambulatório que passa a ter um número muito grande de procura.

Um pouco antes desse período, em 1991, começa a ser criado um projeto para abertura de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade havendo uma tentativa de iniciar o serviço no centro da cidade na Rua Nilo Peçanha. A prefeitura aluga uma casa destinada a ele, porém este espaço logo é utilizado para outros projetos, inviabilizando assim que o CAPS pudesse se constituir lá. Os funcionários que trabalham na saúde mental, porém, continuam nesta casa por um tempo, fazendo o trabalho de ambulatório. Paralelo a isso, o primeiro projeto de hospital-dia ocorre em 1994, por uma iniciativa do setor masculino da CSSM. Esse projeto é encaminhado para o Ministério da Saúde demorando nove meses para ser aprovado. Sua aprovação acontece no início de 1995 sendo este o primeiro hospital-dia a ser conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois os demais existentes no Rio de Janeiro eram públicos. O Serviço é aberto funcionando como cooperativa. Em meados de 1997 é feito outro projeto para abertura de mais um hospital-dia, dessa vez encaminhado pela CSSM – setor feminino. Havia uma média de 150 leitos de internação na época. É aceita pela Secretaria de saúde a diminuição destes para 120 leitos e ocorre a transferência dessa diferença de 30 leitos para o serviço de hospital-dia que, após a construção de um prédio próprio para o serviço, abre no ano de 1998.

O hospital-dia é considerado pela portaria nº 224 (1992 MS/SNAS) um recurso intermediário entre internação e ambulatório. Seu atendimento acontece de segunda a sexta, das 8 às 16 horas e os usuários freqüentam diariamente, tendo sua autonomia no deslocamento do tratamento para suas casas. Estes serviços passam a ser, na época, os únicos serviços de atenção diária a desenvolverem um trabalho de assistência psiquiátrica de forma aberta, sem muros, quebrando com os paradigmas da tradicional psiquiatria e se inserindo na nova política de saúde mental vigente no país, resultado das lutas sociais.

Ainda na década de 90 após a tentativa fracassada da abertura de um CAPS, o ambulatório volta a acontecer no PAM da Floriano Peixoto, passando por um período de dificuldades com tentativas de sua extinção assim como da extinção dos demais serviços em saúde mental pela gestão da época. Apesar dessa lenta agonia por que passava o PAM, o ambulatório de saúde mental persistia nos atendimentos individuais, em grupo e nas oficinas terapêuticas para todas as faixas etárias. Em 1999, com a mudança da coordenação de saúde mental no município, o PAM da Floriano Peixoto torna-se o Ambulatório de Saúde Mental. No ano de 2000 criam-se novos serviços como o Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Alcides Carneiro e as supervisões técnicas nos serviços. Nessa época é montado no pronto socorro um serviço, ainda muito tímido, para o atendimento aos usuários de álcool e outras

drogas. Este trabalho era mais de prevenção e com pouco reconhecimento na saúde, e ainda vinculado ao gabinete do prefeito.

É nesse mesmo ano que a administração do setor masculino da CSSM e a do setor feminino se reúnem e decidem unir os setores. Devido à redução de leitos¹⁸ começa a ficar inviável a manutenção dos dois hospitais, sendo então desativado o setor masculino que funcionava no Quarteirão Brasileiro e os pacientes transferidos para o Roseiral, onde passam a funcionar os dois setores. A administração destes fica sob a responsabilidade do setor feminino. O hospital-dia Villa Bromélia que funcionava ao lado do setor masculino passa a alugar uma casa no centro da cidade onde continua com seus atendimentos, o hospital-dia CSSM (HD-CSSM) que funciona ao lado da instituição no Roseiral continua com seu funcionamento normal.

Após inúmeros projetos elaborados e modificados na tentativa de abertura de um CAPS na cidade, em 2002 o último projeto mandado, já citando itens da recente lei da Reforma Psiquiátrica, Nº 10.216 de 2001, é aprovado. Em 2001 ocorre o credenciamento do leito 72h dentro da emergência psiquiátrica. Esses novos serviços vêm neste momento em que é necessário enxugar uma estrutura, na época, composta por grandes serviços de internação psiquiátrica: a CSSM setor masculino e feminino, e a Clínica solar Pedras Brancas. Antes da abertura do CAPS na cidade, já começa a ser realizada uma reunião em que participam os trabalhadores do ambulatório e do projeto do CAPS e CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), sendo considerada um início das reuniões de rede. As inaugurações do CAPS e do CAPSi acontecem juntamente em 2004. Há uma demora até seu credenciamento que ocorre após quase dois anos depois do pedido. O serviço é aberto como CAPS II, onde a capacidade operacional é descrita pelo ministério da saúde para uma população de até 100.000 habitantes (BRASIL, 2007). Na época em que foi aberto, em 2004, a população de Petrópolis estava com uma média de 300.000 habitantes. Mesmo havendo na cidade apenas um CAPS II a mesma mostra-se em equilíbrio, pois havia além desse serviço outros dois equipamentos que faziam papel semelhante aos serviços de CAPS II, como os hospitais-dia, e permaneciam também abertos cinco dias por semana recebendo a mesma clientela.

Após todo um movimento de reestruturação nas políticas públicas de saúde onde surgem novos serviços de atenção à saúde mental, é incluída nesta política também a questão das drogas. Em Petrópolis, por volta de 2004, a gestora desvincula do gabinete da prefeitura o atendimento para usuários de álcool e outras drogas que é feito no Hospital Nelson Sá Earp e

¹⁸ Em 1987 o setor masculino tinha uma média de 250 pacientes internados e com as novas propostas da RP e as reduções progressivas de leitos faz com que em 1994 o mesmo esteja atendendo uma média de 120 pacientes.

traz exclusivamente para a saúde. O pequeno atendimento a esses usuários passa a funcionar no PAM da Floriano Peixoto junto ao ambulatório de Saúde Mental. Inicialmente este serviço encontra certa dificuldade de se estabelecer devido à resistência dos demais profissionais do PAM, pela falta de compreensão daquele trabalho de assistência enquanto cuidado atribuído à saúde. Após alguns anos de desenvolvimento deste trabalho o mesmo se amplia, tendo o auxílio desses mesmos profissionais. Com o auxílio da gestão da época, a partir dos atendimentos realizados no PAM, é investido em um trabalho de sensibilização entre a rede escolar (com os professores) e também com os programas de saúde da família. Esse movimento favorece a compreensão do trabalho e um aumento da demanda ao serviço. Desde sua presença no PAM já é pensado e trabalhado a partir das novas políticas públicas de saúde e dessa maneira é criado o projeto de implantação de um CAPSad na cidade. Este projeto vai à frente apenas no ano de 2008 quando a coordenadora do serviço aluga uma casa para a implantação de um novo equipamento: o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad). Em dezembro desse mesmo ano é feita a inauguração. Alguns dos projetos de sensibilização e formação de profissionais que foram iniciados no PAM, porém, são paralisados pela mudança de gestão. Seu credenciamento também passa por um momento de lentidão onde o serviço mantém seu funcionamento nessa espera.

Em março de 2009 ocorre a desativação da Clínica Solar Pedras Brancas, após ficar sob intervenção do Ministério Público. Os pacientes dessa clínica, em torno de 45, são transferidos para a Casa de Saúde Santa Mônica, doravante a única clínica de internação psiquiátrica que se mantém na cidade.

Observamos uma rede de saúde mental que possui uma variedade de serviços considerados substitutivos ao manicômio e um movimento que cada vez mais se amplia em prol da RPb. No entanto, é importante lembrar que a existência por si só de dispositivos não é suficiente para uma rede conectada. Para além dos serviços são necessários movimentos de articulação entre eles como é apontado em uma das propostas feitas na III Conferência da Saúde mental que aconteceu em 2001. Ela propõe...

Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial mediante o desenvolvimento da atenção básica associada ao Programa de Saúde da Família, implementando uma rede de serviços territoriais de saúde mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral (capacitado para o atendimento de urgências), Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, hospital dia, oficina terapêutica, centro de convivência, programa de geração de trabalho e renda, cooperativa e serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p. 39).

Há uma aposta na diversidade de serviços enquanto pontos de uma rede descentralizada e que busque uma abrangência de cuidado, tornando dispensável o tratamento em interações psiquiátricas. Mostra-se então necessário esse movimento de integralidade para que seja efetiva essa função de rede.

Os serviços de saúde mental descritos acima nos dão um panorama geral da composição da rede de Petrópolis atualmente. Esta descrição, porém, está mais relacionada à variedade e número de dispositivos que compõem a rede, não definindo, no entanto o modo de funcionamento de cada dispositivo nem a conectividade que existe nessa rede de saúde mental na cidade. São nas conversas e encontros com profissionais que atuam nesses lugares que são percebidos os movimentos e paralisações da rede, assim como são percebidas as dificuldades que tais dispositivos passam na tentativa de um melhor cuidado.

Como apontado anteriormente, a cidade de Petrópolis ainda hoje carrega sobre si uma imagem de privilégio e organização que se reflete nas suas mais variadas relações, uma imagem mais maquiada do que efetiva. Não é diferente na área da saúde e saúde mental. Em relatos de alguns profissionais desta rede de saúde aparecem incômodos decorrentes dessa imagem de cidade organizada. Isso é refletido no encontro com profissionais de outros municípios. Essa visão de privilégio de Petrópolis ainda é mantida nas falas daqueles que olham de fora, apesar destes não conhecerem de perto as verdadeiras dificuldades passadas no interior de cada serviço. O fato de existir essa variedade de dispositivos de saúde mental não garante um funcionamento sem dificuldades. Em relação aos problemas mais citados pelos profissionais da rede de Petrópolis estão: a desvalorização de profissionais, a escassez de recursos materiais e humanos, a dificuldade de dar seqüência a projetos e trabalhos a partir da mudança de gestão ou de profissionais específicos, a falta de conectividade dos serviços para um trabalho em conjunto, o excesso de burocracia que dificultam o atendimento e os encaminhamentos, entre outros. Tais problemas parecem refletir a problemática mais geral do sistema da saúde no Brasil.

Dessa forma, as lutas que são feitas em relação a essas dificuldades também são grandes e se mostram refletidas no esforço dos profissionais e nos movimentos que os mesmos fazem para ultrapassá-las, buscando criar redes afetivas, mesmo que muito focais com determinados atores que compõem outros equipamentos da rede de saúde, fazendo que o trabalho abra novas possibilidades de conectar-se.

O que se pretende aqui não é fazer uma análise de cada serviço separadamente, considerando sua proximidade ou não com a RPb, ou a dificuldade e facilidade de cada um,

mas problematizar essa rede que se constitui na cidade. Mas para isso se faz necessário traçar uma linha e acompanhá-la dentro dessas multiplicidades de trajetórias da saúde mental em Petrópolis para, a partir de então, poder olhar para a rede e seu funcionamento. Para isso analisaremos um dos serviços aqui citados: o HD-CSSM.

2.3 – Trajetos do hospital-dia -CSSM

Tratarei nesta sessão da experiência da equipe que compõe o HD-CSSM, da minha experiência e proximidade neste lugar, assim como seus movimentos, dificuldades, avanços, questionamentos que passaram e passam pelo funcionamento do serviço para assim compreender como está se fazendo a clínica naquele lugar e qual proximidade essa clínica tem com as premissas da RPb.

Antes de iniciarmos esse trajeto é importante relembrar o que em nosso estudo, está sendo denominado por espaço: com base nas proposições de Santos e Massey a idéia de espaço é entendida aqui enquanto multiplicidade e, conseqüentemente, não pode ser estático nem já está dado. O espaço comporta movimentos diversos que não chegam a nenhum fim, mas são descontínuos, e estão sempre em conexão e desconexão.

Em relação ao espaço do HD-CSSM pretendemos observar suas nuances para poder compreender os momentos em que aquele espaço enquanto forma de tratamento, reabilitação, torna-se espaço de controle e disciplinarização dos corpos em um fechamento de si pelas relações de tutela e os momentos em que esse espaço possibilita uma abertura aos questionamentos e mudanças propostas pela RPb, expandindo-se para fora, para a rede de atenção a saúde mental, para a comunidade a partir das relações que se estabelecem de cuidado e acolhimento. Trata-se de acompanhar alguns de seus momentos de intensos movimentos e paralisações próprios a qualquer espaço.

É importante clarificar alguns pontos da minha trajetória dentro do HD-CSSM até a composição dessa pesquisa que começa a partir das inquietações surgidas no decorrer do trabalho em saúde mental, criando um campo que necessitou ser problematizado por mim. Lugar este que é de tensão e dificuldades, que vai unir campo e trabalho com objeto de pesquisa, pois ao realizar essa pesquisa falo também de parte de mim que componho uma equipe de trabalho a qual problematizo. Realizar essa pesquisa exige analisar minha própria implicação com o HD-CSSM que é parte dos passos iniciais da minha formação em terapia ocupacional.

Após ter terminado a faculdade de terapia ocupacional em Niterói-RJ no ano de 2003, volto a Petrópolis, cidade onde sempre morei, quando sou chamada para compor a equipe do HD-CSSM que necessitava de uma terapeuta ocupacional na época. A entrada neste serviço é como um primeiro desafio tanto por ser meu primeiro emprego formal, quanto por entrar na área da saúde mental, com que até então havia tido pouco contato, apenas um estágio de seis meses em um manicômio judiciário em Niterói, o qual tinha uma dinâmica totalmente diferente. Minha inexperiência, para o serviço, não denominava um problema, visto que a intenção era contratar profissionais que não tivessem vivência em psiquiatria, pois a coordenação tinha certo receio de trazer profissionais que carregassem em suas prévias experiências em psiquiatria um modelo tradicional que não era objetivo a ser desenvolvido ali. Sem conhecer muito a dinâmica do lugar inicio um trabalho a partir de atividades em grupos nas oficinas terapêuticas e começo a ter contato com algumas bibliografias referentes ao trabalho alternativo à psiquiatria asilar. À medida que esse contato vai acontecendo, dúvidas vão surgindo em relação ao funcionamento, e ao próprio papel que me cabia ali naquele serviço; que especificidade era aquela desenvolvida por uma terapeuta ocupacional em um lugar onde “todos faziam tudo”. Posteriormente entendi que minha preocupação inicial indicava certo corporativismo de minha parte, em uma tentativa de marcar limites entre o fazer do terapeuta ocupacional e dos demais profissionais que ali compunham a equipe. Visão trazida de uma formação que buscava marcar sempre esse lugar. Que mistura então era aquela? Qual o meu papel ali naquele meio? Porque buscavam por uma terapeuta ocupacional naquela equipe?

Tantas perguntas me fizeram voltar aos estudos rapidamente. Essa volta se deu através de uma pós-graduação em Saúde Mental no Instituto Franco Basaglia no Rio de Janeiro. Lá entrei em contato com idéias e projetos da Reforma Psiquiátrica e com conceitos importantes como os de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, que abriram novos caminhos para que pudesse vir mais à frente questionar outros movimentos institucionais.

Em 2003 o HD-CSSM se encontrava com uma média de 45 usuários apesar da proposta inicial ter sido para a acolhida de 30 usuários. Esse aumento de usuários ocorreu, porém, a partir de um pedido do município pela coordenação de saúde mental da época, ao Estado, que permitisse o atendimento desses 45 usuários devido à falta de serviços alternativos em saúde mental na cidade. O município também entendeu que o mesmo comportaria um número maior de usuários podendo manter sua funcionalidade. Apesar desse

aumento de atendimentos, o HD-CSSM recebia pelo número de 30 usuários enviando este faturamento mensalmente.

Além das oficinas terapêuticas que ali aconteciam divididas entre os profissionais, existiam outras rotinas como a dispensa de medicação, as refeições (café da manhã, almoço e lanche) e as atividades de vida diária e prática como auxílio na organização do lugar, limpeza, reuniões e assembleias. Essas atividades eram desenvolvidas de segunda a sexta-feira e os usuários participavam da maioria delas estando um grande período de tempo em convívio entre si e com os técnicos. Tais rotinas, dependendo de cada caso, eram modificadas segundo a necessidade dos usuários.

Existiam algumas atividades que aconteciam no HD-CSSM além das oficinas terapêuticas que, desde sua inicial proposta, carregavam alguma proximidade com a instituição escolar, apesar de sempre ser reforçado nesta mesma equipe para que tais atividades educacionais não fossem conduzidas de maneira infantilizadas. Atividades como festas referentes ao calendário: comemorações de natal, festa junina, entre outras. A família dos usuários era convidada a participar e as mesmas se encerravam principalmente em uma confraternização para se comer e beber. Outras atividades que também eram propostas como: competições, jogos ou até mesmo ensaios para apresentações artísticas internas no HD-CSSM, se afastavam da realidade de vida daqueles que ali estavam não trazendo motivação aos mesmos, nem atingindo sua finalidade esperada. Naquela época, parte dos usuários que participavam do HD-CSSM além do transtorno mental tinham algum déficit cognitivo, levando a equipe, muitas vezes, a realizar atividades que os infantilizava. Desta forma tais atividades mostravam-se improdutivas segundo aquilo que a equipe pretendia em relação aos objetivos de socialização.

A maneira de condução destas atividades começaram a incomodar a equipe e ser tema de reuniões para discutir o que pretendíamos com isso. Indagávamos sobre: a que se propunha o HD-CSSM enquanto espaço de tratamento, o que tais atividades faziam funcionar naquele espaço e em que a clientela se beneficiava de tais propostas.

Ao mesmo tempo, se discutia mais sobre todas as oficinas e suas propostas e nesse movimento de mudança é sentida a necessidade de clarificar aos usuários o objetivo de cada uma, as intenções de cada grupo realizado ali, pois notávamos um desinteresse e descontinuidade da participação deles em algumas atividades.

Cada começo de ano, nas reuniões de equipe, era dedicado um tempo para falar dessas oficinas, sendo então repensadas em relação à sua continuidade ou seu término, juntamente com a possibilidade de mudança para novas idéias ou novas estratégias de condução das

mesmas. Decorrente desse movimento dos usuários foi aberta uma brecha aos questionamentos que se voltam para a revisão do propósito de cada oficina, problematizando assim algumas delas já que se perpetuavam sem a realização de uma avaliação de seu funcionamento, mas se mantinham pelo simples fato de abarcarem um bom número de usuários ou por simplesmente não surgirem idéias novas. Isso exige da equipe um repensar a própria prática, que se desenvolvia durante a condução dessas oficinas. O desinteresse por parte dos usuários dá uma pista da necessidade de mudança na condução de algumas atividades daquele serviço abrindo um caminho a um ponto crucial que a RPb aponta: a necessidade de estar em contínuo processo de análise das próprias práticas e das relações que se constituem no serviço, para que não se caia na repetição da relação manicomial que pode se reproduzir em serviços “abertos” de saúde mental.

A entrada de novos técnicos ou a presença de estagiários facilita também a movimentação do serviço pela influência que trazem de suas experiências próprias, não mergulhadas naquela rotina, gerando dúvidas e fazendo a própria equipe problematizar as atividades a partir de incômodos em relação a fazeres que passam por momentos de inércia. Essa atitude de repensar o próprio fazer é facilitada pelo acolhimento das dúvidas, permitindo se perguntar e discutir sobre a funcionalidade de cada proposta e o interesse dos usuários pelas mesmas. Processo esse por vezes lento, por vezes incômodo a essa equipe que passeia por espaços diversos entre o acostumar com certas rotinas, e conseqüentemente se fechar a novas idéias, e entre momentos de abertura e interesse por novos modos de cuidado. Momentos esses que surgem aleatoriamente durante o cotidiano do tratamento, facilitados por influências de ‘um fora’ que ali se engendra possibilitando várias mudanças na configuração desse espaço.

A equipe também passa por algumas mudanças de profissionais. Alguns saem, alguns são mandados embora, outros novos entram. A clientela se modifica, atividades são cortadas, novas idéias vão surgindo e a equipe vai a cada ano buscando se refazer a partir do movimento de análise das diversas experiências e das práticas em funcionamento naquele espaço. Nota-se um funcionamento que passa por momentos de mudanças e paralisações. Nesse sentido, é necessário interrogar para que direção esse movimento de mudança caminha? Para dentro do próprio funcionamento do serviço ou para fora? Surge aí um ponto a se pensar: as influências daquilo que vem desse “fora” interferem no funcionamento de “dentro” do HD-CSSM. Mas quais seriam ou onde estariam estes limites dentro/fora muitas vezes imperceptíveis aos que ali trabalham? Entendendo que tanto esse “fora” quanto esse “dentro” que apontamos aqui não estão sendo referidos a uma configuração específica do local onde se

estabelece o HD-CSSM e daquilo que não faz parte dele enquanto estruturas físicas, mas falamos desse dentro/fora que passeia por esse local da clínica que ali se faz a partir desses graus de fechamento e abertura que o compõem.

Essas mudanças no HD-CSSM se fazem na tentativa de aperfeiçoar o funcionamento daquele local para que possa “tratar melhor” aqueles que ali estão. Essa perspectiva de modificação se volta então para dentro do serviço, conseqüentemente reforçando a institucionalização de que o próprio serviço quer fugir, mas que reafirma sem perceber a partir de determinadas práticas. Foge também às ideias da RPb, que buscam não mais uma adaptação do louco no social, nem mesmo uma especialização dos locais de tratamento. Pelo contrário, a reforma compreende esse cuidado e acolhimento no território enquanto compreensão daquele que ali está como um sujeito que sofre e que tem suas singularidades que devem ser entendidas, para assim poder ser construído um objetivo comum nessa relação que se constrói junto à sociedade.

Tanto as festas de calendário, algumas atividades como “aulas” e a própria maneira de propor as atividades trazem uma maneira de normatizar um grupo que é entendido como desadaptado. Voltamos ao espaço de tratamento/tutela reproduzido ali. Estas práticas que acontecem no serviço entram em uma série que Oliveira (2007) descreve como: **doença mental – controle – serviços abertos**. Seria uma submissão que as técnicas de controle impõem a partir das práticas cotidianas vivenciadas naquele espaço que, apesar de sua flexibilidade, podem criar hierarquias e formas de captura não menos brutais que as produzidas nos antigos manicômios (OLIVEIRA, 2007). O modo de funcionamento destas práticas produz o fechamento daquele espaço. Mesmo que este busque movimentar-se, esse movimento é feito no seu interior marcando a separação entre tratamento interno e território onde ele acontece, não sendo suficiente para fazer um deslocamento para além do próprio serviço. É reforçada sua característica de internamento. Seguindo esse pensamento podemos juntamente com Oliveira ampliar essa discussão aumentando mais um item no trinômio que ela propõe. Esta série seria composta então da seguinte forma: **Doença mental – controle – serviços abertos – espaços fechados**. Entendendo aqui por espaços fechados essa cronificação que se reproduz em serviços abertos propostos pela RPb.

As propostas da RPb se modificaram em suas diretrizes com a sanção da Lei 10.216 de 2001 apontando grandes avanços. Novos serviços substitutivos, com propostas de tratamento modificadas, surgem em âmbito nacional reforçando essa visão de um cuidado que deva acontecer no território ampliando as ações e dispositivos de saúde mental em âmbito nacional.

Poderíamos então entender que o modo de funcionamento de um serviço – no caso do hospital-dia, um funcionamento diário – por si só já contextualiza um espaço fechado ou que está em vias de cronificar-se? Ou poderíamos diferenciá-lo de outros serviços em termos de maior ou menor grau de abertura baseando-se em suas propostas e projetos? A ampliação de “serviços abertos” funcionando no território não garante por si só uma maior abertura do espaço onde acontece o cuidado. Essa discussão aponta para além da estrutura formal de cada serviço, mas deve analisar os pequenos movimentos no modo como cada um deles atuam na rede, como se constroem a relação com cada usuário e a relação com os profissionais.

Como aponta Oliveira (2006) a cronificação pode se fazer presente em cada uma dessas instâncias: tanto podem existir efeitos de cronicidade nos usuários, nos profissionais como na própria rede de saúde mental independente de qual serviço esteja sendo realizado o cuidado.

Ao falar da cronicidade dos usuários Oliveira (2006) cita a criação de uma possível dependência dos usuários em relação aos serviços, e dos mesmos frente ao cuidado de especialistas, assim como a manutenção de uma rotina que encerra tais projetos de vida em uma vinculação interminável àquele ambiente. Ao apontar a cronicidade dos profissionais se refere a uma dificuldade destes em relacionar a discussão clínica com os processos de gestão do trabalho. Isto está ligado principalmente ao modo com que esse profissional também tem autonomia nesses processos de gestão possibilitando-o construir novos modos de atenção na clínica. A outra forma de cronicidade apontada é a da rede cuja fragilidade pode produzir conseqüentemente seu esfriamento. Cada um desses modos de cronificação pode se referir a qualquer serviço que, apesar de seguir a diretriz da RPb, se distancia de suas propostas de desinstitucionalização e reproduz espaços fechados.

Voltando a análise do HD-CSSM observa-se uma outra característica presente no serviço: uma certa velocidade com que acontecem as coisas. A cada momento há uma intervenção a fazer, uma solicitação, uma urgência a ser resolvida. Muitas vezes essa rapidez atropela momentos de se pensar sobre o próprio fazer e a maneira que está acontecendo o cuidado naquele espaço. Essa rapidez aponta muitas vezes para um movimento que também pode ser paralisante, não deixando o serviço caminhar em uma linha de reflexão que permita mudanças. Os momentos de reunião são avaliados pela equipe como insuficientes pela grande quantidade de assuntos a discutir como as oficinas, o funcionamento do local, os casos, as altas. Essa avaliação é, porém necessária enquanto momento de pausa e reformulações que fortalece a equipe enfraquecida pela rotina. Apesar de muitos desses encontros da equipe

trazerem sensações de repetição em seu conteúdo como assuntos que necessitam sempre ser revistos (em relação a funcionamento da equipe, das atividades), nota-se nessa repetição uma tentativa de compreender e experimentar novos modos de desenvolver um cuidado aberto mesmo que esta compreensão ainda seja confusa àquele grupo. Observa-se que desde a abertura do HD-CSSM muita coisa mudou, sua proposta primeira não continua a mesma, ao menos fora do papel, em relação às práticas em saúde mental que estão em constante reinvenção. Os contatos com as propostas da reforma psiquiátrica tiveram influências naquele espaço.

Todos os movimentos de lentidão e velocidade, de repetição, de desânimo e novas formulações apontam para uma diversidade de ações não sendo possível descrever neste espaço do HD-CSSM um funcionamento único, pois a cada época os fazeres daquele lugar se modificam, a partir daquilo que foi experimentado no HD-CSSM em suas tentativas diversas. Percebe-se então que este serviço aponta para outras linhas que buscam novas direções, assim como são refeitas em diferentes momentos as maneiras com que cada um que está ali lida com o cuidado e as relações que se estabelecem no serviço. Podemos então, retornando as idéias de Doreen Massey (2009), compreender que este espaço que se configura de diversas maneiras no HD-CSSM comportam duas características: de abertura, na medida em que ao acolhem essa diversidade de movimentos que são experimentados ali, se abrindo a novas possibilidades de transformação; e características de fechamento na medida em que tais movimentos diversos são paralisados por uma ação de repetição do mesmo, ocorrida pela falta de análise das práticas.

Dessa forma podemos entender que as mudanças no espaço são possíveis a partir da interação de uma multiplicidade de ações que vão gerar o tempo. Reconhecemos então que esse espaço a que falamos, assim como qualquer outro espaço é temporalizado e por isso um espaço sempre em devir. No entanto, essa abertura pela qual o espaço é composto pode vivenciar momentos de lentificação e fechamento estando paralisado, ou momentos de grande movimentação. São diferentes graus de movimentos que passam por ele. Poderíamos dizer que aparecem no HD-CSSM, em diferentes tempo-espacos, certos graus de abertura que fazem mexer com essa cristalização e esse fechamento.

Entende-se então que a questão do fechamento ou não de um serviço não se localiza em sua configuração formal ou sua atualidade em relação a RPb: o fechamento pode estar em qualquer espaço que se nomeia “aberto”. Analisar seus efeitos só é possível ao percorrer os modos de funcionamento, ao delinear seus movimentos.

Em Petrópolis a partir da Lei 10.216 de 2001 novos serviços são implantados e a cidade passa a ter uma significativa rede de serviços públicos voltados à saúde mental. A conectividade desta rede, porém não é percebida principalmente no que se refere à proximidade entre atendimento público e atendimento privado. Lembrando que os atendimentos de caráter privado em saúde mental citados aqui são conveniados ao SUS.

O HD-CSSM, a partir de algumas influências da RPb, busca não “seguir à risca” aquilo que propõe a primeira concepção de hospital-dia, apesar de acreditar necessário manter certa organização exigida formalmente. A partir dos novos movimentos do dia a dia delineados naquele serviço, observa-se uma tentativa de compreender o que é importante e o que não se coloca mais cabível ali. Algumas práticas que acontecem buscam fugir desse fechamento enquanto outras acabam por reproduzi-lo. Um dos principais impasses que se coloca no serviço é a dificuldade do contato com demais acontecimentos e serviços da cidade o que enfraquece a aproximação de seus usuários com a comunidade, dificultando encaminhamentos e continuidade na atenção em rede. Uma sensação de isolamento é sentida e atualizada não apenas em relação aos demais serviços de saúde mental, mas de um modo geral. Essa percepção de isolamento do HD-CSSM é entendida aqui como falta de construção de uma rede de cuidados e atenção que possa abrir aquele espaço para uma interação, ação esta necessária, a fim de tirá-lo da referência única dos usuários que ali estão por um período de tratamento. Ou seja, seria a necessidade de constituição de uma rede quente o principal meio para fugir desse fechamento. E o quê seria falar em redes quentes ou frias? Que estratégias elas nos anunciam? Convenhamos, esse isolamento não acontece apenas no momento em que acontecem mudanças na saúde mental na cidade, mas é percebido e intensifica-se no HD-CSSM a partir do momento que este percebe a necessidade e a importância de uma rede de trocas.

É importante apontar que a criação de redes comporta dois mecanismos: pode-se produzir redes que sejam quentes ou que também podem ser frias. As redes frias se caracterizam por certo modo de funcionamento que, apesar de haver em sua função própria de rede a descentralização, insiste em manter um caráter centralizador. Segundo Passos & Barros (2004b) o esfriamento de uma rede se faz pela presença de um centro que continua a exercer sua função de segmentação, exploração e segregação apesar de agora ter se virtualizado, ou seja, não estar mais localizado num território específico. Essa existência virtual de um centro nos processos de atenção e gestão da saúde mental cria uma rede fria que enfraquece qualquer tentativa de conexão.

Por outro lado as redes quentes têm por sua característica de funcionamento uma dinâmica de conexão que gera efeitos de diferenciação, ou seja, se caracterizam pelo seu caráter heterogêneo (PASSOS e BARROS, 2004b).

É apenas quando o HD-CSSM vivencia seu isolamento que se faz possível analisar a própria dinâmica que se desenvolve ali. Por que isso ainda não havia sido problematizado naquele lugar? As questões que ali surgem enfocam seu funcionamento interno deixando à vista esse fechamento que reproduz um fantasma que pairava, mas não se fazia ver. Os novos movimentos que aparecem dizem de uma necessidade observada no serviço, mas não esclarecida a essa luz, sendo a grande maioria desses movimentos, a princípio, como uma experimentação de novas maneiras de agir naquela clínica segundo a necessidade demandada.

A equipe passa a buscar aproximações, poderíamos chamar de afetivas, com outros atores da cidade, pessoas com quem já havia sido construído um contato prévio o que facilita novas interações, como a solicitação de uma feira de artesanatos em um evento da Universidade Católica (UCP) ou, contatos com lojas para deixar os materiais produzidos, entre outras iniciativas; mas ainda sim esses contatos precisavam ser fortalecidos na tentativa de aproximar comunidade e HD-CSSM.

Além da percepção que passava pela equipe, um episódio vem rechaçar essa suposta intuição. Em uma palestra realizada em 2004 pelo coordenador de Saúde Mental do município são convidados a participar os hospitais-dia, assim como outras instituições e pessoas relacionadas à saúde mental. O tema é a criação do CAPS na cidade, tomado como o primeiro dispositivo que se propõe um atendimento aberto aos moldes da Reforma Psiquiátrica, entendido então como um avanço do município que até então só tinha como possibilidade o suporte asilar. O incômodo e indignação surgem neste momento por aqueles que atuam nos serviços de hospital-dia da cidade, buscando entender porquê não havia o reconhecimento dos hospitais-dia enquanto serviços alternativos à internação, ou seja, como parte da rede de dispositivos em saúde mental na cidade. Que imaginário há nessa rede que privilegia ou exclui determinados serviços? É certo que o fato do hospital-dia “não ter muros” também não significa tê-lo como serviço “aberto”, pois se assim supuséssemos poderíamos cair na ideia equivocada de que a desinstitucionalização proposta pela RP se equivale à simples mudança de estabelecimento. Mas os hospitais-dia também não se equiparam aos serviços asilares como apontado. Seguindo este pensamento, o hospital-dia se aproximaria de qual definição ou estaria em qual delimitação?

Nota-se aqui que esse serviço encontra-se em um momento de tensão, que se refere a que lugar ele ocupa nesta rede. Ou será que deveríamos apontar um limite ou um lugar

específico para ele? A fala do gestor vem como privilégio de um serviço junto ao desconhecimento ou desvalorização de outro. Que limites estão sendo traçados aí que separam dois dispositivos no momento que deveriam ser potencializados ao ser considerados pela sua própria diferença?

A saúde mental de Petrópolis cresce em termos de variedade de serviços a partir desses novos equipamentos como o CAPS, o CAPSi, CAPSad que vêm para favorecer o suporte dessa rede de saúde mental no que se refere à rede pública, porém encontra grandes dificuldades para credenciamento, verba, manutenção de profissionais e recursos materiais. Os serviços conveniados de saúde mental, no caso os hospitais-dia continuam existindo e também fazem parte dessa rede de serviços, atuando com um grande número de usuários que usufruem do tratamento. É uma rede que ainda necessita de muito trabalho e luta para ser fortalecida. A procura pelos serviços de hospital-dia é grande na rede, mas nem toda demanda pode ser atendida prontamente, gerando aos serviços uma fila de espera que também escoo lentamente pela falta de interação com os demais para possíveis encaminhamentos. O único contato dos serviços conveniados com a rede pública acontece a partir de uma fiscalização aos hospitais-dia a fim de regulamentar as normas da portaria nº 244/1992.

O HD-CSSM ao se constituir em um local fora da instituição é, contudo, localizado ao lado de uma instituição tradicional de tratamento (a internação psiquiátrica da Casa de Saúde Santa Mônica) em um prédio anexo a essa instituição, apesar de sua entrada ser distinta da internação psiquiátrica. A sua localização vem reforçar este espaço de tensão apontado acima. Hoje se sabe que a proposta primeira dos serviços de hospital-dia não se manteve na atual lei, sendo assim estes serviços não se abrem mais ou não são credenciados. Sabe-se também que o lugar proposto para os novos serviços é junto à comunidade. Apesar disso, o HD-CSSM vem buscando se inserir nos novos paradigmas da RPb na tentativa de continuar compondo essa rede pela necessidade que se percebe a cada novo pedido ou procura por atendimento. Buscam-se inovações e tentativas de se aproximar das mudanças na psiquiatria, mas essa percepção de isolamento continua sendo reforçada em relação aos demais serviços, dificultando maior interação e trocas. Isso traz ao desenvolvimento do trabalho no HD-CSSM um incômodo que o distancia daquilo que se propõe enquanto “serviço aberto”.

Mas o que aquela equipe compreendia por desenvolver um serviço “aberto”?

Se pensarmos juntamente com Oliveira (2007), identificamos na proposta da RPb uma necessidade de não apenas derrubar os muros manicomial, mas sobretudo de se colocar em análise a relação manicomial que se capilarizou por todos os lugares e no cotidiano das relações sociais. Esta relação se torna invisível, mas se materializa muitas vezes nos espaços

ditos abertos como é o caso dos serviços substitutivos de saúde mental onde se incluem os hospitais-dia. Tal lógica está relacionada ao “conjunto de dizeres, olhares, gestos, atitudes, intolerâncias e diferenças produzidas por um determinado saber/poder manicomial” (OLIVEIRA, 2007, p.10).

Para compreender então qual seria para a equipe do HD-CSSM esse entendimento sobre um serviço aberto foram feitas algumas entrevistas, as quais estão descritas no capítulo III. Pode-se dizer que este entendimento não se deu por um conhecimento teórico prévio, nem teve em sua composição um único modo de pensar. Essa compreensão foi sendo tecida em cada profissional da equipe durante as práticas e suas análises, a partir de questionamentos, das dificuldades que surgiam no caminhar do HD-CSSM que fizeram a equipe buscar suas percepções próprias em relação aos modos de cuidado.

Essa compreensão do que pretende um serviço aberto passeia então por várias falas da equipe, que têm suas proximidades e diferenças. Caminha pela questão da busca da autonomia do indivíduo que ali é tratado, sua relação com a sociedade, sua cidadania. Passa também pela necessidade de compreensão por parte dos profissionais na igualdade de relações entre equipe e os que ali estão; a questão do compromisso e responsabilidade dos usuários sobre seu próprio tratamento. Quanto ao auxílio que o serviço pode oferecer aparecem falas de uma possibilidade de ressocialização, na construção de vínculos em grupos, na motivação e estímulo para a vida fora da instituição e para a convivência com a sociedade.

Nestas falas são observadas algumas idéias que se aproximam da RPb ao compreender o HD –CSSM como um serviço que visa o contato com as redes sociais, com a comunidade e a família para que os usuários possam construir algum tipo de relação possível. Outras falas, porém ainda passeiam por algumas intenções de ressocializar, trazer para um mundo “normal” aquele que não seria “social”, neste caso um pensamento adaptacionista à essa sociedade.

Tais idéias assim como os modos de cuidado foram sendo construídos por uma sensibilidade mais empírica do que teórica, mas elas só tiveram espaço a partir de novas propostas que surgem por parte dessa mesma equipe. Tais propostas surgem decorrentes de certa percepção em relação à falta de conexão com essa rede de saúde mental e este se torna um desafio a ser buscado pelo próprio HD-CSSM. A questão que surge é: que práticas, que forças estão sobrepostas que não permitem tal constituição, já que esta seria a proposta primeira em se tratando de serviços que assumem o nome da Reforma Psiquiátrica? Práticas que vão para além de um simples lugar de acolhimento, mas que se desenvolvem no imaginário da própria sociedade e que enfraquecem laços de afeto e proximidade, criando redes frias que passam pela sociedade assim como pela própria equipe de um hospital que

pretende sair disso. Rede que se aproxima da característica da cidade sentida na frieza do clima e das próprias relações que se constituem naquele lugar.

A precariedade das redes de contato se fazia presente até mesmo pelo desconhecimento da proposta do HD-CSSM pelos demais lugares da cidade percebidos pela própria equipe ao se aproximar da comunidade. Esses vínculos que se faziam eram importantes, porém não se conseguia uma expansão das propostas, muitas vezes pela dificuldade de não saber como fazê-las, como construí-las. Nas reuniões essas discussões apareciam onde se clarifica e reforça a necessidade de não esperarmos que esse contato pudesse vir de fora. Cabia ao próprio serviço a tentativa de construir tais redes de que tanto se sentia falta. Cabia ao HD-CSSM fazer esse movimento para fora.

Mesmo entendendo que a RPb se atualiza em novas propostas de serviços a partir da Lei 10.216, e entendendo que os hospitais-dia que são anteriores a essa lei são modelos de serviços diferenciados, com caráter mais intensivo, é notada a relevância deste tratamento em Petrópolis. Há experiências concretas de vários casos de usuários que puderam refazer suas vidas sem necessitar mais de internações nos momentos da crise, ou que permitiram essas internações diminuir significativamente. Isso fez com que o HD-CSSM marcasse sua relevância no tratamento em casos que necessitassem de uma atenção mais intensiva.

A compreensão da importância desse trabalho de cuidado por parte da equipe fez com que esta sempre estivesse em busca de novas alternativas de atenção. As tentativas surgiram como forma de luta na busca por outras possibilidades de cuidado que dessem novo sentido ao HD-CSSM e marcassem sua relevância, apesar da crença presente no campo da saúde mental de que esse tipo de serviço se presentificava enquanto um novo modo de internamento. Essa crença vem reforçar a ideia de que novas propostas surgem melhores levando os hospitais-dia a estarem ‘sem lugar’ a ocupar em uma rede de saúde mental que se atualiza e cresce. Sabendo da importância do cuidado aos usuários, o HD-CSSM foge dessa crença que o desabilita como dispositivo da rede e isso acontece pela experimentação de uma iniciativa que começa pequena, mas que demonstra sua potência de conexão de múltiplas redes.

2.4 – Feiras e Festivais como possibilidade de abertura do espaço

Apontaremos aqui duas atividades específicas que em 2005 foram criadas no HD-CSSM. A feira de Saúde e o Festival de Arte e Cultura que surgem nesse contexto com o objetivo de dar sentido àquele trabalho desenvolvido por usuários, a fim de abri-lhes alguma

possibilidade de atuar a partir de novos papéis sociais e não apenas como “portadores de transtorno mental”, encerrados em uma definição que diminuía as demais possibilidades existenciais.

Com o movimento da equipe de buscar novas ideias e o auxílio da enfermeira que trabalhava na época, surge uma sugestão de fazermos um evento que fosse aberto à comunidade, uma Feira de Saúde, como acontecem em algumas instituições de ensino e saúde. A proposta primeira é inicialmente difícil de ser compreendida pela equipe, pois, o fato de estar em um serviço de saúde mental foi entendido que se deveria abordar ou focar o tema da saúde mental, mas a proposta não era essa. A proposta seria abordar temas variados de saúde que surgiam nas oficinas de educação e saúde realizadas pela enfermeira. Temas que estivessem voltados para um cuidado de si e da própria saúde de um modo geral. Foi sendo construída junto com os usuários essa ideia e posteriormente foi feito contato com instituições de ensino como a faculdade de enfermagem e fisioterapia e outros serviços de saúde da cidade como o Departamento de doenças Infecto Parasitárias (DIP), o DST-Aids, o grupo dos Alcoólicos Anônimos, o SOS vida, o Programa de saúde da família (PSF) próximo ao bairro, entre outros. Estes eram convidados para que pudessem participar junto dessa proposta. Fazia-se muito importante esse contato, pois não era objetivo estar mostrando à comunidade apenas assuntos que os usuários podiam aprender para ensinar àqueles que ali visitavam. Se assim fosse cairíamos novamente naquela ideia de repetir uma proposta escolar, o que não cabia àquele espaço.

Essa união com demais serviços da cidade relacionados à saúde e ao ensino, como programas e campanhas da saúde desenvolvidos, assim como a presença das faculdades tinha a intenção de aproximar esses atores, facilitando assim a interação de que sentíamos falta, assim como do conhecimento deles em relação a um serviço de saúde mental. Essa proximidade facilitava também o conhecimento sobre o que se passava na cidade, os serviços que eram oferecidos por outras instituições. Dessa forma foram confeccionados stands tanto pelos usuários como pelas demais instituições onde se abordavam diversos temas, assim como feitas palestras por profissionais da saúde. O evento que teve sua primeira configuração em 2005 foi aberto ao público compondo uma feira. Comunidade, familiares, outros serviços poderiam participar nesse espaço promovendo uma mistura entre pessoas que visitavam o serviço, os que davam alguma palestra, os alunos e os usuários do HD-CSSM que ora apresentavam algum tema, ora ouviam e participavam de alguma explicação.

Este evento veio a acontecer respectivamente nos próximos anos e nos servirá como um analisador para a compreensão do que seria essa proposta de interação.

Aqui, nos cabe uma pequena pausa para compreender o que chamamos por analisador. Esse conceito é descrito a partir dos estudos em Análise Institucional. Entendemos com Lourau (1995), que instituição é qualquer forma social dotada de uma organização jurídica e/ou material: uma empresa, uma escola, um hospital, o sistema religioso, o sistema familiar. Essas formas sociais, ou essas instituições definem-se negativamente em referência a outras formas sociais e a todo conjunto do sistema social.

A análise institucional se propõe a produzir uma nova relação com o saber e com o não-saber que perpassa as instituições e determinam as nossas ações sem que tenhamos consciência. Para essa análise necessita-se de dispositivos que possam acessar esses caminhos, no caso os analisadores. Lourau nomeia analisador “àquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (1995, p.284).

É o que pretendemos aqui ao tomar as feiras realizadas no HD-CSSM como dispositivos que abrirão outros caminhos para compreensão das práticas do serviço e da rede em que está fazendo parte. A que tais eventos levariam? Tais desdobramentos serão trazidos à frente para que seja possível tal análise.

Outro evento que veio acontecer após a Feira de Saúde e que também servirá de analisador é o Festival de Arte e Cultura.

O Festival de Arte e Cultura foi outro projeto criado com objetivo de abrir um espaço de apresentação das oficinas de arte desenvolvidas no HD como teatro, coral e poesia e fazer a interação com outras atividades culturais da cidade, possibilitando reunir assim diversos grupos artísticos. A partir do interesse de algumas pessoas da equipe por essas atividades artísticas e com a inspiração na própria cidade que promove todo ano um festival de inverno com uma diversidade de atrações culturais, foi pensado trazer para o espaço do HD -CSSM essa mistura de eventos. O primeiro festival aconteceu também no ano de 2005 e foi nomeado de I Festival Cultural de Inverno do HD-CSSM onde foi feito contato com vários grupos e organizado 3 dias de atividades onde se apresentaram grupos de dança, coral, teatro, leitura de poesia, entre outros. Foi montado um folder do evento e divulgado na cidade pelos usuários e pela equipe (em escolas, outras instituições de saúde, faculdades, familiares e conhecidos). O HD-CSSM era o anfitrião recebendo as pessoas, mas também apresentando as atrações, se apresentando e assistindo tudo o que ali se passava. Este evento que no segundo ano muda o nome para Festival de Arte e Cultura, ganha novas proporções nos anos posteriores. No terceiro ano acontece uma mudança de espaço. O HD-CSSM solicita e consegue no Centro de Cultura Raul de Leoni algumas salas e o teatro para apresentar o Festival, sendo disponibilizado dois dias para as apresentações. Este espaço mais amplo

pertencente à prefeitura está localizado no centro da cidade, facilitando a presença de maior quantidade de pessoas que participam e que visitam. São convidadas outras instituições tanto de saúde mental como CAPS, HD Villa Bromélias, CAPSad, como outras instituições como APAE, Projeto de arte do Cento Espírita missionários da caridade, entre outros para expor seus artesanatos ou se apresentarem juntamente com uma diversidade de atividades culturais.

Como uma “feira livre”, os eventos misturam uma diversidade de pessoas que visitam, apresentam, expõem, se conhecem e trocam experiências múltiplas. Observa-se que algo se modifica tanto no HD-CSSM enquanto espaço de tratamento, nos usuários do serviço ao assumirem outros papéis, como na própria rede de saúde mental em Petrópolis. A participação de outros serviços de saúde mental nos eventos permitiu ricas trocas que antes se faziam muito frágeis ou nem existiam. Em um momento de descontração e informalidade se produz um cuidado feito em rede facilitado pela conexão dos diversos dispositivos de saúde mental e outros serviços, pelas possibilidades de encaminhamentos e de produção de um cuidado que possa ser feito em conjunto, até mesmo porque muitos usuários que já foram do HD-CSSM hoje estão no CAPS, ou no Ambulatório e vice - versa. Nesse espaço não delimitado que é de todos abrem-se novas possibilidades de interação e cuidado não localizado nem privilegiado por nenhum serviço. Nesse processo de mudança de propostas do HD-CSSM ao realizar essas feiras, ele se permite aumentar o grau de trocas possibilitando uma abertura comunicacional que vem alterar o modelo de atenção e gestão do próprio serviço.

Segundo Passos e Pitombo “as experiências clínicas realizadas no movimento da RP nos indicam que a clínica muda de lugar habitando o limite com seu fora de maneira que o fora torna-se seu interior” (2003, p.12). Esse movimento que é feito na clínica do HD-CSSM de habitar esse fora permite ao serviço novas formas de ver, fazer, estar em relação, se aproximando da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao se desenvolverem os movimentos de desinstitucionalização da loucura pela RP, criam-se novos modelos de cuidado que se propõem abertos, em contato direto com o território como já vimos anteriormente. É importante perceber que, se compreendemos que o espaço institucional comporta em si movimentos de multiplicidade em que se desterritorializa para posteriormente haver novas territorializações, há de supor então que toda desinstitucionalização tem em si uma face de institucionalização que lhe é própria. Essas faces não se descolam. Claro está que se faz necessário a criação de novos espaços de tratamento que tragam diferentes modos de pensar e produzir cuidado e atenção, mas todo e qualquer espaço que se propõe novo está nesse lugar da tensão, nesse espaço, lembrando Massey (2009), onde encontram-se componentes de caos. Não são lugares que podem ser

tidos como dados, como prontos, pois se assim for estes se fecham também em moldes endurecidos. O que se pretende aqui neste trabalho é fazer a aposta por um tratamento que possa habitar esse lugar de passagem, esse entre, que lhe permitirá a abertura.

Ao analisar o HD-CSSM, não se pretende acompanhar apenas esses movimentos que o fazem ir para fora no momento em que acontecem as feiras, mas em todos os momentos que envolvem esta realização, como os momentos de preparação, seus posteriores desdobramentos e as demais rotinas que permanecem. É neste contexto onde acreditamos gerar os questionamentos que continuam a passar por nós ao experimentar tais práticas que passam por graus de abertura maiores ou menores neste espaço compreendido aqui como multiplicidade de trajetórias. As feiras então servem como um mecanismo de problematização do funcionamento do HD-CSSM fazendo com que a equipe possa recriar novos modos de cuidado.

A preparação das feiras acontece por volta de dois meses antes da data do evento e movimenta a todos que estão envolvidos. No caso do Festival de Arte e Cultura discutimos as apresentações, a decoração, a banda, além do coral e da oficina de teatro do HD-CSSM. Tais oficinas sempre existiram naquele espaço, mas pelo fato de haver um espaço concreto de apresentações, nota-se um interesse diferente. Na Feira de Saúde são discutidas as palestras a serem programadas, se convidaremos algum laboratório para realizar exames clínicos, os temas dos stands a serem escolhidos e como abordar os assuntos, a construção das mesmas, como organizar as visitas de alunos da faculdade nessa preparação, ou seja, algumas oficinas que acontecem durante o ano são suspensas para tal organização ou se readaptam dependendo das atividades de preparação do evento. O evento como finalidade concreta reforça o sentido de cada oficina terapêutica. A rotina do HD-CSSM modifica-se parcialmente e novos usuários do serviço, ao entrarem também se engajam ou são chamados a ajudar nessa preparação. As oficinas de artesanato que acontecem durante o ano organizam seus materiais para expor nesses dias de evento.

Gostaria aqui de fazer uma pausa para poder lembrar um momento anterior. No início do HD-CSSM, pode-se dizer que se reproduziam ali técnicas disciplinares voltadas a atividades comemorativas de calendário, aulas, entre outras atividades ditas de ‘socialização’. Outro incômodo que era observado na equipe era a dificuldade de dar alta para determinados pacientes que estavam ali há mais tempo, colocando-se em questão a cronificação em um espaço de tratamento aberto. Como fugir disso? Após a realização de alguns desses eventos, repercussões chegam à equipe que confirmam a visão que se tinha de fora em relação ao HD-

CSSM. A supervisão de saúde mental aponta que aquele lugar que antes parecia com uma 'escola' se modifica na forma do tratamento oferecido. A equipe percebe também que um fio começa a ser tecido com serviços de saúde que estavam muito distantes e com os demais serviços de saúde mental de Petrópolis auxiliando nos encaminhamentos e acompanhamentos em conjunto. Essa proximidade começa a surgir a partir dos encontros que acontecem nas feiras e festivais onde, através das conversas informais, passa a haver maior conhecimento sobre as propostas dos equipamentos de saúde que se unem durante estes eventos. Dessa forma há uma aproximação das práticas e da própria gestão que é sempre convidada a estar presente nos eventos. Essa proximidade tecida é rechaçada a partir de um convite. O HD-CSSM é pela primeira vez chamado para participar de algumas das reuniões de rede de saúde mental, mesmo sendo ele um serviço particular que recebe verba pública. Estas reuniões aconteciam com os profissionais da rede pública de saúde mental e os hospitais-dia da cidade não eram aí incluídos. Com a proximidade do gestor nas feiras e conseqüentemente no HD-CSSM o mesmo entende que tal equipamento deve ser incluído nas reuniões na tentativa de estreitar laços. Isso abre novas portas ao HD-CSSM facilitando ao próprio equipamento trocar informações, fazer encaminhamentos e acompanhar casos para além daquele espaço, assim como permite que outros equipamentos passem a procurar o HD-CSSM para pensar encaminhamentos ampliando o cuidado em rede.

As feiras remetem a um movimento que leva o HD-CSSM para fora (na comunidade, nos contatos e conexões) como também leva para dentro fazendo repensar suas práticas. Ao afirmar o dispositivo das feiras, compreende-se a falta de conectividade que havia neste espaço que o tornava isolado, sendo assim repetia o internamento a céu aberto. É a partir das feiras que se promove uma intervenção nesse espaço que antes era fechado e que poderia continuar reafirmando sua desatualização.

A palavra **feira** (originária da palavra latina *feria*) traz a idéia de um local público em que se expõem e vendem mercadorias. Suas primeiras referências estão ligadas a um comércio de trocas de produtos. As feiras medievais representam um momento em que surge o comércio da Europa.

Segundo Britto (2007) as feiras se constituem enquanto centros de trocas de mercadorias em diversas culturas do planeta. Sejam as feiras permanentes ou fixas, funcionam fornecendo produtos essenciais à vida humana, além de desenvolver paralelamente um encontro diário entre trabalhadores e consumidores, constituindo laços de relações entre si. As peculiaridades que aparecem no espaço da feira "nos permitem entendê-la como um espaço

plural, onde sujeitos reais, grupos e indivíduos constituem nesse espaço inúmeras situações, como uma verdadeira explosão de diversas manifestações culturais” (BRITTO, 2007, p.93).

O espaço do HD-CSSM se abre a uma ‘feira livre’ onde circulam diversidades que se encontram, trocam e constroem naquele espaço um diferir próprio a essa mistura que ali é possibilitada. É nessa construção onde se criam as redes quentes que fortalecem as práticas clínicas que ali se fazem, ultrapassando qualquer espaço delimitado de cuidado.

Voltando aos eventos, estes foram a cada ano sendo avaliados pela própria equipe e iam se modificando. Levava-se em consideração as práticas que aconteciam antes na preparação, durante e após os eventos, nas reverberações que causavam nos usuários e na equipe. Essas trocas aconteciam nas assembléias e reuniões de equipe com discussões e propostas construídas em conjunto.

Esse movimento do HD para fora auxilia na reformulação da própria prática, permitindo modificar atitudes em busca de uma relação de reciprocidade que fortalece o cuidado e o acolhimento naquele lugar assim como fortalece essa conexão com a sociedade. Essa busca por uma nova maneira de fazer clínica apoiando-se nas premissas da RP continua a desafiar diariamente o cotidiano de todos os serviços de saúde mental, pois questiona nosso modo de agir assim como o próprio lugar a ocupar. Todo um ranço de poder anterior à RP ainda confunde e escurece as vistas que por vezes nos faz, enquanto profissionais, cair em circuitos que repetimos sem perceber. Por isso a análise precisa ser constante para que estranhemos aquilo que parece natural. Analisar as feiras permite perceber os cortes que ali no espaço do HD-CSSM se dão, as dificuldades, as resistências, a preparação para elas, as misturas que se promovem entre local de tratamento, local de apresentações, local de exercer outros papéis, local de contato com outros grupos, outras produções da cidade, local que se mostra múltiplo, mas que também comporta seus riscos. Os eventos ao serem organizados por um serviço específico, acabam por vezes sendo taxados como próprio de um lugar, apesar das misturas.

É preciso estarmos atentos às práticas e propostas de deslocalização do cuidado e se em algum momento se reforça a atenção enquanto evento localizado. Onde ali se deslocaliza o cuidado? Questionamento este que deve acompanhar cada movimento e que é necessário para entender como a clínica está atuando nesses lugares no fortalecimento dessa rede e como essa interface entre cultura, arte e clínica pode se aproximar de uma prática de saúde deslocalizada que não tenha referências a lugares próprios, mas se desenvolva em qualquer lugar.

Apontamos para a iniciativa das feiras e festivais como uma entre muitas propostas e, portanto não servem como modelo. A intenção é que cada equipamento de saúde mental possa

descobrir seus modos de operar a abertura do espaço com dispositivos próprios que surgem nas experimentações cotidianas.

Uma outra iniciativa que está em consonância com essa idéia: a criação do “Espaço aberto ao Tempo” por Lula Wanderley em 1988¹⁹ é um espaço criado dentro de uma enfermaria do antigo Hospital do Engenho de Dentro no Rio de Janeiro. A proposta desse médico e artista plástico era a de construir uma nova ética no encontro dos clientes e este encontro poderia ser feito em qualquer lugar, mesmo em uma enfermaria. Para isso era preciso transformá-la em lugar criativo e afetivo, livre de tensões. Um espaço livre de grades que pudesse acolher as experiências. Inspirado nesta criação de novos espaços de transformação contínua, a enfermaria então abriu suas portas, primeiro para as outras partes do hospital e posteriormente para fora, recebendo também os pacientes que já haviam recebido alta, mas voltavam para visitar. As oficinas aconteciam na proximidade com movimentos de cultura e arte. A intenção era poder fragmentar essa instituição em pequenos serviços que tivessem autonomia sendo mais tarde esses serviços direcionados à rua.

Assim como Wanderley, podemos citar tantos outros exemplos. O espaço onde se propõe cuidar não pode ser determinado pelo que já está dado, mas é necessário fazer as tentativas que devem ser direcionadas para um modo de cuidado que se faça aberto, construindo sempre novas “máquinas de tecer” (Wanderley, 2004).

¹⁹ Informações retiradas de uma entrevista feita pelo CRPRJ. Disponível no site: http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal28_lula_wanderley.pdf acessado em 16/06/2011.

CAPÍTULO III

DESVIOS DA CLÍNICA: HABITANDO UM “LUGAR NENHUM”

*"Não imagine que seja preciso ser triste para ser militante,
mesmo que a coisa que se combata seja abominável.
É a ligação do desejo com a realidade que possui uma força revolucionária."*

M. Foucault

Buscamos compreender até aqui o problema do espaço e sua relação com a loucura a partir da proposta de desinstitucionalização feita pela RP, compreendida aqui como deslocalização, enquanto uma nova maneira de pensar o espaço nesse múltiplo processo de trajetos que se compõem junto ao tempo. Neste sentido, a prática clínica na saúde mental ganha novo contorno em sua espacialidade deslocalizada.

Será então que encontramos nos caminhos da pesquisa algum lugar que podemos considerá-lo como “o mais importante”, ou “mais qualificado” para se desenvolver o cuidado em saúde mental? Algo como uma utopia a ser encontrada, como um lugar privilegiado ou um tratamento ideal?

A partir dos caminhos traçados até aqui, se optássemos por essa designação, estaríamos retornando a uma perspectiva de tratamento que favorece o fechamento dos espaços de tratamento.

Pretendemos neste trabalho pensar em uma utopia, mas de outra maneira: não buscar um lugar ideal para o cuidado em saúde mental, pois a este lugar nunca se chega – o que fica claro se vamos à etimologia da palavra utopia (no grego “u” significa “não” e “topos” “lugar” - não lugar; lugar que não existe). Apostamos na utopia no sentido de afirmar essa não existência de lugar, essa possibilidade de uma deslocalização. Não mais buscar modelos fixos e centralizados, mas partir do pensamento de que não existem lugares ideais, mas lugares que permitam a abertura para o novo, para uma construção permanente, para um via-a-ser, lugares que não se restringem ao espaço físico ideal para, a partir daí, tratar; lugares que se constroem e se desfazem. Aqui sim conectamos com a premissa da reforma psiquiátrica. Nesta perspectiva pensamos em uma utopia ativa, isto é, uma utopia capaz de orientar processos de mudança.

Retornando um pouco no tempo e nos aproximando da literatura, podemos pensar no modo como a noção de utopia é apresentada por Thomas More em seu livro *Utopia*. Esta obra clássica - escrita no renascimento - vem inaugurar a modernidade, mostrando que toda forma de mudança da sociedade, de seu tempo, é marcada por um determinado lugar. O autor apresenta de maneira satírica essa inauguração da modernidade a partir da descrição de uma ilha em que todas as leis se cumprem, todos os que ali moram têm uma vida sem dificuldades, sem fome, sem desigualdades com seus direitos garantidos, podendo exercer sua cidadania plenamente. Ali toda ameaça que supostamente viria de fora poderia ser extinta; é o lugar – supostamente seguro - onde reinaria o verdadeiro equilíbrio e felicidade.

A obra descreve um espaço delimitado da nova sociedade, reforçando a idéia de que toda transformação social que esteja focada em um ideal só poderia ocorrer a partir de certas delimitações que o afastem do mundo real, ou seja, seria uma ilusão. A obra crítica de More é escrita pela via da ironia mostrando que essa modernidade que vem se constituindo no século XVI com uma promessa de “igualdade, liberdade e fraternidade”²⁰ não passa de uma abstração impossível de se fazer valer. A sociedade de Utopia apesar de não seguir uma lei cristã ou leis morais iguais as da Europa, consegue viver melhor e construir instituições de respeito, o que parece impossível à sociedade da época. Levanta também a questão da colonização, a qual para Utopia não tem sentido de progresso, pelo contrário. A boa administração de Utopia se faz pela atenção que seus governantes lhe dão, não se preocupando em adquirir terras que não lhe pertençam antes de organizarem seu próprio governo. More ironiza esta questão mostrando que o desenvolvimento não se dá pelo fato de

²⁰ Lema da Revolução Francesa, proferido por Rosseau no final do século XVIII.

seguir uma linha de progresso única que determinados povos acreditaram ser a melhor. Demonstra então que um modo de organização diferenciado pode ser muito mais competente que aquele tido como hegemônico. More reforça a idéia de que a modernidade se caracteriza por este pensamento de que é necessário existir leis ideais para que aconteça o progresso esperado. Utopia é um império próprio que se fez potente também por estratégias de dominação como, por exemplo, manter outros países em permanente endividamento em relação a ela. Sua superação do estágio primitivo para o desenvolvimento se deu não por uma abertura, mas pelo seu fechamento. Essa sociedade que visa ser independente e tornar-se auto-suficiente vai, para isso, reduzir seus contatos externos e optar pelo seu fechamento.

Todo livro vem apontar para um mundo abstrato, pois apesar da perfeição com que More descreve a Ilha de Utopia, a mesma não se torna um ideal a ser buscado pelas demais sociedades. Ao final do livro o autor aponta que obter em suas cidades a maneira de organização, o desenvolvimento e as variadas maravilhas encontradas em Utopia não passaria de um desejo abstrato, muito mais do que alguma esperança concreta que possa vir a acontecer. Essa promessa abstrata e irrealizável vem apontar através do livro de More para a necessidade de se estar em constante atitude crítica frente a qualquer projeto que tenha em seu cerne um ideal fechado a ser seguido e alcançado, como se existisse assim um fim, ou um lugar de perfeição que pudesse servir de modelo aos demais.

Diferente da abstração da Ilha de Utopia, nós lidamos com o mundo concreto, real e que por ser assim depende do coletivo para se construir e se desfazer. O que pretendemos afirmar neste trabalho é a remoção de todos os espaços fechados que impedem a realização das desterritorializações e transformações. É a busca por um espaço aberto em que se faz a aposta. Trata-se então de compreender essa abertura enquanto um lugar a ser construído e desfeito, ou enquanto processos de territorialização e desterritorialização que não chegam a um fim perfeito, mas que necessitam de uma atitude crítica para se refazer.

No século XIX, outro autor que escreve em homenagem a More, é William Morris. Pintor, escritor e um dos fundadores do movimento socialista na Inglaterra, Morris escreve um romance utópico criando uma sociedade tão harmoniosa como a proposta por More, só que agora sob a influência marxista. Em *Notícias de lugar nenhum* a história se passa em um mesmo lugar e o que se modifica para o surgimento de uma sociedade nova é o tempo: da Inglaterra do século XIX ao ano de 2101 de onde o personagem se desloca.

É uma viagem que se dá no mesmo lugar quando o personagem toma o metrô de volta para casa e se depara com seu próprio bairro, porém com uma estranheza em relação àquele

espaço que para ele era extremamente cotidiano. É esta passagem do tempo que vai transformar o lugar que é tão comum ao personagem, se torna extraordinário a partir das relações que se tornam mais humanas. Nas descrições do livro, o protagonista experimenta outro modo de agir, que aponta o prazer da vida na simplicidade do fazer cotidiano. Esta nova época em que vive a Inglaterra, (futura ao personagem do século XIX) seria a vida após uma revolução socialista. Esse novo modo de vida vem privilegiar as atividades simples, o trabalho enquanto obra de arte e não mais como o cansativo trabalho mecânico que visa exclusivamente o lucro. No romance²¹ de Morris é destacada essa mudança do trabalho mecanizado por um trabalho mais artesanal que produz objetos singulares além de libertar o homem para uma atividade criadora que lhe estimule e lhe dê prazer. Cabe destacar aqui que esta atividade criadora, esta arte que se produz é feita sem hierarquias já que todos são capazes de realizá-la se houver interesse, não havendo privilégios entre as atividades. A partir dos interesses singulares, ou inclinações de cada um, se produz aquilo que é necessário ao bom viver, havendo assim uma ligação entre todos, já que cada um usufrui de tudo o que se faz, tanto as construções, as mercadorias, as roupas, os utensílios. A arte em *Notícias de lugar nenhum* é tida enquanto aquilo que une, aquilo que se compartilha, é uma atividade em rede.

Mas, a que nos serve analisar essas características no livro de Morris? Observa-se neste romance um intenso movimento de fazeres diversos que se compõem em rede ligando a comunidade em que vivem. Pensamos então em algumas características das feiras e festivais que foram propostos no HD-CSSM. Suas propostas surgem a partir da tentativa de uma mudança. Pensar cada atividade, criar novas maneiras de utilizar aquilo que se produz no espaço de tratamento é a proposta que vem quebrar com o trabalho “mecanizado” que se produzia ali, já que feito sem se pensar para quê. Essa proposta de um novo modo de cuidado só pode caminhar ao se fazer em rede, sem hierarquias sobre aquele que trata e é tratado, valorizando aquilo que é simples e singular, mas que serve a todos. A construção das Feiras e Festivais neste equipamento de saúde mental serviu a todos, usuários, equipe, comunidade enquanto instrumento de liga, ligando o diverso. Um trabalho de arte que vem cuidar do corpo como acontece na paisagem da nova Inglaterra que Morris cria. Um cuidado que se expande e atinge todos que compartilham aquele espaço.

Morris acredita então em uma sociedade utópica que está para acontecer, mas que não é delimitada em um lugar, como uma utopia descentralizada.

²¹ No livro há a advertência em relação ao significado inglês da palavra “romance” (de origem medieval): significa conto fantástico, narrativa de cavaleiros andantes.

A diferença entre as duas obras *Notícias de Lugar nenhum* e *Utopia* é que na Ilha descrita por More é necessário um fechamento da mesma para existir e se desenvolver sem influências das demais sociedades, ou seja, é pura abstração. Em Morris não há lugar específico, ao contrário, é um lugar como qualquer outro que se modifica a partir da maneira que se conduz a sociedade ao longo do tempo, levando-a a novas formas de relações onde se farão as mudanças. Nesta idéia, um mesmo lugar pode se transformar em outro a partir dos modos de relação que vão se construindo de forma diferenciada, ainda que se pareça ‘o mesmo’. No livro *Notícias de lugar nenhum* não foi preciso um lugar exclusivo, novo, ideal para garantir a mudança, pois não há esse suposto lugar a ser buscado. A utopia não se realiza se afastando da sociedade já composta. Assim também entendemos acontecer no funcionamento do HD-CSSM em determinados momentos.

Tendo como referencia a relação entre esses dois modos de pensar o “lugar nenhum” ou a ideia de *utopos*, podemos dizer que é neste mesmo lugar, onde se paralisa e se movimenta, nesse lugar real é que acontece o cuidado. E como sustentar essa luta travada em busca da abertura do espaço, luta constante e infundável? A partir das experiências apontadas no capítulo II pretende-se aqui identificar alguns desvios, fragmentos, momentos onde o espaço pôde ser aberto e que puderam produzir redes quentes a partir da experiência e das relações.

Entendemos esses desvios que acontecem nos espaços de cuidado enquanto característica da própria clínica. Mas para pensar no conceito de clínica enquanto desvio, devemos ir além desse sentido formulado a partir da etimologia da palavra: /*klinikós*/ que concerne ao leito, ou /*klino*/ inclinar, dobrar de onde se chega a idéia de clínica enquanto inclinar-se sobre o leito do doente, uma clínica do acolhimento. Uma nova proposta de pensar a clínica sugerida aqui não se opõe a esta idéia, porém não se reduz apenas a ela. Está voltada a idéia de *clinamen*, referente à filosofia de Epicuro na Grécia. Ao estudar os átomos e sua queda vertical, Epicuro reconhece neste movimento de queda movimentos de desvio que fazem com que estes se choquem e assim se articulem compondo novas coisas. Para ele a potência de geração do mundo se dá por esses desvios. (PASSOS & BARROS, 2001).

Pensando a clínica a partir dessa idéia do desvio esta é convidada a habitar espaço - tempos que são marcados pela instabilidade. Como aponta Passos & Barros (2001) essa característica da clínica se aproxima de características próprias também ao contemporâneo. “A clínica do/no contemporâneo, é uma clínica necessariamente utópica e intempestiva. Essas duas figuras, uma do espaço (utopia) e a outra do tempo (intempestividade), se entrelaçam pela característica comum da instabilidade” (PASSOS & BARROS, 2001, p.03). Pensar nessa

clínica utópica exige um movimento de constante análise na medida em que ela habita um espaço que está sempre em construção.

Abaixo apontaremos algumas linhas de 2 modos de desvio que dizem de alguns movimentos experimentados na clínica produzida no HD-CSSM. É somente a partir da análise crítica de tais movimentos que podemos apostar em novos modos de relação, de cuidado, em novas transformações.

3.1 - Desvio 1: espaços de encontro

Os encontros que estamos nos referindo aqui tiveram como palco o HD-CSSM, as Feiras e Festivais realizados pelo serviço, os encontros da Rede de Saúde Mental de Petrópolis. Os desvios que surgiram nesta clínica a partir de um espaço que pôde ser aberto, produziram encontros diversos e são pelas linhas desses desvios que caminharemos observando suas nuances de onde emergem novos modos de viver, novas relações.

1ª Linha de desvio - importância do coletivo

Evandro entra para o tratamento no HD-CSSM após alta da interação psiquiátrica. Logo começa a aderir às atividades propostas pelo serviço. Em pouco tempo fica amigo dos demais por ser muito comunicativo. Suas queixas de problemas com a família e a irmã em relação ao seu dinheiro surgem por vezes, pedindo ajuda à equipe em uma tentativa de poder gerir com mais independência sua vida e seu dinheiro. Apesar disso, não se deixa abalar, estando na maioria das vezes alegre. Próximo à preparação de uma das Feiras de saúde, é solicitado a ele que pudesse estar à porta recebendo as pessoas para assinar o livro de presença do evento e orientar sobre a feira e o que poderiam estar visitando. Evandro reluta um pouco sobre isso e pedimos para pensar se queria. Depois de um tempo diz que pode fazer essa parte. Na Feira Evandro fica conversando com todos que vêm visitar, agradece a presença, orienta para a visita e cobra do colega que se propôs a estar junto a ele para receber os visitantes tomando a frente do que lhe foi solicitado.

Com o passar do evento ele vem nos falar que foi muito bom poder conhecer pessoas novas, e que isso o ajudou a deixar de lado a timidez (timidez essa que não notávamos). Dizia também achar engraçado por terem perguntado a ele o que fazia lá, onde Evandro responde: - sou o recepcionista.

- Fiquei nervoso no começo, mas foi bom poder fazer isso, receber as pessoas, me ajudou a ficar mais comunicativo.

Sempre responsabilizado por seu tratamento também participava das oficinas de teatro com muita expressividade, mas aborrecia-se ao ver outros que ali estavam não levarem a sério a peça.

- ô gente, vamos levar a sério, vamos ensaiar direito pra ficar bonito. Fiquem quietos, por favor. Vamos prestar atenção.

Via-se ali sua preocupação que motivava aquela peça a melhorar. Foi protagonista de um teatro e participou de mais 2 antes de ter alta. Sua dedicação motivava os demais.

Antes da alta já conseguira organizar seu dinheiro não tendo que depender da família para isso. Infelizmente não cuidou-se tão bem de uma úlcera que parecia crônica, mas que a tratava de forma talvez errada. A mesma complicou e precisou ser internado, sua situação piorou levando-o a falecer. Nessa época Evandro já não estava mais fazendo tratamento lá há quase 10 meses. Fomos ao seu velório. Uma peça que reelaboramos e voltamos a ensaiar e que ele havia participado, seu lugar foi muito lembrado.

A timidez que Evandro sentia não era notada no HD, mas para ele a dificuldade estava em relacionar-se com outros fora de lá. Ele vivia muito à vontade do serviço, que o dificultava ir para fora. Com a possibilidade da feira ele vivencia esse fora que se relaciona com sua busca pela autonomia em gerir sua vida. O que, então, é dentro e fora naquele momento? Neste instante de indefinição se produz um outro cuidado. A autonomia para Evandro passa pela questão da confiança em si mesmo: ele confia em si mesmo ao mesmo tempo em que a equipe confia a ele uma responsabilidade em um evento. Essa co-responsabilidade assume depois outras direções e Evandro se responsabiliza por outras coisas como o teatro, sua alta, seu dinheiro, sua vida. Assim como é marcado por essas mudanças, também marca a lembrança de muitos que com ele conviveram.

2ª linha de desvio - comprometimento e ampliação do cuidado

Helena, sempre muito alegre, ficou por pouco tempo em tratamento no HD-CSSM. No período em que lá estava mostrava-se muito dispersa nas atividades, sem levar a sério as propostas. É convidada e aceita participar da oficina de teatro onde estava sendo ensaiada uma peça para apresentação no Festival de Arte e Cultura. Ela se interessa muito e nesta atividade revela um outro comprometimento.

Helena tem uma melhora rápida de seu quadro e coloca sua vontade de voltar a trabalhar. Sua alta é preparada sendo encaminhada para o ambulatório de saúde mental. É inscrita no novo serviço, mas ainda aguarda uma vaga para atendimento. Combinamos durante esse processo sua continuação na peça mesmo já não estando inscrita no HD-CSSM e ela se compromete em ir toda sexta à tarde participar dos ensaios até acontecer a apresentação. Dessa forma o acompanhamento no teatro se faz essencial nessa passagem para um novo dispositivo ao mesmo tempo em que ela se mostra comprometida com o papel que assume na peça. Helena que inicialmente mostrava-se dispersa e sem comprometimento com seu tratamento assume posteriormente um novo papel em sua vida que não se restringe somente ao serviço, mas vai além dele, construindo vínculos com o grupo a que se aproxima fazendo com que ela não os deixe na apresentação já marcada. O seu acompanhamento se faz também nessa passagem para outro dispositivo fortalecendo esses laços que ali foram construídos, mas que não se extinguiram pela sua saída.

3ª linha de desvio - Produção de novos sentidos

Ismael participava do HD-CSSM após encaminhamento da internação psiquiátrica. Inicialmente parecia isolado e quieto demais, relacionando-se pouco com os demais, mas aos poucos começa a se aproximar dos outros que ali estavam e participar das oficinas. Percebemos a partir daí o quanto ele tinha iniciativa e conhecimento sobre várias coisas como na oficina agrícola sempre sugerindo; nas assembléias, tomando a frente de idéias e atividades, sugerindo passeios, por exemplo. Convidamos para participar da oficina de teatro, onde aceitou, porém não queria encenar nenhum papel, mas ficou como narrador de uma das peças. Infelizmente ele não resiste e volta a beber demasiadamente, chegando muitas vezes ao HD-CSSM embriagado e sem condições de participar de nada. Ao mesmo tempo em que era abordado sobre isso, sobre a falta de cuidado que estava tendo com seu tratamento e a dificuldade de poder participar naquele estado, percebíamos a importância que dava ao tratamento. Mesmo embriagado queria estar próximo aos grupos e nos ensaios. Nas conversas com a equipe ele pedia para que não o mandassem embora, pois ali se sentia bem, e era importante para ele, pois sua vida não tinha muito sentido. Ele continuava na oficina de teatro e combinávamos para que não bebesse ou tentasse se segurar, pois além de fazer mal a ele, atrapalhava os demais. Ele continuou por um bom tempo chegando por vezes bem, e por vezes péssimo, o que não tinha condições de participar.

No Evento já tínhamos dito para que não bebesse, pois assim não teria condições de participar da peça. No dia que íamos apresentar, Ismael chega notoriamente embriagado, mas negando que estava. Falamos que não poderia fazer a peça naquele estado e ele pedia muito para que não o tirassem, pois queria muito fazer, insistindo bastante e afirmando que podia estar lá. A hora da apresentação estava próxima e nós não sabíamos o que fazer. Ele tomou café, água, para tentar melhorar e para fazer de tudo para participar. Lemos com ele seu texto, mas continuávamos na dúvida ao que ele afirmava: - consigo fazer, estou bem, não vou errar... Ao mesmo tempo vendo aquele interesse e vendo a importância que tinha para ele estar ali, acreditamos que ele estava fazendo aquilo que conseguia no momento e ele participou. Momentos de nervosismo de todos, mas a peça saiu perfeita, e ele, mesmo com voz “cambaleante” conseguiu fazer seu papel na medida em que podia. Ismael passeava por momentos de depressão e relatava que via sua vida sem sentido, mas ali no teatro ele consegue construir outro modo de estar nessa vida ao qual se agarra com suas forças. Ali importava menos a peça apresentada, e mais o fazer parte, o estar junto que pôde construir no limite entre a dificuldade com a bebida um novo sentido, um novo cuidado.

4ª linha de desvio – cuidado em rede

Manuel, não era usuário do serviço. Estava inscrito em um dos programas do CDDH de Petrópolis e vivia na maioria do tempo andando pelas ruas. A equipe do CDDH percebe a necessidade de um maior cuidado em seu tratamento e ao conhecerem o HD-CSSM solicitam à equipe para que o avaliasse. Ele foi até o serviço, porém a médica percebe que não teria condições de participar naquele momento por estar em plena crise. É encaminhado para o leito 72h. Lá avaliam a necessidade de internação por um período e é encaminhado para a Casa de Saúde Santa Mônica permanecendo alguns meses. Perto de sua alta são feitos vários contatos entre HD-CSSM e CDDH para se pensado sobre a possibilidade de conseguir um quarto para que morasse já que a mãe não queria que voltasse para casa. Este trabalho foi feito junto com o contato do CDDH, com a internação da Casa de Saúde Santa Mônica e com o HD-CSSM, sendo que Manuel, após esse apoio consegue um lugar onde ficar, e o serviço social consegue para ele um benefício, começando seu tratamento no HD-CSSM. Esse movimento para que Manuel pudesse estar em tratamento não foi exclusivo de um lugar, mas precisou ser feito pelo contato e cuidado de mais de um serviço não havendo uma exclusividade em seu acompanhamento por nenhum deles e não se restringindo a um lugar. A

cada momento de sua vida se fez necessário algum tipo de ajuda que foi feita na rede de saúde.

5ª linha de desvio – conexão da rede

Em uma das reuniões que acontece na rede municipal de Saúde Mental de Petrópolis é enviado um convite à coordenadora do HD para participar da mesma. A coordenação tinha o objetivo de organizar algumas apresentações dos variados serviços que têm na cidade a fim de poder interagir e haver conhecimento destes que estavam na época compondo Petrópolis. Este convite e outros passam a chegar a partir das feiras desenvolvidas pelo serviço o que não acontecia antes. A coordenadora apresenta o funcionamento do HD-CSSM como mais um dos serviços da rede de Petrópolis podendo assim compor novas conexões.

Na última conferência municipal de SM que ocorreu em Petrópolis em 2010 o HD-CSSM também é chamado para auxiliar na organização e participação do evento. É conseguida para a coordenação do HD-CSSM uma cadeira de delegado para votação das propostas sugeridas no dia do evento onde os demais trabalhadores enfocam a importância de sua presença lá nesta representação.

Neste dia é solicitado também montar uma mesa com os artesanatos do serviço e da internação psiquiátrica do Santa Mônica, junto com os materiais produzidos no CAPS.

O HD-CSSM é incluído nesta rede o que vai facilitar o trabalho em conjunto com os demais dispositivos e fortalecer o cuidado aos usuários dessa rede que antes era sentida como recortada.

6ª linha de desvio – construção de novas relações com a família

Celma já foi internada algumas vezes, mas nunca participou de nenhum tratamento diferenciado da internação tendo também um sério problema familiar. Seu pai não quer mais que ela more perto dele, não querendo mais saber dela pelas várias dificuldades que já passou. Ele passa a cuidar do filho de Celma, porém não quer mais contato com ela. Sem ter onde ficar uma tia a acolhe em sua casa para tentar ajudá-la e neste contexto procura tratamento para ela, sabendo do HD-CSSM. Ela inicia o tratamento com o apoio da tia e lá começa a interagir com os demais e a participar com interesse das atividades. Logo aceita fazer parte de um trecho de um teatro onde há uma coreografia. Se empenha para aprender os movimentos e

mostra-se feliz de estar participando. No decorrer do tratamento a tia agradece pela oportunidade e coloca o quanto Celma mostra-se diferente. Celma fala da vontade de ver o filho, da distância com a família sendo tentado um contato da equipe com o pai, porém este não responde à nossa solicitação para ir conversar, conhecer o serviço e o tratamento da filha.

Em um dos festivais que acontece no Centro de Cultura ocorre a apresentação do teatro onde Celma participa. No dia da apresentação o pai é convidado e decide ir junto com a madrasta de Celma assisti-la. Tem assim contato com a equipe e fica espantado com o comportamento da filha, não a reconhecendo. A mesma fica muito feliz com essa aproximação que não esperava. Após um tempo, se sentindo bem, solicita alta, pois queria tentar ir morar próximo à família novamente e assim é encaminhada a outro serviço que facilite esse contato. As dificuldades vivenciadas na família de Celma levam a esse afastamento e descrença por parte de seu pai, mas pela oportunidade de vê-la exercendo um outro papel de vida a partir do tratamento que fazia, abre-se uma brecha na construção de outro tipo de relação fazendo com que Celma tenha confiança em uma nova aproximação.

7ª linha de desvio – afeto

Os ensaios da oficina de teatro a cada ano ganham uma nova cara, com idéias que vão sendo construídas em conjunto. Em uma das oficinas conversávamos sobre alguns temas que os incomodavam em relação a sua condição de usuários. Surgem assuntos sobre as sensações no momento de crise, as sensações em relação ao tratamento e medicação, as percepções quanto às pessoas que não entendem seu tratamento, entre outras. Dessa conversa monta-se um teatro que expresse esses sentidos. Começam os ensaios para apresentação em uma Feira de Saúde com posterior discussão sobre o assunto.

Esses ensaios se realizam no refeitório, lugar de passagem o que facilita aos que não estão no grupo de teatro poderem assistir e comentar o que viram, auxiliando na montagem da peça. É o lugar por onde circulam também as médicas que passam até suas salas, no final do refeitório para realizar suas consultas. Uma das médicas do serviço para por um momento para ver o ensaio, espera acabar, interfere na peça no mesmo tempo que a peça interfere nela e ambos se afetam.

-‘Muito bom, gostaria muito de participar, pois adoro teatro’.

Mais uma pessoa para compor o enredo, mais personagens entram e outras proximidades ali se criam, entre médica e equipe, entre usuários e médica, entre serviços da

rede. Seu interesse com a peça faz levá-la a outros espaços em que a mesma trabalhava. Essa mesma peça da oficina de teatro participa da inauguração do Caps AD na cidade.

As linhas que foram traçadas aqui se ligam a esse desvio que só acontece a partir do momento em que o HD-CSSM se abre e permite fazer daquele espaço um espaço de encontros. Linhas estas arrematadas em comum, que se encontram na experiência de outro cuidado, de outra atenção que se faz potente, que potencializa a vida. Essa percepção que se constrói na equipe é iniciada por tentativas diversas, por experimentações como: propor novos papéis aos usuários do serviço, papéis esses que se ampliam socialmente e permitem que cada um possa ser outra coisa para além de um sofrimento mental. Papéis que se modificam também na equipe ampliando a capacidade de ver e entender o modo de cuidado proposto. Amplia-se também o papel do serviço ao se aproximar dos demais dispositivos da rede de saúde mental aumentando a capacidade da clínica.

Desvios que se conectam de alguma maneira entre si em um mesmo plano que poderíamos chamar de **comum**. Segundo François Jullien “o comum é aquilo de que temos parte ou tomamos parte, aquilo que é partilhado e do qual participamos” (JULLIEN, 2009, p.36). Nas experiências, no contato com outras possibilidades de agir, fazer e propor o cuidado no HD-CSSM se constrói então esse plano que só pôde existir a partir do partilhar as dificuldades, da participação em conjunto das propostas, do acompanhamento e desdobramento delas, da luta que se fez junto. É a partir desse ato importante de compartilhar uma diversidade de experiências, fazendo parte delas, que esse plano se constitui. Operação que parece a princípio simples, mas que exige tempo, aprendizagem, persistência. Diferente daquilo que é universal, que já está decretado, pré-ditado, daquilo que já é prescrito. Esse modo não necessita da experiência, ao contrário do comum que está enraizado nela.

A proposta das feiras do HD-CSSM não foi prescrita, não fazia parte daquele lugar, mas foi sendo criada a partir das diversas experimentações até que se chegasse a uma forma feira, e esta em nenhum momento foi acabada, nem se fez completa. A cada ano foi preciso se refazer, discutir sua continuidade ou não, suas mudanças, seus modos não funcionais, a configurações que foram positivas. O trabalho aí se faz muito mais complexo e exige esse “fazer parte”, esse estar junto, esse compartilhar.

Esse modo de fazer está unido à política entendida enquanto lugar da decisão negociada: decide-se assumir as relações de vínculo reconhecidas em cada um ou investir em novas relações (JULLIEN, 2009). “É com-munis, literalmente aquele que compartilha uma

responsabilidade (uma tarefa, uma função); ou aquele que supostamente exerce um ofício” (JULLIEN, 2009, p.42).

As feiras e festivais se expandem, enquanto proposta primeira de um serviço, a outros, se ligam à rede, se unem a espaços que não são seus a princípio, mas se fazem enquanto espaço de qualquer um. A cultura que interage com a arte, que interage com a saúde, que interage com a educação, com os usuários dos serviços, com os técnicos, com as pessoas que por ali passam, com a instituição que recebe, ou o centro de cultura que acolhe a feira. Uma diversidade de atores compondo o mesmo lugar, e é essa diferença surgida o ponto de partida para qualquer desabrochar, para as transformações.

Afirmar assim essa diferença enquanto transformadora fortalece esse pensamento do comum enquanto aberto o afastando de sua ambigüidade. Sendo o comum oposto àquilo que é particular, ou próprio, estas características podem ameaçá-lo a partir do momento em que se abre a todos é entendido e tomado enquanto uma “propriedade comum” (JULLIEN, 2009). Nota-se aí que esse termo tem duas faces: ao mesmo tempo o comum pode ser inclusivo e exclusivo, podendo abrir ou fechar, opor-se ao próprio e identificar-se com ele. Ele se mostra aberto na medida em que conclama a participação assegurando a “comunicação” pelas diferenças, não as tendo como próprias, mas afirmando sua diversidade. De outro modo o comum também pode se fechar no momento em que marca suas fronteiras e seus limites, onde acredita possuir atributos que lhe são próprios e dessa forma afasta para fora aqueles que não participam dessas características, se opondo à partilha do diverso. Para Jullien essa seria a característica de todos os “comunitarismos” onde é marcada uma identidade de grupo: “a seu espaço expansivo corresponde um avesso defensivo” (JULLIEN, 2009, p.42).

Opondo-se a essa antipolítica de um comunitarismo identitário, afirmamos esse comum aberto e sem fronteiras onde se faz necessário expropriar-se de si a partir da relação.

3.2 – Desvio 2: Espaços de tensão

“Retraço linhas, arremato outros nós
Em melodias, verso novas intenções
Procurando esquecer a estranha vontade de não sonhar”
(Tribo de Gonzaga)

Ao propor um comum que se faça aberto e livre de fronteiras não podemos desligá-lo de seu potencial político. Tal atitude encontra-se em constante tensionamento de forças que buscam fazer dele algo próprio onde se coloca de fora aquilo que não faz parte.

Podemos supor tal movimento perigoso retomando o embate de forças que ocorre no espaço do HD-CSSM, no momento em que este se encontra sem espaço em uma rede de saúde mental que busca construir novos dispositivos de tratamento na cidade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) os hospitais dia enquanto primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais, hoje são equipamentos em superação.

A tensão que se percebe no HD-CSSM se atualiza nas sensações de distanciamento sentidas em relação à rede. Isso faz com que esse dispositivo, busque modificar suas atitudes, se abrindo a novas propostas. Apesar desses movimentos de abertura do HD-CSSM que levam a uma maior proximidade com a rede de Petrópolis, outros movimentos acontecem simultaneamente que reforçam essa desatualização do HD-CSSM em favor de outros dispositivos mais “atuais”. Percebe-se aí um privilégio que aparece na rede em relação ao lugar de tratamento. Movimentos esses sutis, mas que de certa forma apontam os hospitais dia de Petrópolis para fora de um grupo, de uma rede de serviços, talvez pela diferença que ele possui, sendo um serviço em vias de superação além de ser terceirizado, não exclusivamente público. Nesse movimento de afastamento para um fora da rede não é considerado, porém, essas modificações que acontecem em sua clínica e que são importantes na construção do cuidado daqueles usuários que ali estão. Esses usuários também fazem parte de toda a rede de saúde mental, e não apenas de um serviço de hospital-dia.

À frente nos propomos a pensar em como se deu esse término, tanto do Hospital Dia – Villa Bromélias, em dezembro de 2010 e o término do HD-CSSM, em março de 2011 para assim acessar essas forças que passam por essa rede de saúde mental que permitem que tais acontecimentos se dêem de maneira sutil e natural. Essa maneira com que ocorrem as coisas é que problematizamos.

1ª linha de desvio - Término do HD-CSSM em Petrópolis

Esta linha de desvio vem tratar do fechamento do serviço que acontece em março de 2011 em Petrópolis. Apesar dos esforços feitos em relação à reestruturação no atendimento do HD-CSSM ligada às propostas da RPb, há uma força investida contra esse movimento que faz com que sua manutenção seja prejudicada. Desde a aprovação para a abertura de hospitais dia

na cidade a verba destinada aos serviços é repassada a partir do pagamento de diárias. É pago ao serviço terceirizado uma quantia por paciente, que por lei chega ao limite de 30 pacientes. O período de tratamento é de 45 a 45 dias, onde acontece a renovação do tratamento ou a alta. Inicialmente esse número de pacientes nos hospitais dia era maior (uma média de 45 pacientes) por pedido do próprio município e aceitação do estado. Apesar disso o faturamento era fechado em trinta números, ou seja, o valor que era pago não poderia passar desse, mas por haver maior número de pacientes era possível receber por uma média de trinta ao mês e não em apenas 45 dias.

A partir da gestão de 2004, na mesma época em que é aberto o CAPS, acontece uma maior proximidade da coordenação de saúde mental com os hospitais dia e estes serviços passam a ser visitados e supervisionados mais de perto havendo fiscalizações das atividades e exigência de regularizações. Baseados na lei que prevê para estes serviços o atendimento de apenas 30 usuários, é exigido ao final de 2006 a regularização desse número, e os dois hospitais-dia passam a atender esse número de trinta. Dessa forma se torna impossível fazer o faturamento mensal de trinta e este faturamento passa a ser enviado para a secretaria municipal com uma média de 15 a 20 números a serem pagos mensalmente. A exigência dessa redução é feita pela supervisão da época, sendo necessário repentinamente serem reduzidos 15 usuários do serviço e os mesmos são encaminhados para o CAPS da cidade e para o ambulatório de saúde mental, sem preparação prévia nessa passagem. Não é percebida nesta redução nenhuma preocupação com o encaminhamento dos usuários por ambos os lados, no caso a coordenação de saúde mental que faz o corte da verba repentinamente e o administrador do serviço que, devido ao corte exige da equipe os encaminhamentos.

A redução prejudica o serviço em termos financeiros, pois a verba se reduz em número fazendo com que conseqüentemente seja reduzida também a equipe, para assim poder ainda manter o serviço aberto. A equipe permanece apenas com o número mínimo de profissionais exigidos pela lei, sendo que alguns têm seus salários diminuídos, como as médicas, por exemplo. Isso acontece em ambos os hospitais-dia da cidade havendo então neste mesmo período uma rápida redução de atendimentos em dois serviços da cidade enquanto outro serviço, o CAPS também recebe repentinamente grande parte destes usuários.

A equipe do HD-CSSM, apesar dessas tensões, se mantém nas tentativas de aproximação com a rede e na reformulação das atividades onde as feiras e festivais desenvolvidos auxiliam nesse movimento. É neste mesmo momento que o HD –CSSM passa a ser incluído nas reuniões de rede e na proximidade com os demais dispositivos facilitando o trabalho em conjunto, apesar de ainda haver dificuldades em relação aos encaminhamentos.

Aqui podemos entender como surge uma certa afirmação da importância do serviço na rede de saúde mental da cidade, através do movimento dos eventos que não pode passar imperceptível a ela, pois não passa imperceptível à própria cidade. Esse movimento pode então ser considerado como de resistência por parte desse serviço que propõe à cidade e à rede um outro olhar sobre ele, ou algum possível olhar diferenciado, desmanchando sentidos previamente constituídos. Isto vem a partir da mobilização que as feiras e festivais realizados produzem na cidade.

Apesar da coordenação de saúde mental da época demonstrar certo reconhecimento do trabalho desenvolvido no HD-CSSM e sua importância para a população que passa de 300.000 habitantes, não acontece nenhum movimento ou apoio por parte do município em possibilitar a continuidade dos serviços em relação a essa verba disponibilizada. Pelo contrário, é apontada uma impossibilidade de aumento desse valor assim como a abertura de maiores vagas para hospital-dia.

A proposta do Ministério da Saúde para os hospitais-dia atualmente é fazer um recadastramento dos mesmos tornando-os CAPS, e discutir suas funções em relação ao perfil e efetividade quanto à reintegração social dos pacientes. Dessa maneira não se prejudica a rede de saúde já instalada favorecendo seu crescimento (BRASIL, 2007).

O quadro que surge em Petrópolis no final de 2010 mostra-se diferente dessa proposta. Há o reconhecimento de que os hospitais-dia da cidade estão com dificuldades financeiras, mas não há propostas vindas do município para que o mesmo se torne CAPS. Assim no final de 2010 a diretora do HD- Villa Bromélias comunica o fechamento do serviço devido à falta de condições de manutenção. Além do pagamento dos profissionais justifica-se que havia gastos com medicação, alimentação e aluguel da casa sendo impossível manter o serviço com a verba que era destinada. Os 30 usuários que ali faziam tratamento são encaminhados para o único CAPS da cidade. Essa passagem acontece em menos de um mês, sem haver um tempo de preparação dos mesmos no encaminhamento.

Em fevereiro de 2011 o diretor da CSSM resolve também fechar o HD-CSSM no final do mês de março, alegando as mesmas dificuldades em relação a condições de manutenção. Este comunicado chega ao conhecimento da gestão atual, no caso, a Coordenação de Saúde Mental do município. Há uma solicitação desta coordenação para que o serviço se mantenha por mais seis meses aberto. Esse pedido, porém, não é acompanhado da realização de esforços conjuntos para a manutenção da proposta do HD-CSSM nem por parte da gestão pública nem por parte do administrador do HD-CSSM. Em um período de menos dois meses são feitas tentativas de encaminhamento. Dos trinta usuários inscritos, alguns são encaminhados para o

ambulatório de Saúde Mental que somente aceita tal demanda devido à entrada de mais uma médica psiquiatra no serviço, pois o mesmo encontrava-se sem vagas. A equipe do HD-CSSM tenta uma parceria com a Clínica Escola da Faculdade Nelson Sá Earp para ver a possibilidade incluir mais alguns usuários. Outros usuários que recebem benefício preferem manter consultas particulares com as médicas que os atendiam no HD-CSSM, dois usuários são encaminhados para o CAPSad e outros três encaminhados para o CAPS, devido à falta de vagas para acolher mais pessoas. É feito então um acordo entre a diretora médica do HD-CSSM e a coordenadora de saúde mental de manter os atendimentos médicos e receitas dos usuários que ainda não tivessem sido acolhidos pelos novos serviços até que os mesmos fossem incluídos na rede.

Nota-se que neste momento se instala um quadro de desassistência na rede de saúde mental de Petrópolis, que reflete um desequilíbrio dessa rede onde atualmente se encontra com apenas um CAPS II para 300.000 habitantes. O fechamento dos hospitais-dia vem agravar ainda mais essa condição de desassistência.

Cabe então problematizar aqui não apenas o fato do fechamento destes serviços, pois isso seria inevitável em algum momento em que os projetos da saúde se voltam principalmente para a saúde pública, mas é importante perceber a forma como aconteceram esses fechamentos onde se privilegia o lugar – institucionalização – e não a construção de espaços de assistência – a descentralização.

Se a RPb vem trazer a premissa de um novo olhar sobre esse indivíduo que necessita de um acompanhamento e atenção, tais iniciativas vêm contrapor essa premissa na medida em que o que se coloca em jogo é a estrutura de um dispositivo e sua manutenção, sem levar em conta aqueles que utilizam tal equipamento. Está em jogo também certo privilégio que se faz na relação usuário versus lugar o que permite à rede que equipamentos atuantes sejam extintos. Parece-nos que nessa atitude a visão é de um serviço vazio que comporta apenas sua parte burocrática e suas regras de funcionamento sem contar com os atendimentos que realiza. Tal pensamento, porém deveria ser conduzido por outra via: a da funcionalidade que tem tal dispositivo no cuidado daqueles que ali freqüentam, que utilizam o serviço, que fazem com que este tenha algum sentido de existência ou alguma razão de se manter.

Mais uma vez retornamos a problematização que a RPb nos propõe: desinstitucionalizar esse lugar de onde se vê, de onde se fala, de onde se sabe. Somente seguindo essa análise crítica de descentralização do lugar que podemos fazer o movimento inverso para pensar pela perspectiva daquele que busca o tratamento.

Temos que problematizar o que leva o fechamento de um hospital-dia. É necessário estar atento então para algo que aparece nessa rede de Petrópolis: nota-se entre os equipamentos certa lógica de hipervalorização do lugar e não de uma dinâmica de abertura do lugar. Atitude esta que ainda se repete dentro das novas propostas de cuidado em saúde mental no Brasil e deve ser foco de constantes análises. Na perspectiva da abertura do lugar entende-se menos pensar nos serviços de maneira estanque, separada, e mais buscar uma visão direcionada a toda rede de maneira descentralizada entendendo onde estão seus nós e qual é a necessidade daquela cidade. Esta análise permite a luta por diversos dispositivos de cuidados que tenham funcionalidade para a cidade segundo a demanda que aparece no momento. A luta seria em prol do cuidado e atenção ao usuário analisando o que é possível ser feito a partir dos equipamentos que existem na rede deste lugar, para posteriormente poder pensar em novos mecanismos e substituições que reduzam a desassistência e ampliem o cuidado.

O crescimento de uma rede de saúde mental deve acontecer a partir da ampliação da mesma em termos de uma diversidade de dispositivos que trabalhem em conjunto sem privilégios de mecanismos, mas unida para garantir a assistência a partir da necessidade de cada usuário.

2ª linha de desvio – Entrevistas

Na tentativa de explicitar não apenas o cuidado que acontece ao usuário do HD-CSSM a partir dos dispositivos Feira e Festival criados, apontamos essa ampliação do cuidado que se refere também ao trabalhador desse serviço. Entendendo que tais dispositivos mexem com a dinâmica do lugar, mexem conseqüentemente na equipe que propõe tratar. Na intenção de colher algumas percepções de trabalhadores da equipe sobre essa modificação que se faz em todo espaço de cuidado do HD-CSSM foram feitas entrevistas semi-estruturadas com alguns técnicos em fevereiro de 2011. A princípio tais entrevistas foram elaboradas sem o conhecimento do fechamento do HD-CSSM por parte da equipe apesar de acontecer no mesmo mês. Devido a isso as perguntas não abordam tal questão. A escolha das pessoas para essa entrevista se deu a partir de sua proximidade com as feiras de saúde e festivais de arte e cultura, ou seja, técnicos que trabalhavam há mais tempo na instituição e que tenham participado da maioria dos projetos ou de todos eles, desde que se iniciou em 2005. Foi relevante também a proximidade dos mesmos com essas propostas. A intenção da entrevista

se baseia na observação das influências que se deram no espaço de tratamento do HD-CSSM a partir desses eventos e de como pode ser pensado um serviço aberto em saúde mental.

As entrevistas duraram de 15 a 30 minutos e foram realizadas na própria instituição, exceto a feita com a musicoterapeuta. Duas das entrevistas foram feitas oralmente através de gravação e transcrição com posteriores correções de concordância e construção das frases. Estas foram as entrevistas da psicóloga e gestora do HD-CSSM e da musicoterapeuta. Deve-se destacar que a musicoterapeuta, no momento da entrevista, já não estava mais trabalhando no serviço há dois meses, mas acreditou-se relevante sua fala por ela estar na época dos eventos sempre muito engajada. As outras duas entrevistas com a psicóloga e com a fisioterapeuta foram feitas de maneira escrita a pedido das mesmas.

É importante lembrar como foi o contexto em que aconteceram as entrevistas. Elas foram feitas no mesmo momento em que a equipe do HD-CSSM recebe a notícia de que o serviço vai acabar. Apesar de não ser falado sobre esse fechamento nas entrevistas, surgem junto a este contexto algumas falas em relação ao esforço buscado no tratamento, em relação às novas tentativas e propostas e o sentimento de desânimo e tristeza por esse fato recente. Certamente isso também influi no modo como elas acontecem e na maneira como se recebe o pedido para participação.

Abaixo descrevemos cada uma das entrevistas onde estão separadas por perguntas específicas e respostas abertas sobre como é entendida a proposta do HD-CSSM e das mudanças percebidas a partir das feiras e festivais.

As falas dizem de uma maneira de entender a proposta de um serviço aberto que foi construída no coletivo. Não se pretende apontar as diferenças ou individualidades dessas falas, pois acredita-se que as mesmas se fazem em um plano impessoal, que foi experimentado naquele espaço do HD-CSSM. Dessa maneira elas se entrelaçam e constituem um comum que se produziu ali.

Entrevista com psicóloga em cargo de gestão no HD-CSSM

- O que você entende por desenvolver um trabalho em um “serviço de portas abertas” como é considerado o HD?

R: Acredito que um serviço aberto abre possibilidades, primeiro de nós mesmos não estarmos fechados a um determinado conhecimento a um determinado projeto; acho que abre um leque de possibilidades de trabalharmos com os usuários essa independência e essa vida deles fora da instituição. Diferente de um serviço fechado que foca na questão da doença, da

patologia, da medicação, ou seja, você trabalha a melhora de vida dentro de um ambiente institucional. No serviço aberto tem essa possibilidade de um trabalho deles com a vida, com a família, uma conscientização para viver em sociedade.

Quando você trabalha assim, primeiramente é necessário interiorizar dentro de você essa busca deles terem autonomia, pois se você tem interiorizado atitudes de autoritarismo, de preconceito em relação a eles, ou de que eles não têm possibilidade ou habilidade para determinadas coisas, dessa maneira seria uma prisão a céu aberto. Primeiro a equipe deve se conscientizar dessa cidadania, do respeito às escolhas deles, e de que todos somos iguais. Temos que entender que nós temos um saber a partir do que estudamos, mas que deve servir para ajudar na busca de uma melhor qualidade de vida deles, mas quem faz as escolhas são eles. Ainda vemos profissionais que acham que sabem o que é melhor para o paciente, mas eles não são robôs, acho que devemos criar dentro da gente isso e fazermos com que eles possam ser pessoas pensantes. Podemos ajudar, caminhar junto com eles.

A diferença de ter ou não uma porta não determina um serviço ser considerado fechado. Nós podemos fazer atividades extra-muros, uma caminhada, mas lá podemos ter uma postura autoritária de fechamento, então não é só isso.

- O que pensa acerca dos eventos que o HD-CSSM produz, as Feiras e Festivais?

R: Acho que o evento foi importante para produzir esse movimento para fora. Primeiramente foi com a intenção de mostrar para as pessoas o trabalho que era desenvolvido aqui. Pois o que ficava sufocante era o fato de fazermos coisas tão legais, movimentos com arte que não eram vistos. Até mesmo na Feira de Saúde que envolve mais temas teóricos também havia arte. Acho que com o convívio com outras pessoas, eles conseguiram se expressar melhor. Vemos o quanto eles têm autonomia, não são robotizados, questionam. Acho também que serviço aberto é isso, é estarmos abertos para os questionamentos deles.

Acho que esse movimento para fora dos grupos, esses contatos que tivemos com faculdades, outros serviços de saúde, que foi bom tanto para equipe quanto para eles. Ser reconhecido, ser valorizado, e isso nós construímos. Agora vemos o quanto eles interagem com facilidade, o quanto isso ajuda no convívio.

- Quais as mudanças que percebe no funcionamento do serviço a partir desses eventos?

R: Como já foi falado, há uma melhora no convívio. Isso modifica também a equipe, pois ficamos trabalhando e pensando nesse movimento para fora. Acho que foi uma equipe

que passou por momentos de estar fechada sim, de pessoas da equipe ficarem chateadas com o “excesso de liberdade” deles [os usuários]; ouvi da equipe que eu deveria “falar mais, cobrar mais, pois eles não fazem o que peço...”. Mas acho que é importante isso, para eles e para a equipe, pois se começa a pensar em algo para fora não ficando cristalizada naquele autoritarismo, e fechamento. Acho que fez com que nós construíssemos novos conceitos dentro de nós e criássemos ideias para fora. Não partiu de um saber que vem de fora e que diríamos “eu fiz”, mas foi de uma vontade nossa que construiu uma nova maneira de fazer. E cada evento, percebia quanto os pacientes iam estando melhores, quanto íamos construindo em nós novas habilidades de fazer e vendo que o trabalho era positivo, aumentava em nós a energia, nos alimentávamos e queríamos mais. Se estamos fechados no trabalho não aprendemos. Quando temos contato com outras pessoas o aprendizado vem. Os eventos fizeram com que aprendêssemos e pudéssemos mostrar para eles e para sociedade um outro tipo de tratamento e assim íamos nos reciclando. Foi um trabalho interno para quebrarmos alguns conceitos que vêm culturalmente, de um certo saber e poder de um psicólogo, por exemplo. Ali nas feiras ninguém sabia quem nós éramos ou quem eles eram, então éramos todo mundo acolhendo o público que chegava, isso fez muitas pessoas saírem do pedestal, e lidar com o paciente de igual para igual.

- Quais as influências ou mudanças que percebe em relação à rede de saúde mental de Petrópolis?

R: Acho que mudou tudo. Foi a partir dos eventos que tivemos contato com a rede de Petrópolis, pois antes nós éramos muito excluídos por ser um serviço privado. Antes nós chamávamos os serviços para visitarem, para conhecerem o HD, para irem entrando mesmo, depois começaram a participar juntos e essa proximidade foi construída. Em nenhum momento quisemos aparecer mais do que alguém, acho que a proposta era unir as forças da rede mesmo. Essa união foi feita, conhecemos outros serviços, facilitaram os encaminhamentos, pois antes não tínhamos essa proximidade, esse contato. Fez também aumentar a credibilidade do nosso trabalho. Um exemplo foi o convite para participarem da reunião da rede de SM e falar do HD. Nosso movimento permitiu ao serviço ser conhecido e reconhecido pelos demais. Nas feiras acontece a junção de todos os serviços e permite refletir para a comunidade o trabalho que fazemos aqui.

- Qual o objetivo/proposta do HD na rede de SM?

R: A proposta do Hospital Dia é a busca da autonomia, da cidadania, da independência assim como estimular o contato deles na rede. Acho que o serviço se insere na rede como fundamental com uma atenção mais intensiva, diária, fazendo com que os pacientes posteriormente possam se inserir melhor nos outros trabalhos oferecidos, pois esse trabalho prévio facilita um encaminhamento mais preparado. O paciente ainda em surto, logo após sair da internação não está consciente do que está acontecendo consigo e precisa de uma atenção e um convívio mais intensivo. Ajuda muitas vezes a segurar o paciente sem precisar internar ou não ter recidivas. Acho que esse tratamento intensivo busca fazer com que eles estejam mais conscientes em relação ao seu próprio cuidado, a como lidar melhor dentro dessa rede de saúde.

Entrevista com musicoterapeuta do HD-CSSM

- O que você entende por desenvolver um trabalho em um 'serviço de portas abertas' como é considerado o HD?

R: Acho que a proposta é completamente diferente do que a de um ambulatório ou internação, por exemplo. O paciente que está ali também toma remédio sim, tem que ter atendimento médico, mas o foco do tratamento no HD vai muito além disso. Esse serviço existe principalmente pelas outras coisas que engloba, pois se fosse só para remédio, ambulatório bastava. Esse trabalho tem a questão da ressocialização, de construir um grupo de relações, uma rotina, mesmo que não possam trabalhar formalmente. O serviço favorece a eles terem um compromisso diário, buscarem ali motivação para vida. Esses pacientes podem viver, mas por vezes precisam de uma orientação, um apoio. Este serviço busca oferecer um estímulo para a vida.

-O que pensa acerca dos eventos que o HD-CSSM produz, as Feiras e Festivais?

R: Acho que esses eventos estão relacionados à auto-estima deles. Me lembro de alguns pacientes nos eventos, da forma como eles se motivavam para participar, o quanto eles valorizam, o quanto é importante para eles estar lá, participar do teatro e outras atividades. Muitas vezes observava que na rotina do HD alguns não colaboravam muito, mas na hora de montar o evento, na hora de falar e de estar lá, de chamarem suas famílias, de encontrar pessoas diferentes, sair do ambiente do hospital era diferente. Tinha esse lado forte. Para eles mesmos ficava mais claro o objetivo daquilo tudo, porque quando ficávamos na rotina do

hospital, eles pareciam desmotivados em participar de algumas oficinas, mas quando estava envolvido com alguma proposta das feiras eles conseguiam se organizar para participar.

- *Quais as mudanças que percebe no funcionamento do serviço a partir desses eventos?*

R: Quando entrei para o serviço os eventos já estavam acontecendo. Estava no 4^a ano. Foi o primeiro evento fora do HD, o Festival de Arte e Cultura.

Essa pergunta me fez pensar em outra coisa. Na diferença que percebi desse serviço em comparação aos outros. Parece-me um diferencial grande em relação aos próprios pacientes (os que são dos HD e que participam desse evento), vi alguns pacientes que participaram pela primeira vez e que vinham de outros serviços diversos, e acho que isso trouxe uma mudança na vida deles, acho que o evento promove. Não seria uma promoção social, mas de relação. Eles se mostram mais capazes, assumem responsabilidades, participam, se envolvem. Acho que muda essa vinculação do paciente com o serviço, pois eles criam um vínculo maior com a equipe, com o hospital. Quando ele é valorizado ele retribui isso e é uma troca que se dá ali. Isso ultrapassa o tratamento, alguns se comprometeram a participar mesmo após a alta. O evento se torna tão importante que vai além do tratamento. Eu conheci um ex-paciente do HD em um desses festivais. Quando ele precisou voltar ao tratamento rapidamente já estava engajado, conhecendo o funcionamento, tendo esse vínculo.

- *Quais as influências ou mudanças que percebe em relação à rede de saúde mental de Petrópolis?*

R: Acho que o HD passou a ser mais respeitado, começou a ser visto como uma instituição que faz um trabalho sério e acho que ajudou a aproximar. Através desses eventos eu conheci pessoas dos serviços da cidade toda. Muita gente eu conheci por causa disso. Acho que promove uma integração, mesmo sendo um serviço particular ele agiu fazendo uma integração com todos os serviços, e até servindo como estímulo aos outros a buscarem um trabalho diferenciado. Estimula também a buscarem estar juntos e esse modo de trabalho ir se espalhando.

- *Qual o objetivo/proposta do HD na rede de SM?*

R: Penso então nos pacientes, sobre alguns que não tem como frequentar outros serviços, que precisam desse tipo de atendimento que se faz necessário em determinados casos. Ali não é uma internação disfarçada, pois quando se fala mal do HD parece que aquilo

é uma internação disfarçada, que o paciente fica preso lá todo dia, que não pode trabalhar. Tem gente que realmente não trabalharia, que precisa desse suporte. É diferente dos outros serviços. Cada um ali tem um caso muito especial, muito específico, e todos os serviços precisam entender isso. Passamos por dificuldades que acontecem como o encaminhamento de um paciente do HD, ele não foi nem acolhido... tanta burocracia ainda acontece que faz com que a pessoa fique em último lugar enquanto teria que estar primeiro.

Entrevista com fisioterapeuta HD-CSSM

- O que você entende por desenvolver um trabalho em um “serviço de portas abertas” como é considerado o HD?

R: Entendo pela minha experiência como sendo um ponto muito a favor para os pacientes, já que nesse modo de tratar confiamos a eles próprios a responsabilidade pelo seu próprio tratamento e seu compromisso nesse trajeto de ir e vir ao tratamento permitindo essa autonomia.

- O que pensa acerca dos eventos que o HD-CSSM produz, as Feiras e Festivais?

R: Já refleti muitas vezes sobre esses eventos. A princípio achava que não significava muito para eles, pois geralmente eu os encontrava um pouco passivos durante o evento. Com o passar das experiências com esses eventos pude perceber o quanto eles se sentiam importantes de estarem ali, e o quanto isso significava em seu “pequeno universo”.

- Quais as mudanças que percebe no funcionamento do serviço a partir desses eventos?

R: Mudanças que vieram aos poucos. Observei a melhora na organização dos pacientes em termos de compromisso com o tratamento, em relação aos cuidados com sua própria aparência, com sua saúde e alimentação. Acredito que em decorrência desses eventos isso possibilitou eles se observarem ao observarem as pessoas na sociedade.

- Quais as influências ou mudanças que percebe em relação à rede de saúde mental de Petrópolis?

R: Vejo hoje uma rede municipal mais voltada para essas pessoas, que antes eram praticamente ignoradas, no sentido de não fazerem parte da saúde ou parecer não fazerem parte dela já que a área física é geralmente o primordial problema de saúde.

- Qual o objetivo/proposta do HD na rede de SM?

R: O objetivo do HD é ter uma saída, aqui serve como um ponto de apoio para os pacientes, um referencial que os facilita vivenciarem seu cotidiano. O serviço abre a possibilidade de cada um participar da vida da melhor maneira possível.

Entrevista com psicóloga do HD-CSSM

- O que você entende por desenvolver um trabalho em um “serviço de portas abertas” como é considerado o HD?

R: Permite às pessoas que utilizam este serviço uma convivência melhor e mais “normal” com o dia-a-dia, com a realidade e atualidade do mundo em que vivemos, pois apesar da internação em alguns momentos se fazer necessária acaba tirando o indivíduo da sociedade, perdendo referências e até o contato com seus familiares.

- O que pensa acerca dos eventos que o HD-CSSM produz, as Feiras e Festivais?

R: Acho uma ótima oportunidade de mostrar a capacidade dos pacientes e reinseri-los na sociedade de maneira digna.

- Quais as mudanças que percebe no funcionamento do serviço a partir desses eventos?

R: Quando entrei para este serviço os eventos já existiam, então não posso dizer como era antes e depois, mas com os eventos percebo que muitos dos pacientes se sentem mais seguros, se soltam mais e interagem muito melhor entre si e com todos os visitantes dos eventos. Esses eventos mostram a eles o quanto são capazes, algo que aparentemente ninguém havia mostrado tal caminho de maneira concreta.

- Quais as influências ou mudanças que percebe em relação à rede de saúde mental de Petrópolis?

R: Percebo que a interação entre os serviços da rede se faz melhor, apesar das resistências de alguns deles.

- Qual seria o objetivo/proposta do HD na rede de SM?

R: Reinsere os pacientes na sociedade, mostrando o trabalho, a criatividade e inteligência dos mesmos apesar das dificuldades que eles encontram. É através do estímulo, de orientações, de reforçar suas capacidades que se faz um bom trabalho.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Chegamos ao fechamento de um trabalho inconcluso. Essa falta de fim já pode apontar para essa processualidade aberta que nunca se finda, sempre contínua seguindo por outras linhas, por outros desvios e produzindo novos planos de consistência que sirvam de suporte para nossas práticas clínicas. Talvez pudéssemos dizer que um certo formato dissertação se conclui não respondendo a questões apontadas, mas abrindo a novos questionamentos que levem ao constante estudo e análise crítica sobre as práticas em saúde mental no Brasil.

É claro que toda pesquisa se inicia com perguntas, muitas dúvidas e grande curiosidade que nos faz habitar espaços paralisantes e espaços de grande turbulência. Para então desenvolver essa pesquisa foi preciso estar junto nesses espaços, suportá-los, senti-los, confundi-los e entendê-los. Foi por uma intenção de entender o que se passava nesse espaço HD-CSSM que embarquei pelos caminhos da pesquisa, me perdendo e me achando em novos caminhos que apareciam à minha frente. Estas intenções foram potentes na tentativa de construir uma compreensão sobre o modo de cuidar. Esse modo, porém não é fixo nem delimitado. Ele também não se fecha na especificidade de uma ou outra especialidade. É múltiplo e aponta para diversas trajetórias. Tem em si uma aleatoriedade própria que impede uma fôrma, uma solução que vai de um início a um fim linear. Mas algo no espaço se modifica a partir das novas propostas do serviço, algo que se faz diferente nas relações, na adesão ao tratamento, na proximidade com a cidade, na compreensão do trabalho pela equipe. Uma nova maneira de produzir cuidado se constrói e este se expande para além do usuário do serviço e atinge o trabalhador. Foi essa modificação que me fez seguir na pesquisa a partir de

uma questão para a qual não havia resposta, e que talvez ainda não tenha: como construir esse espaço aberto na prática cotidiana de um serviço que se refaz a cada instante? Esse refazer, a princípio, já é a própria produção de um espaço aberto. É um espaço que se reconfigura de variadas maneiras.

Entendemos, no entanto, que também não é uma eterna linha de fluxos livres, mas um espaço que, com seus contornos permite experimentar alguns desses fluxos, incluindo-os na configuração que se apresenta no momento, e deixando sair outros fluxos que não servem àquele espaço.

Habitar esse espaço aberto foi inicialmente o desafio da equipe do HD-CSSM e continuou sendo até o momento da finalização do serviço na rede de Petrópolis. Exercício difícil de compreender, mas necessário para criar outros lugares e outras formas de cuidado na equipe, nos usuários, no HD, na rede. Desafio que foi aceito no momento que a equipe embarca na ideia das feiras e festivais. A arte e a cultura serviram ali de potentes intercessores para construção de um fora da clínica que potencializou a própria clínica, ampliando-a. Essa ampliação da clínica se torna redundante se pensarmos na clínica do desvio como propomos acima. Nessa perspectiva a clínica já é ampliada quando aberta. Essa afirmação, porém se torna objeto de luta política contra forças ainda hegemônicas que fixam a clínica em lugares fechados, especialismos, e a separam da diversidade que compõe o *socius*.

Buscamos a compreensão de uma maneira de fazer clínica que esteja unida à política e implicada com uma constante experiência de análise e crítica a tudo aquilo que pode ser tomado como natural e instituído. Segundo Passos e Benevides (2004b) essa operação analítica permite a desestabilização das formas dadas fazendo com que apareça o plano das forças de produção a partir do qual a realidade se constitui. Neste sentido ir ao encontro desses modos de produção, modos de experimentação, modos de criação de si e do mundo que estão sempre em processo. Uma clínica que resista às forças que impedem qualquer abertura, qualquer transformação na tentativa de constituição de novas redes, novos encontros.

A clínica como experiência desestabilizadora é uma clínica utópica²² e intempestiva que tem em sua característica a instabilidade que se constrói e é construída durante o acontecimento. É no momento do acontecimento que surgem coisas novas potencializando o espaço, e o transmutando.

²² “Distinguir utopia de idealidade é a condição para pensarmos outros princípios ou rumos de organização das instituições” (PASSOS & BENEVIDES, 2005, p.09).

O acontecimento é a ruptura de sentidos, estruturas e instituídos – aí está sua abertura – mas por outro lado ele deve conter um certo grau de organização. Há então no acontecimento tanto a sua efetuação, isto é, o quebrar o limite do instituído, como o retorno a um relativo domínio, delineando um sentido, que é a sua contra-efetuação (ALMEIDA, 2006, p.194).

Ao abriremos a clínica da saúde mental aos acontecimentos díspares como os que apareceram nos momentos das feiras e em seus desdobramentos, habitamos um fora da clínica. Ao deixar esse desfazer e refazer acontecer estamos produzindo espaços abertos, estamos deslocalizando a clínica de qualquer centripetismo que a enfraquece, que a reduz. É esse movimento de força e crítica que cria esse lugar nenhum da clínica e a expande.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, Cristiane D. L. – *Fantasia na Serra: representações de Petrópolis na mídia impressa*; (Dissertação de Mestrado) Orientador: Renato Cordeiro Gomes – Rio de Janeiro: PUC – Rio, Departamento de Comunicação, 2005.

ALMEIDA, Marcus Vinícius M. *A selvagem dança do corpo* – (Tese de Doutorado) Universidade Estadual de Campinas (Fac. De Educação Física), Campinas, 2006.

AGUIAR, Adriano A. *A Psiquiatria no divã – Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, Relume / Dumará, 2004.

AMARANTE, Paulo – *Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro, Panorama ENSP, 1995.

_____. *O homem e a serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.

BASAGLIA, F e GALLIO, G, - *Vocação terapêutica e luta de classes – para uma análise crítica do modelo italiano* in DELGADO, Jaques (org.), *Loucura na sala de jantar*. Santos. Ed. Resenha, 1991.

BARRETO, Lima, - *Vida e Morte de M. J. Gonzaga de Sá*. São Paulo, Brasiliense, 1961.

_____. *Diário do Hospício e O cemitério dos vivos*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria MS 224 de 29 de janeiro de 1992 – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde , Brasília, 1992.

_____. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil – Conferência regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf

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

BRITTO, Júlia R. Castro, *Representações dos Trabalhadores da Feira Livre de Camaçari - Bahia: 1970-2007*. Mestrado Multidisciplinar em Cultura, Memória e Desenvolvimento Regional. UNEB – BA, 2007.

CASTEL, Robert. – *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CERTEAU, Michel de; GIARD, Luci; MAYOL, Pierre. *A invenção do Cotidiano*, Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. Vol 1, Rio de Janeiro. Editora 34, 1995.

_____. *Mil Platôs - Capitalismo e esquizofrenia*. Vol 5, Rio de Janeiro. Editora 34, 1996.

ENGEL, Magali G. *Delírios da Razão – Médicos, loucos e hospícios*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Petrópolis, Vozes, 1983.

_____. *História da loucura na época clássica*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2008.

_____. *Em defesa da Sociedade*. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

FURTADO, Tânia. *Hospital-Dia, Passageiro para a Vida: O Jogo da Identidade e da Diferença*. Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter, 1994.

GINZBRUG, C. *Mitos, Emblemas e Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

HAENSBAERT, R.; BRUCE, G. *A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari*. GEOgraphia, ano IV, n.07, 2002, p. 07 – 31.

JOB. Nelson; CHAITIN. Virginia M.F.G. *Uma clínica do clinamen*. Postado em 06/06/2010. Acessado em 20/02/2011. Disponível em:
http://cosmoseconsciencia.blogspot.com/2010/06/uma-clinica-do-clinamen_06.html.

JORGE. Marco Aurélio S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. (Dissertação de Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz – ENSP, 1997. Disponível em: <http://prtalteses.icict.fiocruz.br> Acessado em: 26/05/2011.

JULLIEN, François. *O Diálogo entre as culturas – do universal ao multiculturalismo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009.

LACERDA, A. P. *O Médico e a Serra*. Rio de Janeiro, Revista Continente Editorial LTDA, 1981.

LOURAU, René. *A Análise Institucional*. Petrópolis-RJ, Vozes, 1995.

MACHADO, Roberto. (et al.) *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

MASSEY, Doreen. *Pelo espaço: uma nova política da espacialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MORE, Thomas. *Utopia*. Portugal: Publicações Europa América, Clássicos, s.d.

MORRIS, William. *Notícias de Lugar nenhum - ou uma época de tranqüilidade, um romance utópico*. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2002.

NETO, Nécio, T. *Resenha do livro Pelo Espaço: uma nova política da espacialidade*. Revista Formação, n.15 volume 1 – p.162-166. Buscado em 15/11/2010. Disponível em: http://www4.fct.unesp.br/pos/geo/revista/artigos/14_turra.pdf

OLIVEIRA, J. A. *O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico político*. Dissertação de mestrado apresentada PPG Psicologia- Ciências da Subjetividade – UFF, Niterói, 2006.

OLIVEIRA, J. A. M., PASSOS, E. *A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe*. Vivência (Natal). , v.1, p.259 - 275, 2007.

PASSOS, E.; ALVAREZ, J. *Cartografar é habitar um território existencial* In: *Pistas do Método da cartografia*. Porto Alegre, Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), PUC-RJ, v.13, n.1, p. 89-99, 2001.

_____. *O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo*. In: Tania Mara Galli Fonseca; Selda Engelsn (Org.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre, 2004, v. 1, p. 275-286.9 (a)

_____. *Clínica Política e as Modulações do Capitalismo*. In: *Revista Lugar Comum*, RJ, ISSN 14158604. n.19-10, jan-jun de 2004. pp 159-171. (b)

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde* In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3)000-000,2005.

PASSOS, E.; PITOMBO, L. B. *Alguns aspectos da relação entre a história e a clínica no movimento da reforma psiquiátrica* In: *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 2003, v.1, p. 217-224.

PELBART, Peter P. *Utopia Asséptica - em A Nau do tempo Rei – 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Série Logotesca. Imago, Maio 1989. Disponível em: www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/textos/peter/naudotemporei.

PEREIRA, Mário E. C. Morel e a questão da desgenerescência. Ver. *Latinoamérica Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.11, n.3, p. 490-496, setembro 2008.

ROTELLI, Franco. – *Superando o Manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste*, In: AMARANTE, Paulo (org.) – *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

RIEUX, Bernardo. *O abecedário de Gilles Deleuze*. 2005. Acessado em 08/07/2010. Disponível em: <http://www.oestrangeiro.net/esquizoanalise/67-o-abecedario-de-gilles-deleuze>.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço – técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo, 4ª ed. Editora Edusp, 2002.

SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo, Cultrix, 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

VASCONCELOS, Jorge. *A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia* Educ. Soc., Campinas, vol 26. n.93, p.1217-1227,set./dez. 2005. Disponível em www.cedes.unicamp.br (<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n93/27276.pdf>)

WANDERLEY, Lula. *Máquinas de Tecer*. In: COSTA.C. M. ; FIGEIREDO, A. C. (ogs.) *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental – Sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004.