

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

SANDRA LOURENÇO CORRÊA

O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL INCLUINDO  
AQUELAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA:  
seguindo pistas para construção de processos formativos do profissional de saúde mental

Niterói-RJ  
2019



**SANDRA LOURENÇO CORRÊA**

**O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL INCLUINDO  
AQUELAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA:  
seguindo pistas para construção de processos formativos do profissional de saúde mental**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação de Psicologia – Estudos da Subjetividade – do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do diploma de doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Silvia Helena Tedesco

Niterói-RJ  
2019

**Ficha catalográfica automática - SDC/BCG**  
**Gerada com informações fornecidas pelo autor**

C824c Corrêa, Sandra Lourenço

O cuidado às pessoas com transtorno mental incluindo aquelas em medida de segurança : seguindo pistas para construção de processos formativos do profissional de saúde mental / Sandra Lourenço Corrêa ; Silvia Helena Tedesco, orientadora.

Niterói, 2019.

220 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2019.d.92679560787>

1. Formação profissional. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Medida de segurança. 5. Produção intelectual. I. Tedesco, Silvia Helena, orientadora. II.

Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD -

**SANDRA LOURENÇO CORRÊA**

O CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL INCLUINDO  
AQUELAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA:  
seguindo pistas para construção de processos formativos do profissional de saúde mental

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
de Psicologia – Estudos da Subjetividade – do  
Departamento de Psicologia da Universidade  
Federal Fluminense, como requisito parcial para  
obtenção do diploma de doutor em Psicologia.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Silvia Helena Tedesco (orientadora)

---

Prof. Cristina Rauter

---

Prof. Claudia Elizabeth Abbes Baeta Neves

---

Prof. Elizabeth Barros

---

Prof. Virgínia Kastrup



*Ao **Clau**, parceiro de todos os momentos.  
Seu carinho, admiração e incentivo  
foram essenciais para chegar até aqui.  
Seu brilho no olhar me conforta,  
suas palavras me encorajam  
nos momentos mais difíceis.*





## AGRADECIMENTOS

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Helena Tedesco que, com o seu trabalho, me possibilitou conhecer um pouco mais sobre os dilemas das pessoas com transtorno mental, em especial aquelas em medida de segurança, me confirmando que a luta é interminável.

Ao Observatório Nacional de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da Universidade Federal Fluminense (ONSMJDH/UFF), pela possibilidade de pesquisa e participação em espaços de produção de conhecimento.

A todos os profissionais entrevistados e órgãos públicos, pela participação no processo de coautoria desta pesquisa.

Ao Centro de Estudos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, por abrirem as portas para o diálogo e problematizações em torno do processo de desinstitucionalização dos pacientes em conflito com a lei.

À Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro, pela permissão do uso dos espaços e pelo contato com os profissionais.

Ao Instituto de Perícia Heitor Carrilho, pelo empenho na construção de novas práticas no âmbito das medidas de segurança.

Ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB, por contribuírem com informações sobre o processo de desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mental e considerações a respeito da formação profissional.

Ao Instituto Municipal Philippe Pinel, pela cooperação junto às iniciativas de estudo e implementação de ações inovadoras no campo da Reforma Psiquiátrica.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pelo incentivo à produção de conhecimento técnico-científico na área de atenção à saúde mental.

Ao CAPS III Franco Basaglia (RJ), pela disponibilização de seus funcionários para a participação nas discussões e na construção de diretrizes para a formação profissional.

Aos professores da UFF, por difundirem os princípios do conhecimento ético-estético-político no campo da subjetividade.

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Elizabeth Barros de Barros, pela precisão de suas contribuições.

À prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Osório que, com seus anos de luta no campo da Saúde Pública e de experiência na área da saúde do trabalhador, expressa prazer e coragem no que faz.

À FAC-FEA, lugar de trabalho, de aprendizado, de trocas afetivas e desenvolvimento profissional.

Ao Instituto Essência, pelo espaço concedido para os momentos de isolamento necessário à elaboração da escrita.



## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus pela inspiração e confiança em tempos de travessia.

Aos meus filhos, Vitor e Júlia, amor que não cabe em palavras, mas nas trocas de olhares, carinho e compreensão. Verdadeiros torcedores, daqueles que vibram com cada conquista, fazendo-me acreditar que é possível realizar sonhos.

À memória de minha mãe, que mesmo ausente, me dá força e vontade de ser motivo para sua alegria.

Aos meus queridos Simone, Manfredo e Gabriela, pela oportunidade que tive de conhecer ainda mais o que eles têm de melhor.

Ao meu irmão Neuber e sua família, pela forma como me acolheram neste período de retorno à minha cidade natal, criando condições para a realização desse projeto.

Ao meu irmão Márcio, meu grande incentivador, aquele que com todo o humor do mundo consegue falar das coisas mais importantes, demonstrando admiração e confiança.

Ao meu irmão Leonardo, que com carinho e animação sempre me diz: “é isso aí, Sandrinha!”

Ao meu pai Nilton, sempre pronto para dar uma palavra de incentivo e demonstrar admiração pelas conquistas realizadas.

À querida amiga Dilva e sua família, pela acolhida generosa sem a qual seria muito mais difícil realizar esse projeto.

Às amigas Simone Pantaleão e Claudia Belazi, cada uma a sua maneira, que me incentivaram durante os longos dias de trabalho, me ajudando a amenizar a solidão e a ansiedade.

À Silvia Salibe, que, com sua amizade e compreensão, tornou mais tranquila a conciliação entre o trabalho docente e a produção da tese.

À Vera Smolentzov, incentivadora de longa data, pela sua disposição em ajudar e acompanhar cada etapa do processo de trabalho.

À Talita Barizon, uma pessoa admirável, não só pela competência como revisora de língua portuguesa, mas pela facilidade com que domina a linguagem do apreço, da amizade e do bem-querer.

Aos velhos amigos que reencontrei e aos novos que pude fazer durante o percurso do Doutorado.



*Tempo de Travessia*

*Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas  
que já tem a forma do nosso corpo  
E esquecer os nossos caminhos que  
nos levam sempre aos mesmos lugares  
É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
À margem de nós mesmos*

*(Fernando Pessoa)*



## RESUMO

Esta tese tem como principal objetivo propor pistas para a formação do profissional de saúde mental condizentes com os princípios estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa parte do questionamento do modelo tradicional de qualificação de profissionais por não atender à lógica do cuidado proposta pela Reforma Psiquiátrica no país, a qual supera o paradigma biomédico e dispõe-se como projeto de transformação das ações em saúde mental a partir da abordagem biopsicossocial do transtorno mental, que prioriza o cuidado em meio aberto e a inserção do indivíduo em seu território existencial. A pesquisa entende que é preciso ampliar essa proposta aos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, os quais ainda não receberam atenção significativa, permanecendo na invisibilidade provocada pela presença do delito e a priorização da pena em detrimento do tratamento. A formação é um dos caminhos mais potentes para a sensibilização às práticas de desinstitucionalização, constantemente ameaçada por retrocessos impostos pelas medidas políticas que buscam restabelecer a lógica manicomial no Brasil. Trata-se da aposta em estratégias coletivas de formação que se constituem a partir do saber-fazer dos trabalhadores de saúde mental. A cartografia é o método escolhido para a pesquisa empírica, tendo a entrevista individual e coletiva como dispositivo de construção e acesso ao plano compartilhado da experiência. Os dizeres de vinte profissionais da área de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, atuantes em diferentes frentes de trabalho, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); atividades de perícia e projetos de desinstitucionalização de indivíduos acometidos de transtorno mental, incluindo aqueles em conflito com a lei, compõem as propostas apresentadas em cada pista para a construção de processos formativos, que são articulados aos novos desafios da atenção em saúde mental, considerando os referenciais da cartografia e sua indissociabilidade da pesquisa-intervenção, da Análise Institucional, da Clínica da Atividade e das contribuições da Educação Permanente em Saúde. A pesquisa indica e discute sete pistas para o campo da formação profissional: (1) alternância entre encontros presenciais e experimentações no trabalho; (2) produção e potencialização dos dispositivos dialógicos de formação; (3) desconstrução da perspectiva biomédica; (4) formação inventiva; (5) formação como plano de construção e desconstrução contínua; (6) formação-interventiva; (7) inclusão da medida de segurança nos processos formativos. Assim, sem pretensão de impor normas de cima para baixo reduzidas a um processo informacional, as pistas funcionam como orientações gerais a partir das particularidades das condições locais de trabalho e de ação do profissional. Formar não é indicar o caminho a seguir, mas tatear pistas que a montagem dos acontecimentos sinalizam.

**Palavras-chave:** Formação profissional. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Medida de segurança. Método Cartográfico.





## ABSTRACT

This thesis' main goal is to propose ideas on professional training in mental health that are aligned with the values established by Law 10.216/2001, known as the Psychiatric Reform Law. This research was born from questioning the traditional model of professional qualification as it does not adhere to the logic of caring proposed by Brazil's Psychiatric Reform, which surpasses the biomedical paradigm and presents itself as a project for transforming mental health actions from a biopsychosocial approach to mental disorders that prioritizes open care and the individual's insertion in their existential territories. It understands that this proposal must be expanded to include individuals with mental disorders and in conflict with the law, who have not received significative attention and have thus remained invisible due to their crimes and their sentence having been given priority over their treatment. Professional training is one of the most effective ways of raising awareness towards deinstitutionalization practices, which are constantly under threat from setbacks caused by political measures that aim to reestablish mental hospitals in Brazil. The focus is on betting on collective strategies for professional training founded on the mental health workers' know-how. Cartography was chosen as a method for empirical research and individual and collective interviews were used as a device to build and access the shared plane of the experience. The proposals presented here in each clue for the construction of training processes were composed from the words of twenty mental health professionals from the city of Rio de Janeiro who act in different work fronts, such as Centers for Psychosocial Attention (CAPS), Treatment and Custody Hospitals (HCTP), forensic activities, and deinstitutionalization projects for individuals suffering from mental disorders, including those in conflict with the law. These clues are articulated with new challenges in mental health care, considering the cartographic approach and its indissociability from research-intervention processes, from Institutional Analysis, from Clinical Activities, and from contributions from Permanent Education in Healthcare. This research points out and discusses seven clues for professional training: (1) alternating between physical meetings and work experimentation; (2) building and strengthening dialogical training devices; (3) deconstructing the biomedical perspective; (4) creative training; (5) formation seen as a plan for continuous construction and deconstruction; (6) interventional training; (7) including safety measures in training processes. Therefore, without attempting to impose rules unilaterally, reducing them to an informational process, clues work as general guidelines based on the local work conditions particularities and on professional action. Training is not showing the way to follow but feeling for clues brought by things as they happen.

**Keywords:** Professional training. Mental Health. Psychiatric Reform. Safety measure. Cartographic method.



## LISTA DE SIGLAS

AI – Análise Institucional  
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial  
CEAHR – Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Henrique Roxo  
CEPAIGO – Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás  
CNPCCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
EAP – Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei  
ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
GT – Grupo de trabalho  
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
HCTP-HC – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho  
HCTP-HR – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo  
INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias  
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social  
MSTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
MP – Ministério Público  
MS – Ministério da Saúde  
ONSMJC/UFF – Observatório de Saúde Mental e Justiça Criminal  
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário  
PEPS – Política de Educação Permanente em Saúde  
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RD – Redução de Danos  
RP – Reforma Psiquiátrica  
RT – Residência Terapêutica  
SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República  
SES/GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas  
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TJ – Tribunal de Justiça  
UFF – Universidade Federal Fluminense

\*Desins: termo usado por profissionais ao se referirem à palavra desinstitucionalização.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	23
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	24
<b>1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI</b> .....	34
1.1 Das práticas de institucionalização da loucura aos movimentos antimanicomiais ..	34
1.2 Da aposta no processo de desinstitucionalização .....	44
1.3 Loucura e delito.....	47
1.4 O dispositivo da medida de segurança e a noção de periculosidade .....	52
<b>2 NOVAS PROPOSTAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b> .....	59
2.1 Desafios dos serviços de saúde mental na ressignificação das práticas .....	59
2.2 A ética do cuidado em saúde mental: uma nova práxis .....	62
2.3 Atendimento aos pacientes em medida de segurança: práticas exitosas e resoluções .....	65
<b>3 PROPOSTAS METODOLÓGICAS PARA A PESQUISA EM SAÚDE MENTAL</b> 70	
3.1 Produção de subjetividade e pesquisa em saúde mental .....	70
3.2 O método cartográfico.....	73
3.3 A entrevista na pesquisa cartográfica.....	77
3.4 Análise Institucional e o conceito de implicação .....	81
<b>4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMO EXPERIÊNCIA COLETIVA: A PRODUÇÃO DE NOVOS SENTIDOS NO COTIDIANO DE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL</b> .....	88
4.1 Da potência dos processos formativos no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	88
4.2 Os processos formativos na perspectiva da Clínica da Atividade.....	91
4.3 Contribuições da Educação Permanente em Saúde.....	97
<b>5 CARTOGRAFANDO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: A PRODUÇÃO DE PISTAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	102
5.1 A produção de pistas .....	102
5.2 Pista 1 – Alternância entre encontros presenciais e experimentações no trabalho	111
5.3 Pista 2 – A produção e potencialização dos dispositivos dialógicos de formação.	119
5.4 Pista 3 – Desconstrução da perspectiva biomédica .....	129
5.5 Pista 4 – Formação inventiva .....	141
5.6 Pista 5 – Formação como plano de construção e desconstrução contínua.....	155
5.7 Pista 6 – Formação-interventiva.....	165
5.8 Pista 7 – Inclusão da medida de segurança nos processos formativos.....	176
<b>CONCLUSÃO</b> .....	192
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	204



## APRESENTAÇÃO

Este trabalho se insere no contexto de pesquisas do Observatório Nacional de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da Universidade Federal Fluminense (ONSMJDH/UFF – Niterói/RJ)<sup>1</sup>, que visa a produção de conhecimento técnico-científico em torno das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, incluindo aquelas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas segundo o novo modelo de atenção em saúde mental proposto pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. O ONSMJDH/UFF busca ampliar o alcance da Reforma Psiquiátrica (RP) à essa população, tendo em vista que os pacientes chamados judiciários ainda se encontram distantes da nova lógica de atenção em saúde mental, permanecendo, em grande parte, na invisibilidade, o que dificulta ações sociais, políticas, terapêuticas e produção de conhecimento técnico-científico inovadoras. A grande maioria dessa população, que se encontra internada, não tem avaliação apropriada, tampouco chance de concretizar o projeto de ressocialização devido, sobretudo ao predomínio de perspectivas culpabilizadoras e punitivas, além do constante aviltamento de seus direitos como, por exemplo, o não acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aliar o projeto de tese às propostas do ONSMJDH/UFF permitiu o contato com diferentes profissionais, projetos de pesquisa, participação em fóruns de debate, em especial, o Centro de Estudos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (RJ), eventos que, de um modo geral, discutissem a interface saúde mental e justiça criminal no contexto da RP. Ao longo dessas experiências observou-se a forte demanda dos profissionais por conhecimento técnico-científico pertinente à reorientação das práticas de saúde mental. Assim nasceu, primeiramente, o interesse em fazer esse campo falar, isto é, tornar visíveis os problemas e impasses vividos pelos trabalhadores no atual cenário da saúde mental, dar voz às experiências exitosas e às dificuldades enfrentadas em seu cotidiano de trabalho para, em seguida, construir algumas pistas, ou diretrizes, para a formação desses trabalhadores.

É um esforço coletivo de luta para a consolidação da RP, a qual corre risco permanente de retrocesso diante da forte tradição do saber biomédico e interesses políticos, sociais e econômicos no retorno de práticas hospitalocêntricas.

---

<sup>1</sup> Coordenado pela professora Silvia Helena Tedesco, o observatório foi criado no final de 2013, a partir de pesquisas desenvolvidas na UFF com a colaboração de órgãos públicos e outros setores da sociedade, incluindo instituições de ensino no Brasil e no exterior interessados em ampliar conhecimentos no âmbito da Saúde Mental em sua interface com a Saúde Pública e Justiça Criminal.

## INTRODUÇÃO

*Já choramos muito  
Muitos se perderam no caminho  
Mesmo assim não custa inventar  
Uma nova canção  
Que venha nos trazer sol de primavera  
Abre as janelas do meu peito  
A lição sabemos de cor  
Só nos resta aprender  
(Beto Guedes)*

Após décadas da promulgação da Lei 10.216/2001, é preciso pensar o que tem sido posto em ação a partir da nova lógica de atenção em saúde mental. Foram anos de lutas com fins de promover o realinhamento das práticas em saúde mental, de combate à lógica manicomial que envolve todas as dimensões do modo de ver e cuidar do indivíduo com transtorno mental. A lei da Reforma Psiquiátrica (RP) determina que a pessoa portadora de transtorno mental “deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Art. 2º), garantindo que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (Art. 4º). E ainda, “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, § 1º), sendo “vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares [...]” (Art. 4º, § 3º ) (BRASIL, 2001).

Esta trajetória requer aprendizado constante, entretanto não um aprendizado de caráter desenvolvimentista, com contornos pré-fixados e direcionados para um ponto de chegada determinado. Trata-se de aprender como ação crítica, inventiva, coletiva, política e transformadora. Há que se aprender com a dimensão fugidia e fissípara da RP, que nos coloca na condição permanente de aprendizes por ser processual e se configurar como plano de tensão, “[...] passível de possuir tantas faces quantas forem as resoluções assumidas por suas forças em correlação problemática” (FONSECA, 2007, p. 31). Seu caminho não é sequencial nem linear. A RP, como processo de transformação da assistência em saúde mental, é uma obra aberta, sempre em construção que vem mostrando sua eficácia terapêutica pela reinserção social.

Vale esclarecer que o processo de reorientação da atenção em saúde mental deriva de uma série de acontecimentos históricos no campo social e da saúde em prol dos direitos



dos portadores de transtorno mental e seus familiares e de combate às práticas manicomialais. O Movimento da Luta Antimanicomial, formado por profissionais, usuários, familiares e demais pessoas ligadas de alguma forma à questão, faz parte de um desses acontecimentos, o mais significativo, marcado por mudanças nas políticas e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 2008). A RP é a institucionalização formal em lei deste movimento, estabelecida através de normativas legais, o que implica cristalizações, desacelerações e retrocessos, inclusive observados no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. São questões a serem discutidas ao longo desta pesquisa.

É preciso manter a lógica antimanicomial em sua processualidade no próprio campo institucionalizado da RP. Não perdê-la, jamais, de vista como movimento constante, ininterrupto, ou seja, como processo de construção de outra sociedade capaz de lidar de outros modos com a loucura. A matéria central da lição a ser aprendida, portanto, é: “por uma sociedade sem manicômios”<sup>2</sup>. É uma lição sobre um processo de transformação que não se faz sem dilemas, impasses, lutas, conquistas, reveses. Praticá-la é um exercício de resistência com muitos desdobramentos e dificuldades, além das constantes ameaças de retrocessos, como é o caso de segmentos que acreditam no modelo hospitalocêntrico, propondo a melhoria do espaço hospitalar. O mais temeroso é quando esses segmentos desqualificam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, colocando em xeque toda uma história de luta contra a segregação e coerção da loucura. Com efeito, a RP envolve mudanças paradigmáticas em diferentes dimensões: epistemológica, política, técnico-assistencial, jurídica, sociocultural (AMARANTE, 2003).

Os desafios da RP crescem, ainda mais, quando se trata de sua ampliação junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Grande parte dessa população, que cumpre medida de segurança em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs)<sup>3</sup>, permanece sem atendimento adequado, ou seja, sem acesso aos serviços oferecidos pelo SUS<sup>4</sup>. Embora a RP tenha avançado nos últimos anos, tendo importantes conquistas como a ampliação da rede de atenção e diminuição de internações, seu processo é lento e praticamente inexistente no que diz respeito a essa população.

Tudo indica que o projeto de reinserção social não pode avançar enquanto persistirem as tecnologias punitivas e de confinamento. É importante frisar que as práticas

---

<sup>2</sup> Lema do Movimento da Luta Antimanicomial que teve origem no Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, na cidade de Bauru, estado de São Paulo, em 1987.

<sup>3</sup> Incluem os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e as Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) situadas em presídios.

<sup>4</sup> Direito garantido pela Lei 10.216 e pela Portaria nº 1.820/08/2009 (BRASIL, 2009).

tradicionais de confinamento nunca foram terapêuticas e que as verdades produzidas a seu favor sempre estiveram comprometidas com uma promissora indústria da loucura (AMARANTE, 1995).

Como implementar ações inovadoras, com índices maiores de resolutividade no âmbito da RP, voltadas para todas as pessoas com transtorno mental, inclusive para a população que cumpre medida de segurança? Como incluir, de modo mais eficiente, essa população nos serviços substitutivos? Como lidar com a interface entre saúde mental e justiça no formato proposto pelo SUS?

São inúmeros os desafios do movimento antimanicomial, sendo um deles a produção de novos conhecimentos que se contraponha à hegemonia do saber biomédico e suas supostas verdades, que ainda se colocam como um grande entrave para a consolidação da RP no país, sobretudo no campo das medidas de segurança, campo minado por antigos preconceitos, de forte apelo à lógica manicomial, à lógica da segurança, muitas vezes velada pelo desconhecimento e pela negligência.

A ideia de tratamento em ambiente hospitalar teve origem em uma época, desde o século XVIII, na qual um novo modelo médico-científico e econômico-social investiu na normalização da vida em sociedade (FONSECA, 2007). Ainda hoje, a reclusão é frequentemente vista pelo viés da segurança, como modo de proteger a sociedade e a internação psiquiátrica como recurso terapêutico. São resquícios da nossa história de asilamento e de medicalização social. Contudo outras perspectivas foram abrindo caminho para o tratamento da loucura, sendo o movimento antimanicomial e a institucionalização desta por meio da RP os marcos representativos da luta em prol da desinstitucionalização no país, os quais questionam efetivamente o modelo psiquiátrico fundamentado na hospitalização como procedimento terapêutico.

Ainda que a RP seja a formalização do movimento antimanicomial, é preciso pô-la em prática como processo rizomático que se move segundo as condições próprias a cada terreno (Ibid., 2007), o que a torna um processo complexo e sem fim, com múltiplos aspectos em jogo. Diante de seu vasto campo multifacetado, esta pesquisa escolheu pensar a formação profissional por ser um dos principais desafios para o processo de consolidação da RP no país. Esse processo exige transformações profundas dos referenciais teóricos-metodológicos da ciência tradicional positivista, que sustentam as práticas formativas e os conteúdos por ela transmitidos.

Neste sentido, a pesquisa voltou-se para a elaboração de pistas para a formação, a começar pelo próprio uso do termo pista como uma das estratégias de ruptura com modelos

costumeiros de “capacitação” de profissionais de base protocolar, uma vez que não se trata de imposição de regras estabelecidas de cima para baixo, nem de obrigações a serem cumpridas, mas diz respeito às orientações que consideram a instabilidade e a processualidade da realidade vivida, assim como as peculiaridades locais.

A pesquisa problematiza as propostas tradicionais de qualificação profissional que fragmentam e hierarquizam a relação saber-fazer. Propõe a construção coletiva e democrática dos processos formativos condizentes com a RP e os princípios do SUS. O saber-fazer daqueles que estão imersos no problema a ser investigado toma a dianteira, produzindo regiões de visibilidade e campos de dizibilidade (KASTRUP; BARROS, 2012). De acordo com este entendimento, a pesquisa apresenta pistas para a formação profissional a partir das narrativas de trabalhadores de saúde mental, inclusive aqueles que atuam especificamente no âmbito das medidas de segurança. Incluir suas narrativas; construir junto com eles orientações para a formação profissional é, portanto, colocar em ação os princípios metodológicos da cartografia e da pesquisa-intervenção que guiam esta pesquisa. Cartografar é acompanhar processos no próprio plano existencial da pesquisa, apontando caminhos, sempre reconhecendo o caráter circunstancial de qualquer experiência (POZZANA; KASTRUP, 2012).

Com a cartografia, pretende-se conhecer a realidade dos trabalhadores de saúde mental, colocá-los como protagonistas no processo de construção de propostas para a formação, viver com eles a experiência da entrevista, na qual ideias vão tomando forma, trocas vão sendo feitas, enfim, a realidade a ser pesquisada é construída ali mesmo nas relações locais de reciprocidade entre pesquisador e seu campo de pesquisa. O conhecimento é produzido nesse plano comum entre pesquisador e pesquisados, envolvendo territórios e semióticas singulares (KASTRUP; PASSOS, 2014).

Novas estratégias de formação vêm sendo apontadas no campo da saúde em geral, as quais priorizam a articulação entre os modos de cuidar e os de gerir, evitando modelos dicotômicos, que tem como principal efeito a dissociação entre pensamento e vida (HECKERT; NEVES, 2007; GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Um dos grandes desafios desta proposta de formação é superar os tradicionais modelos hegemônicos existentes até agora. De acordo com Merhy (2005), as diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EPS) estão comprometidas com uma nova proposta de formação, na qual não há lugar para culpabilização dos trabalhadores diante da baixa eficácia das ações em saúde, que poderia ser corrigida com treinamento ou capacitação. Outro aspecto que merece

atenção é o problema da hierarquização do saber-fazer constatado não só nas práticas formativas como nas relações de trabalho, sobretudo ancoradas na perspectiva biomédica.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42) propõem um projeto educativo que se estende para além das esferas técnico-científicas das categorias profissionais, criticando as perspectivas conteudistas como ineficientes para produzirem transformações no âmbito dos serviços em saúde. Trata-se de um projeto nomeado pelos autores de “quadrilátero da formação para área da saúde” que compreende ensino, gestão, atenção e controle social e se estende:

[...] pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

A nova lógica de atenção em saúde mental requer dos trabalhadores formação e sensibilização às práticas antimanicomiais para que possam lidar com a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental considerando que esse processo vai muito além da desospitalização, porquanto envolve a problematização da lógica manicomial em todas as esferas da sociedade, sobretudo no cotidiano dos serviços substitutivos, haja vista a possibilidade permanente de reproduzirem a lógica asilar. Amarante, em suas muitas palestras<sup>5</sup>, demonstra preocupação com a reprodução desse modelo também no tratamento em meio aberto, inclusive costuma comentar que, por exemplo, ao visitar um CAPS deparou-se com o mesmo cheiro dos hospitais psiquiátricos. Para ele, é necessário estar sempre atento para o risco de captura pela atitude manicomial e de retrocesso no campo das práticas em saúde mental, afinal foram séculos de práticas manicomiais e pouco se tem de experiência fora desse modelo, ainda muito enraizado no modo de pensar a loucura.

O processo de desinstitucionalização deve estar voltado para os aspectos biopsicossociais do indivíduo, portanto é imprescindível que a formação se distancie do modelo medicocentrado de atendimento, uma vez que este restringe a loucura ao seu aspecto biológico. Há que se investir nos aspectos sociais do indivíduo e o modo como este lida com as suas circunstâncias. Os desafios da Política Nacional de Humanização da

---

<sup>5</sup> Uma das palestras foi apresentada no I Seminário de Saúde Mental de Atenção Psicossocial, na cidade do Rio de Janeiro, em 2013.

atenção e da gestão do SUS - PNH estão voltados para a mudança do modelo biomédico propondo a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Deste modo, a formação não se limita à transmissão de conteúdo, mas busca a construção coletiva do saber-fazer como processo ininterrupto, como constante estratégia de problematização das práticas em saúde mental, investindo na produção de outros modos de trabalhar e de ser trabalhador, isto é, novos processos de subjetivação nesse campo. A formação não pode ignorar que:

[...] os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente. Se reduzimos o trabalho ao emprego, ao desempenho de uma tarefa formulada por outrem (cisão entre planejar e fazer, cuidar e gerir), focalizamos somente uma das formas que o trabalho assumiu em nossa sociedade. Neste caso, gerir seria sinônimo de administrar, e trabalhar seria o correlato de executar meramente prescrições já formuladas. Porém, o trabalho é exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e o mundo. Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas. (HECKERT; NEVES, 2007, p. 150-151)

A EPS reconhece que o cotidiano é lugar de aprendizagem, tendo em vista que o trabalho é produção de conhecimento, que as experiências de seu dia a dia precisam ser exploradas na formação em busca de modos mais potentes de atuação, à luz da nova lógica de atenção em saúde mental. Por esta razão, a pesquisa considerou que a participação dos trabalhadores no processo de construção de pistas para a formação atende à necessidade do trabalho coletivo, sobretudo por serem eles os principais interessados no desenvolvimento de seu trabalho diante dos desafios que precisam enfrentar. São eles os atores que vivenciam a realidade dos serviços, que lutam, que sofrem, que sonham, que se reinventam. Conhecer suas experiências e produzir com eles modos de sentir e de dizer o mundo faz parte do projeto ético da formação que problematiza as práticas de saúde, que acredita que aprender é aprender a pensar.

Com o objetivo de refletir criticamente sobre os processos formativos, propondo algumas diretrizes para sua efetivação no contexto da nova lógica de atenção em saúde mental, a pesquisa percorrerá o seguinte trajeto. O **primeiro capítulo** abordará brevemente alguns aspectos históricos dos processos de institucionalização da loucura, sinalizando a

necessidade de se revisitar a história para que o presente possa ser interrogado. Os estudos de Foucault auxiliarão na problematização do saber médico como discurso de verdade sobre a loucura, considerando que tal saber, apoiado nos ideais positivistas, promoveu a lógica manicomial, ao mesmo tempo que esta contribuía para sua legitimação. Embora a pesquisa não tenha o objetivo de detalhar aspectos históricos das tentativas de mudanças no tratamento da loucura, alguns movimentos de caráter reformistas serão rapidamente citados, interessando mais a contextualização do movimento antimanicomial e a regulamentação da Lei 10.216/2001 como momentos determinantes do processo de desinstitucionalização em curso no país. De lá para cá, a RP avançou, entretanto no que tange à população em medida de segurança, ainda é pouco satisfatório. Com o intuito de sondar a situação atual em que se encontram os indivíduos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, o capítulo apontará algumas argumentações sobre a relação histórica entre loucura e delito, tendo como principal desafio a problematização do dispositivo da medida de segurança e a noção de periculosidade.

O **segundo capítulo** abordará os desafios da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, ressaltando a articulação entre produção de saúde e a dimensão micropolítica da produção de subjetividade. Trata-se de afirmar os processos rizomáticos das relações de cuidado em seu sentido ético que, diferente da racionalidade psiquiátrica, não reduz a loucura a uma condição de adoecimento, busca, sim, construir o cuidado em suas modulações micropolíticas, sem antecipações que estabeleçam regras pré-fixadas. O capítulo incluirá aspectos referentes ao cuidado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, apontando práticas exitosas desenvolvidas pelo PAILI e PAI-PJ. Programas que mostram a viabilidade do tratamento em meio aberto com acesso desses indivíduos aos serviços da rede pública de saúde, além de outros serviços.

O **terceiro capítulo** sublinhará a necessidade de desenvolver o estudo da subjetividade, no contexto atual da saúde mental, a partir de novos paradigmas científicos capazes de romper com os fundamentos da tradição positivista. Como produzir conhecimento sem fixar os movimentos ou cristalizar as forças que compõem a subjetividade? Este é um dos questionamentos desta pesquisa que, fundamentada no método cartográfico, recusa recortar a realidade em estados estanques a serem tomados como verdades absolutas. É preciso recolocar o problema da subjetividade nos contextos de articulação entre formação e modos de intervenção condizente com a nova proposta de cuidado em saúde mental. Partir de outras perspectivas para, assim, colocar em prática

critérios teórico-metodológicos no campo interventivo das relações entre formação e trabalho profissional.

Considerando que a produção de conhecimento envolve processos de subjetivação, cabe propor metodologias que tomam o saber como prática discursiva, cujos efeitos se estendam sobre a própria realidade a ser conhecida (FOUCAULT, 1987). Deste modo, o capítulo versará sobre o método da cartografia como recurso apropriado às atuais propostas de pesquisa e intervenção em saúde mental. Discutirá também sobre a aplicação da entrevista na pesquisa cartográfica, uma vez que será utilizada no presente estudo como instrumento que possibilita o acesso à experiência compartilhada. O conceito de implicação, oriundo da Análise Institucional, será proposto como conceito-ferramenta indispensável às pesquisas cartográficas, sobretudo por considerar a inseparabilidade entre pesquisa e intervenção (PASSOS; BARROS, 2012a).

O **quarto capítulo** afirmará a importância dos processos formativos para o avanço da nova lógica de atenção em saúde mental. A consolidação da RP requer dos profissionais, que são um elo essencial nesse processo, conhecimento técnico-científico condizente com as novas propostas para o cuidado em saúde mental. Discutir a formação é ir ao encontro das demandas dos próprios profissionais que manifestam, insistentemente, a necessidade de construção de teorias e práticas diferentes do modelo tradicional de atendimento em saúde mental, inclusive ações no âmbito da medida de segurança. A proposta será sublinhar que, para elaborar estratégias de formação, é necessário considerar o plano de forças em jogo no cotidiano profissional, seus aspectos histórico-políticos e clínico.

Apostar nos processos formativos é potencializar a força inventiva do trabalho profissional, é apostar na construção de novas estratégias de atuação, partindo, sobretudo, da capacidade ética do trabalhador no desenvolvimento do seu trabalho. Trata-se da afirmação das práticas concretas do cotidiano de trabalho como lugar de produção de conhecimento e de novos modos de subjetivação que destituam os “manicômios mentais”, porquanto são muito mais resistentes e difíceis de combater. Em razão disso, a Clínica da Atividade será indicada como uma importante perspectiva teórico-metodológica que tem como principal objetivo as intervenções participativas, que visa à emergência do novo produzido coletivamente. Suas diretrizes seguem a mesma lógica da cartografia, isto é, longe de prefixar modelos de intervenção, afirma que é preciso transformar para conhecer e que conhecer implica ação e intervenção no campo das práticas instituídas (BARROS; SILVA, 2014). Por fim, o capítulo apresentará algumas contribuições da Educação Permanente em Saúde que, diferentemente dos modelos tradicionais de capacitação, define-

se como processo educativo que põe em análise o cotidiano de trabalho, seja no campo da saúde seja no da formação.

É no **quinto capítulo** que as narrativas dos profissionais ganharão visibilidade e farão parte do processo de construção de pistas para a formação profissional. Acompanhar narrativas é uma tarefa complexa, sobretudo pelo risco de não se atingir essa finalidade quando o material da pesquisa toma forma escrita e é posto em análise. O esforço deve-se concentrar em torno das relações entre o campo problemático inicialmente proposto e as narrativas que comporão o relatório final, sem que se perca de vista o *ethos* da pesquisa. Trata-se da confiança que se estabelece entre pesquisador e participantes quando é apresentada a proposta de priorizar o processo coletivo de construção do saber, o que significa acolher as experiências dos pesquisados (SADE; FERRAZ; ROCHA, 2014), no caso, dos trabalhadores de saúde mental. O que será apresentado é mais do que informações colhidas, mas a polifonia de vozes produzida pelos entrevistados, pesquisador e tantas outras que compuseram o referencial teórico da pesquisa. Serão apresentadas sete pistas formadas por linhas temáticas que, segundo a orientação cartográfica, não seguem uma ordem hierárquica ou critérios de importância. A interconexão entre elas não representa uma totalidade, mas um entrelaçamento rizomático que forma um conjunto de linhas em conexão e de referências (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

Na conclusão serão sublinhados os aspectos mais importantes de cada pista a partir do reconhecimento da inseparabilidade entre o conhecimento e a transformação da realidade, sem a qual a formação perde seu sentido e sua eficácia junto à Reforma no país. Valerá enfatizar o paradigma ético-estético-político da formação do trabalhador de saúde mental que busca desconstruir a visão idealizada de ser humano e promove rupturas com o paradigma científico hegemônico fundamentado, sobretudo na racionalização das práticas.

É urgente a construção de estratégias para se efetivar essa formação para que o movimento antimanicomial não perca sua força, para que a lógica biopsicossocial possa se concretizar e se afirmar. A ameaça de retrocesso é iminente e, inclusive, se evidencia à medida que ‘novos’ procedimentos legais vão surgindo com o intuito de estabelecer velhas práticas como, por exemplo, a Portaria nº 131/2012 (BRASIL, 2012), que inclui as Comunidades Terapêuticas no plano de custeio do MS, e a Portaria Nº 3. 588/2017 (BRASIL, 2017), que incentiva a prática de internação. Ambas na contramão da reforma: a primeira por não atender “às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para



compor a rede saúde mental” (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 121), e a segunda pelo retrocesso que representa no tratamento oferecido aos pacientes da saúde mental.

Diante do contexto de luta e resistência à lógica arbitrária e abusiva das práticas de internação, é preciso vislumbrar relampejos, construir, a partir de fragmentos dessa história da RP, outras práticas nesse campo. Tal desafio faz lembrar o que diz o filósofo Didi-Huberman em seu livro *Sobrevivência dos vagalumes* (2011, p. 42): “Mas uma coisa é designar a máquina totalitária, outra coisa é lhe atribuir tão rapidamente uma vitória definitiva e sem partilha.” Trata-se, para o autor, de não dar crédito ao que a máquina totalitária impõe, agindo como vencidos, permitindo que a máquina cumpra seu trabalho sem resistências. Consequentemente, perde-se a visão dos espaços de possíveis, de lampejos, “dos apesar de tudo”. Didi-Huberman se questiona sobre as chances de aparição ou as zonas de apagamento, as potências ou as fragilidades, e na obra citada faz a seguinte pergunta: “A que parte da realidade – o contrário de um todo – a imagem dos vaga-lumes pode hoje se dirigir?” (Ibid., p. 43). Os vaga-lumes resistem ao mundo do terror, e tentam escapar como podem à ameaça, à condenação de sua existência. Essa imagem de Didi-Huberman expressa bem o objetivo dessa tese, ou seja, é não deixando que os vaga-lumes sejam eliminados, que sua luz não seja ofuscada pelas luzes do poder psiquiátrico, que a tese vai se gestando.

## 1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

*Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.*  
(FOUCAULT, 1998, p. 13)

### 1.1 Das práticas de institucionalização da loucura aos movimentos antimanicomiais

A RP é um processo em construção que requer estratégias de transformação constante em diferentes dimensões. Segundo Amarante (2009), o maior desafio da RP, além de problematizar as práticas de intervenção que foram construídas aos longo dos últimos séculos para tratar a loucura e a modificação do modelo assistencial, é a transformação da concepção de loucura e seu lugar na sociedade.

A loucura não existe em si mesma, ela precisa ser pensada a partir de contextos históricos. Por isso, fazer revisão da história, segundo Foucault (1982), favorece as problematizações do mundo atual. Não se trata, entretanto, de análise linear da história, como se houvesse um *continuum*.

[...] a história do presente é uma modalidade de análise praticada por Foucault que consiste no emprego da história como recurso para criticar o presente, expondo sua estratégia de utilizar a história como método para o exercício filosófico. A história do presente possibilita em última instância a crítica e recusa daquilo que somos: nossa subjetividade, nossos modos de vida e de ser, nossas relações, nosso mundo. (FILHO; LOBO; LEMOS, 2014, p. 41)

Há que se investigar a história da loucura a fim de analisar as relações de poder e saber que sustentam as práticas de captura racional da desrazão ainda hoje. O que interessa a Foucault é tomar a subjetividade como processo de produção histórico-político, retirando dela todo caráter de natureza humana submetida às leis universais e imutáveis. A análise da história da loucura só pode ser empreendida em sua articulação com verdades produzidas em um determinado contexto histórico e social. “Se existe uma geografia da verdade, esta é a dos espaços onde reside, e não simplesmente dos lugares onde nos colocamos para melhor observá-la” (FOUCAULT, 1982, p. 113). Trata-se, sempre, de proceder com a análise das produções de verdade.

Para se compreender o sentido dos desafios da RP, é necessário revisitar a história, não para acompanhar o progresso do conhecimento a respeito da loucura, mas para analisar as condições discursivas e não discursivas que promoveram, e ainda promovem, os processos excludentes e seu enclausuramento em instituições de internação. Não há origem histórica nesses processos, como se a história se desse de modo evolutivo até chegar em um determinado ponto, nem muito menos relações de continuidade ou de identidades, mas heterogeneidades dos acontecimentos sociais. “São as relações de poder, ou seja, relações de produção política que passam a nos interessar” (Ibid., p. 113).

Foucault, em *História da Loucura na Época Clássica* (1972), mostra os diferentes períodos históricos pelos quais a loucura passou: da tolerância à intolerância, de eventuais encarceramentos em prisões públicas no século XVI à institucionalização maciça nos séculos XVIII e XIX. Da errância às perseguições, da sabedoria à desrazão, de objeto de saberes exotéricos a objeto do discurso científico.

O período emblemático da Grande Internação no século XVII fez proliferar as casas de internação: “[...] mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses” (Ibid., p. 55). Ainda na época clássica (XVII e XVIII), os critérios para definir a loucura não eram médicos e sim morais, sociais e religiosos. O Hospital Geral de Paris, criado em 1656, internava qualquer pessoa que estivesse em situação de pobreza e que apresentasse comportamentos inaceitáveis socialmente, como os devassos, feiticeiros, loucos, alcólatras, deficientes físicos e mentais, prostitutas, etc. “Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (Ibid., p. 56). Estes estabelecimentos não correspondiam a nenhum propósito médico, mas estavam a serviço do poder real.

No século XVII, surgiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei de França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental. (AMARANTE, 2007, p. 23)

Em 1793, o médico francês Phillippe Pinel, ao separar os loucos de outros encarcerados nos grandes hospitais da França, demarca uma importante mudança no modo de abordar a loucura. A loucura, a partir do século XVIII, passa a ser discutida sob o prisma

dos ideais Iluministas, tendo como um de seus efeitos, o estabelecimento, na França, de hospitais exclusivos para os loucos. O discurso científico da época começa a classificar a loucura como doença mental fundamentando-se, gradativamente, em hipóteses positivistas. As ideias Iluministas são o pano de fundo do pensamento e ações de Pinel quando considera o louco como passível de observação e análise empírica, como qualquer outro evento da natureza (PESSOTI, 1996, p.74). O que estava em jogo era o estabelecimento da razão e da ciência como saber predominante e legítimo sobre a loucura.

Inaugura-se uma nova relação com a loucura comandada pela medicina mental, que fará dela uma natureza a ser estudada, prevenida e tratada. O saber dessa época é determinado pelo naturalismo e objetivismo do modelo científico moderno (AMARANTE; TORRE, 2001; MENEGAT, 2010). Embora os ideais Iluministas e da Revolução Francesa tenham influenciado os reformistas dessa época, como Pinel na França, Tuke na Inglaterra e Wagnitz e Riel na Alemanha, no combate aos pavores das internações, o que se constata é uma intensificação dessas práticas em torno da loucura. “As coisas foram inteiramente diferentes. Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento: pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco” (FOUCAULT, 2000, p. 81).

A partir do século XVIII, gradativamente, foram criadas instituições específicas para os loucos com base no discurso médico, constituído por teorias organicistas e racionais que justificavam a institucionalização dos insanos. O termo “manicômio” designará o hospital psiquiátrico, lugar de atendimento médico dos doentes mentais, lugar que, por si só, será considerado parte fundamental do tratamento (PESSOTI, 1996). O nascimento da Psiquiatria e do Hospital Psiquiátrico, segundo Foucault, desempenhou papel mais positivo do que negativo na produção da loucura como doença mental e na organização desse espaço.

Pois o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização. Suas práticas e suas regras constituíram um domínio de experiência que teve sua unidade, sua coerência e sua função. Ele aproximou, num campo unitário, personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança. (FOUCAULT, 1972, p. 94)

A clínica psiquiátrica surge com Pinel que faz do asilo, termo utilizado por ele para diferenciar do Hospital Geral, um lugar exclusivo dos alienados, tornando possível a

observação constante da loucura pelo médico (AMARANTE, 2010). Pinel estabelece como terapêutico o tratamento moral imposto pela própria disciplina do espaço asilar e pelo trabalho.

Ainda que alguns cuidados tenham sido dispensados ao louco com a pressuposta intenção de cura, as evidências históricas mostram a institucionalização como prática de segregação, que em nome de um saber científico, exercitava-se por princípios morais, religiosos e econômicos, menos terapêuticos. Os loucos continuavam presos e a justificativa encontrada por Pinel é que essas pessoas estariam doentes.

[...] Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. [...] Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (AMARANTE, 1998, p. 26)

O saber médico irá ocupar lugar de destaque nesta nova configuração científico-social da época, tornando-se um saber legítimo e exclusivo sobre a loucura. Classificará a loucura como doença mental, autorizando coações de ordem moral. Foucault alega que “[...] o internamento torna possível esses famosos remédios morais – castigos e terapêuticas – que serão a atividade principal dos primeiros asilos do século XIX” (FOUCAULT, 1972, p. 99). Pinel já prescrevia esses procedimentos em seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, de 1809, por considerar que, às vezes, é bom abalar a imaginação do louco e deixar-lhe aterrorizado. A terapêutica era de cunho punitivo, repressivo e utilizava aparelhos muito conhecidos pela medicina positivista, como as cadeiras giratórias, além do próprio isolamento da internação.

A Psiquiatria deterá o saber-poder sobre a loucura e estabelecerá um *homo natura* que servirá de referência para a noção de normalidade. “A psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num *homo natura* ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação” (Ibid., p. 148).

Segundo Pelbart (1989), a Psiquiatria do século XIX teve que se legitimar como ciência, mas como fundamentar, cientificamente, práticas de exclusão e moralização, ou como colocar uma racionalidade médica como princípio dos processos de captura do desvio? Essa questão se desdobra juntamente com o nascimento das ciências humanas e o

fortalecimento do capitalismo (TORRE; AMARANTE, 2001). Pensar a produção da loucura como doença mental requer o estudo dos acontecimentos dos últimos trezentos anos de história do Ocidente em sua ambição por verdades. Para Foucault (2000), a loucura, como doença mental, é histórica e só possível de ser pensada no próprio contexto no qual foi criada.

Apesar de as intenções humanistas terem influenciado as produções médico-científicas de tratamento da loucura durante o período clássico da Psiquiatria, a reclusão manteve-se, juntamente com as práticas de punição e tortura. As principais correntes de tratamento psiquiátrico – morais e organicistas, utilizavam tratamentos físicos. Eram frequentes as práticas que provocavam sensações intensas para retirar o indivíduo de seu estado de loucura, as sangrias, os banhos gelados, confinamento em quartos escuros, cadeiras que giravam até o paciente desmaiar. Os novos tempos do hospital psiquiátrico reproduziram as negatividades dos velhos tempos. “Se é verdade que o internamento circunscreve a área de uma objetividade possível, é num domínio já afetado pelos valores negativos do banimento” (FOUCAULT, 1972, p. 119).

Em *A casa dos loucos*, um dos textos de *Microfísica do poder* (1982), Foucault mostra como o psiquiatra e o hospital tornaram-se os guardiães da loucura. Tudo indicava que a loucura tinha encontrado seu lugar: – o hospital psiquiátrico. A sociedade poderia, enfim, dominar a loucura. Um novo acordo social, do qual os loucos não participaram, uma nova ordem a serviço de antigos anseios de exclusão.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (Ibid., p. 122)

Os estudos de Foucault problematizam a história do presente e são valiosos para quem precisa argumentar, tanto no mundo acadêmico como nas lutas cotidianas, contra as forças que operam reducionismos de toda ordem, que fazem valer verdades pseudocientíficas, que desprezam as diferentes expressões de vida. De um modo geral,

auxiliam no processo de desconstrução da loucura como objeto negativo, produzido pelo saber médico e pela institucionalização, encoraja a desmontagem das naturalizações, promove a perspectiva histórico-política da subjetividade, incentivando novas práticas e novos sujeitos, sobretudo para não repetir lógicas excludentes.

Esta pesquisa não pretende aprofundar as questões históricas que envolvem a loucura, mas fazer alguns recortes para, sobretudo, interrogar práticas asilares, discutir antigos valores e enfrentar novos desafios na implantação do novo modelo de atenção em saúde mental. Por isso, é fundamental considerar certos momentos históricos, como é o caso do século XX. Após as duas Grandes Guerras, embora já existissem críticas aos tratamentos anteriores, intensificaram-se os questionamentos do modelo asilar e da psiquiatria devido, dentre muitos motivos, às denúncias de maus tratos e inoperância no tratamento dos chamados doentes mentais (BIRMAN; COSTA, 1994). Outras questões, provocadas pelas guerras, levaram ao questionamento das práticas asilares, sendo comparadas, por exemplo, aos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2007). Assim, surgiram, em diversos países, novos projetos terapêuticos com propostas diferentes, tais como a política de “portas abertas” nos Estados Unidos e na Europa. Projetos terapêuticos foram criados nos Estados Unidos, Inglaterra e na França. As comunidades terapêuticas, na década de 40, começaram a se difundir nesses países ao mesmo tempo que grandes mudanças institucionais consideradas mais democráticas.

O termo comunidade terapêutica caracterizou um processo de reformas institucionais ligadas ao hospital psiquiátrico, marcada pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. (MENEGAT, 2010, p. 43-44)

Embora esses movimentos criticassem o modelo hospitalocêntrico, os efeitos de exclusão permaneceram. As comunidades terapêuticas não atingiram uma ruptura significativa com o antigo modelo, mantendo aspectos da instituição fechada. No Brasil, entre 1960 e 70, as comunidades terapêuticas ganharam grande visibilidade por apresentarem um modelo alternativo ao manicômio. Contudo, segundo Tenório (2002, p. 29): “De fato, sabe-se que a experiência não teve impacto sobre o modelo e foi absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador.”

Novos movimentos foram surgindo. Na Inglaterra, final da década de 50 e início de 60, surgiu a Antipsiquiatria, movimento de contestação da hegemonia do saber psiquiátrico com novas propostas terapêuticas inspiradas nos pensamentos marxistas, psicanalíticos e existencialistas, aliados aos aspectos inerentes a um período histórico de intensa contestação política das práticas autoritárias. Movimentos como a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria democrática na Itália e a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos tomavam força (HEIDRICH, 2007; MENEGAT, 2010; SARACENO, 2001). Tais movimentos foram importantes na história das tentativas de rompimento com o modelo asilar. Dentre eles, destaca-se a psiquiatria democrática, na Itália, por seu forte teor político e pela presença marcante de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, e sua luta pela extinção dos manicômios. Basaglia criticava também os movimentos de sua época por não apresentarem mudança real nas relações de poder, fortemente hierárquicas, das instituições psiquiátricas. Seu trabalho resultou na Lei 180, de 1978, conhecida como Lei Basaglia e, segundo Amarante (1994), caracterizada pelo questionamento e rompimento com a psiquiatria tradicional e, também, com a nova psiquiatria que, assumindo atitude antimanicomial, abandona perspectiva medicocentrada e passa a considerar-se como participante de equipe multidisciplinar, prevista pela RP.

Os movimentos nos diferentes países que criticavam o saber psiquiátrico e o modelo manicomial influenciaram as correntes reformistas no Brasil da primeira metade do século XX. Contudo, devido às delimitações dessa pesquisa, serão abordadas apenas as ações que tiveram início na segunda metade dos anos 70 e seus desdobramentos posteriormente. Nesta época, o Movimento Sanitário reivindicava reformas na saúde pública e alguns de seus integrantes formaram, em 1978, um grupo que ficou conhecido como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reunia reclamações de cunho trabalhistas e lutas humanitárias, ganhando força na saúde e, de modo geral, na sociedade (YASUI, 2006; TENÓRIO, 2002). O principal objetivo era reivindicar os direitos dos doentes mentais, juntamente com seus familiares e sindicalistas.

Para Amarante (1998), a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, que resultou no MTSM, foi o primeiro movimento em direção à RP (YASUI, 2006). Tratava-se de buscar novas formas de atenção à população com transtorno mental, com propostas inclusivas e de democratização do atendimento. Surgiram manifestações para o fechamento dos hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, sendo reivindicado o modelo da atenção psicossocial em serviços abertos. O cenário político nacional de restauração democrática e lutas pela cidadania de sujeitos tutelados,



sobretudo dos loucos, a ineficiência da assistência pública em saúde mental, sua privatização, denúncias sobre abandono, maus tratos e condições precárias dos manicômios farão parte das principais críticas dos movimentos da década de 80. No final desta década foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na qual foi demarcada a oposição ao modelo hospitalocêntrico e a priorização de investimentos em serviços abertos. No final deste mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTSM), em Bauru (SP), no qual foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Outro evento importante para o avanço rumo à RP em nosso país foi o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em 1987, na cidade de São Paulo e a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988. Segundo Amarante e Torre (2001, p. 28), foram eventos que ocorreram no seguinte contexto:

[...] num contexto de transição de uma fase sanitária (de reformas que tinham como princípio a inversão de uma política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra-hospitalares), para a chamada “desinstitucionalização” ligada, por um lado, à ideia de desospitalização (influência do modelo americano), e por outro à ideia de transformação cultural (influência do movimento italiano).

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), no ano de 1989, realizada pela Secretaria de Saúde de Santos, devido às denúncias de violência e mortes, também foi um evento decisivo para a implantação de novas práticas de cuidado e para as futuras propostas de reorientação da atenção em saúde mental, rumo ao processo de desinstitucionalização. Trata-se de ações voltadas para condutas diferentes do modelo hospitalocêntrico, que visam o trabalho diário com o indivíduo em seu território, em suas relações familiares e comunitárias. São acontecimentos que convocam toda a sociedade para a discussão e participação nesse processo, afinal, a mudança na concepção social da loucura é um dos grandes desafios da luta antimanicomial.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental (em lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo. (TENÓRIO, 2002, p. 35)

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta no Congresso Nacional seu projeto de lei, aprovado doze anos depois. A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, estabelece no país o processo de desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental (BARROSO; SILVA, 2011). A lei federal propõe a regulamentação dos direitos do indivíduo portador de transtorno mental, determinando a reorientação da atenção em saúde mental, sobretudo no que diz respeito à substituição da medida de internamento pela oferta de tratamento de base comunitária. Daí por diante, iniciou-se o processo de desinstitucionalização com a redução de leitos psiquiátricos e encaminhamentos para o atendimento em serviços de saúde pública.

Embora a RP esteja oficializada por lei, seu processo é lento, constituído por virtualidades que esbarram em obstáculos concretos que, inclusive, ultrapassam o campo da saúde. Para Amarante (2003), a RP é um processo social complexo que não possui um objetivo final e absoluto. Trata-se de um processo de negociação permanente constituído por diferentes dimensões. Amarante apresenta quatro dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão epistemológica diz respeito à desconstrução de saberes da psiquiatria tradicional e a invenção de novos conceitos em torno da loucura. Trata-se da revisão do paradigma da própria ciência moderna, suas verdades e procedimentos, como a neutralidade científica e a objetivação da realidade. Yasui (2006) afirma, com base em Amarante, que a dimensão epistemológica não se reduz apenas à desconstrução, mas à construção de um novo saber/fazer no campo da saúde mental.

Já a dimensão técnico-assistencial está ligada à construção de novos serviços e estratégias para o atendimento das pessoas com transtorno mental que substituem o antigo modelo manicomial. Os serviços, compostos por diferentes dispositivos, e de base comunitária, priorizam o atendimento em meio aberto e o território existencial dos indivíduos. Lembrando que todo esse trabalho de reconstrução só pode ser realizado com base na produção de novos conceitos que norteiam as práticas de cuidado nesses serviços.

Na dimensão jurídico-política, tratada por Yasui como uma dimensão política, estão presentes os questionamentos da legislação civil, penal e sanitária, isto é, envolve “[...] as tensões e conflitos decorrentes das ações que provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade, e que produzem resultados nem sempre ideais, por vezes negociados, por exemplo, todo o processo envolvido até a aprovação da lei 10.216” (Ibid., p. 17).

Por fim, a dimensão socio-cultural, que consiste na construção de um novo lugar social para a loucura: é aí que os estigmas são evidenciados e questionados. Trata-se de envolver a sociedade no processo de transformação no modo de se relacionar com a loucura, reconhecendo que a diferença faz parte da vida, que a alteridade não pode ser capturada por um modelo de normalidade. Para Yasui, é nela que as práticas mais audaciosas são construídas, a começar pelo trabalho com os profissionais, o que, para o autor, significa investir profundamente nos processos formativos a fim de modificar e reinventar ações em saúde mental.

Todas essas dimensões articulam-se e retroalimentam-se em um processo contínuo que nunca se finda e no qual não se encontra soluções definitivas. A RP surge de problematizações e, em alguns momentos, encontra resoluções, mas sempre parciais. Sua natureza inventiva não permite modelos definidos previamente a serem seguidos rigorosamente. Se há uma regra a ser seguida à risca é: priorizar o tratamento em meio aberto, mantendo a escuta da diferença, dos paradoxos que fazem parte dos encontros e disparidades das relações de cuidado. Sobre a RP se pode falar, projetar soluções, mas ciente que algo sempre permanecerá inacabado. Como diz Fonseca (2007, p. 32): “Nada se encontra pronto quando se trata da tarefa de reconciliar o homem com o homem.”

Embora a RP venha avançando, ela sempre se encontra ameaçada por dificuldades e retrocessos que colocam em risco sua consolidação. O que está em jogo não é a imposição de um dispositivo legal, mas uma prática, sobretudo ética e de ordem rizomática<sup>6</sup>. A lógica rizomática de seus desdobramentos segue por agenciamentos inesperados, numa ordem que não opera segundo modelos protocolares, nem a partir de uma lógica binária e linear, antes do que um fim a ser alcançado, ou um ideal a ser reproduzido, situa-se no devir. A RP consiste em movimentos conectivos que se configuram nas multiplicidades e intensidades. É utópica no sentido de não haver um porto de chegada, e sim, cais provisórios.

Os desafios da RP aumentam ainda mais quando se trata de estendê-la às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Neste sentido, são necessárias algumas reflexões a respeito da relação entre loucura e criminalidade, da noção de periculosidade para se pensar os impasses entre os critérios de aplicação das medidas de segurança e o

---

<sup>6</sup> A noção de rizoma em Deleuze e Guattari diz respeito à natureza múltipla da realidade, que escapa a qualquer tentativa de homogeneização, constituindo-se por rede de conexões em todos os sentidos. Esta noção reaparecerá no capítulo 3.

contexto da RP. Este assunto será discutido nos subitens 1.3, 1.4, 2.3 e na última pista do capítulo 5.

## **1.2 Da aposta no processo de desinstitucionalização**

Um dos desafios enfrentados no cotidiano de funcionamento dos serviços substitutivos é o risco constante da reprodução da lógica manicomial, que não pode ser pensada, unicamente, a partir da perspectiva dos ideais modernos de cidadania.

Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da reinserção social, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 302)

Trata-se da ampliação da própria noção de desinstitucionalização fundamentada em outro modelo de organização social, que não espera que exclusões e expropriações sejam eliminadas pela simples concessão de direitos. É preciso desapegar das institucionalizações e da primazia da razão, abrindo “[...] uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação” (Ibid.).

Por outro lado, não se trata de melhorar o hospital psiquiátrico, que segundo Goffman, opera como instituição total pelo fato de impor aos internos uma rotina totalmente diferente da vivida em seu cotidiano. Neste tipo de instituição ocorre o seguinte:

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano

racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 1974, p. 16-17)

A institucionalização expropria do indivíduo qualquer iniciativa de autonomia, opondo-se à lógica da RP, que visa romper com a segregação e a violência institucional e superar o modelo hospitalocêntrico de “tratar” a loucura. Ela envolve a construção de um novo modelo ético, social, político e científico. Não haveria mais lugar para o asilamento como proposta terapêutica, que por tanto tempo alimentou a ideia de que o indivíduo estaria sendo tratado vinte e quatro horas, recebendo atenção especializada e condizente com os propósitos de uma ciência absoluta e eficiente. O confinamento compromete as capacidades do indivíduo de viver em sociedade, sujeitando-o a um conjunto de regras que favorecem o arbítrio, o autoritarismo, as hierarquias, que perpetuam estigmas e a neutralização das singularidades. Segundo Goffman (Ibid.), a instituição mortifica o eu, levando o indivíduo a criar estratégias para se adaptar a essa realidade entre o mundo que habitava e o da instituição.

A rotina da instituição hospitalar é constituída por relações hierárquicas, por estabelecimento de regras de permanência que se dão mais por um ato de violência do que para fins de ressocialização. Portanto não se trata de melhorar esse tipo instituição e sim propor outro modo de atendimento que não seja pela institucionalização. Para Basaglia, o processo de institucionalização é uma violência.

Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e a manicomial. A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da “culpa” e da “doença”. Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência. (BASAGLIA, 1985, p, 101)

Da caridade à punição, a internação cumpria função corretiva e excludente ao retirar do convívio social pessoas inconvenientes (MENEGAT, 2010). A história do encarceramento da loucura mostra os efeitos nefastos do processo de institucionalização iniciado pelo movimento de humanização dos espaços de confinamento e das táticas punitivas, redefinindo uma nova tecnologia de exclusão legitimada pelos discursos de normatização produzidos, sobretudo, pela psiquiatria. O poder da norma, por meio de uma rede social complexa, segundo Foucault, estabeleceu graus de normalidade que classificam, hierarquizam e distribuem lugares na sociedade.

Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras. Compreende-se que o poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade que é a regra, ele introduz, como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças sociais. (FOUCAULT, 1995, p. 164)

Ainda que os movimentos de reforma da psiquiatria tenham avançado, que as ideias de Basaglia tenham influenciado os movimentos antimanicomiais, existem tendências que ainda apostam na internação como solução terapêutica para o transtorno mental e apoiam a melhoria do espaço hospitalar. Quando se trata do louco infrator, tendências conservadoras se intensificam e as justificativas para internação aumentam. Os loucos, em geral, provocam medo e ameaça à ordem social, e, em se tratando de loucos que cometem crimes, a demanda por medidas de contenção aumenta ainda mais. Ainda estamos muito longe de uma perspectiva de reinserção social efetiva que incluam esses indivíduos nas engrenagens da vida em comum.

Outra questão importante é não confundir desinstitucionalização com desospitalização. “A suposta, e necessária, superação da instituição asilar demanda efetivamente o acolhimento e a invenção de novas formas de cuidar que remetam a um processo de responsabilização pelos sujeitos” (LUCENA; BEZERRA, 2012, p. 2449). A RP não se reduz à substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços externos, mas envolve questões muito mais amplas pelas quais as práticas de cuidado devem se guiar por novas forças que se conjugam para a produção de novos valores. Do contrário, repetiremos a lógica manicomial em outros contextos.

Trata-se de colocar em questão não só o manicômio, mas a loucura capturada pelo saber médico e amoldada em diferentes dimensões sociais que reforçam o estigma.

Desinstitucionalizar não significa desassistir, nem tampouco negar a necessidade de cuidados que ela requer, mas rejeitar as práticas de violência e segregação que retira dos loucos a possibilidade de participarem ativamente de seu processo de socialização, de enfrentamento dos problemas em seu território existencial, recebendo cuidados aí mesmo onde vivem, circulam, onde seus problemas estão.

Para tanto, é necessário trabalhar em diferentes dimensões que abarcam, segundo Amarante (2003), novas políticas públicas, mudanças culturais que considerem o protagonismo dos indivíduos portadores de transtorno mental em seu processo terapêutico e social. Amarante menciona a definição de Rotteli, que substituí o termo desinstitucionalização por desconstrução, pelo fato de este não se reduzir à ideia de desospitalização, mas indicar diferentes modos de atenção ao indivíduo portador de transtorno mental em suas relações diárias. Amarante (Ibid., p. 48) também menciona Jaques Derrida e sua interpretação desse processo, sendo mais próximo da ideia de desmontagem – “[...] fazer o caminho ao inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos” e inventar outros modos de cuidado.

Quanto ao processo de desinstitucionalização dos indivíduos que cumprem medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), constatam-se algumas ações, destacando-se o fechamento do primeiro manicômio judiciário do Brasil, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTP-HC), na cidade do Rio de Janeiro, que teve sua extinção decretada em 2013 (SANTOS; FARIAS, 2014). No entanto, o processo de extinção dos ECTPs, que incluem os HCTPs, é lento, polêmico e complexo por envolver uma longa história de exclusão, além das fragilidades e contradições da rede de saúde mental, do sistema judiciário e da conservação das portas de entrada em funcionamento. Todas essas questões serão retomadas nos capítulos que tratem sobre os pacientes em conflito com a lei.

O processo de desinstitucionalização ocorre em rede, devendo alcançar diferentes dimensões do corpo social e dos usuários dos serviços de saúde, incluindo os pacientes que cometem delitos. Envolve mudanças de grande alcance, sobretudo no que diz respeito à noção de periculosidade (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006, p. 675).

### **1.3 Loucura e delito**

Carrara (1998, p. 67) descreve o cenário histórico-político da passagem do século XIX para o século XX e mostra como as ideias em torno do crime passaram a ter grande

relevância. Foi uma época batizada, segundo o autor, de “dédalo criminológico”, na qual “[...] a discussão sobre o crime e o criminoso foi articulada em uma área onde se cruzam uma reflexão médica ou relativa às ciências biológicas e uma reflexão propriamente jurídica.” A Antropologia Criminal contribuiu para a legitimação científica das teorias da Escola Positiva de Direito Penal, que se opunha às ideias da chamada Escola Clássica<sup>7</sup>. Esta última concebia o ato criminoso como inerente ao livre arbítrio da condição humana, na qual escolhe-se a prática ou não de delitos, enquanto na primeira, o ato criminoso seria direcionado por manifestações mórbidas determinadas biologicamente e, neste sentido, não haveria escolha. A perspectiva positivista da criminalidade estreita as relações entre loucura e delito no campo híbrido da justiça e da medicina.

Com o advento da psiquiatria, no século XIX, e de sua aproximação com a Justiça Criminal, o louco criminoso passa a ser uma categoria redimensionada pelo saber médico-científico, que servirá de suporte para as decisões jurídicas. Trata-se de explicações organicistas apoiadas, sobretudo, na hipótese de hereditariedade difundida por Cesare Lombroso (1835/1909), médico psiquiatra italiano, fundador da Antropologia Criminal que deu origem à Escola Positiva de Direito Penal (PERES, 1999). É importante ressaltar que os estudos de Lombroso foram severamente criticados por seu teor moral, de caráter eugênico, racista e preconceituoso, ferindo frontalmente os princípios da dignidade humana.

No século XIX, a noção de periculosidade aproxima o campo da psiquiatria do campo jurídico-penal, justificando procedimentos de tratamento-reclusão. A periculosidade é um conceito que diz respeito à qualidade de quem é perigoso, o que, para o sistema penal, indica a probabilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime (LEBRE, 2013). Nesse período, a criminologia entra em cena fortalecendo a relação crime e loucura, fazendo uso de ideais positivistas e legitimando o processo de institucionalização. Os alienistas, no início do século XIX, valem-se da noção de periculosidade para justificar a criação de instituições específicas para o tratamento dos doentes mentais (PERES, 1999).

As ideias de Lombroso, juntamente com o avanço do positivismo, buscavam a relação causal dos fenômenos a partir de estudos empíricos. Em seus estudos havia o interesse em conhecer as causas da criminalidade correlacionando traços físicos e atos

---

<sup>7</sup> Inspirada pelo Iluminismo italiano do século XVIII, teve Cesare Beccaria como um de seus maiores representantes (PERES; FILHO, 2002). A publicação de seu livro *Dos delitos e das penas*, em 1764, é uma das manifestações contrárias ao despotismo no sistema penal da época.



criminosos, comparando com presos, inclusive os que apresentavam transtorno mental. Esse era, em grande parte, o trabalho da Antropologia Criminal: relacionar traços somato-psíquicos e predisposição para o crime, identificando uma espécie de natureza atávica.

O projeto da criminologia constituiu-se por um saber pragmático e utilitário, “[...] podemos dizer que segue sendo um poderoso instrumento de controle social, acolhendo em seu campo de dispersão as recentes contribuições de uma psicologia e de uma psiquiatria globalizadas” (RAUTER, 2003, p. 14). Sua proposta de modernidade atendia à necessidade de disciplinarização não só da justiça, mas das instituições em geral, lembrando que nenhuma de suas teorias conseguem comprovação científica. O saber da criminologia não pode ser separado do poder que esse saber atende. Segundo Foucault (1995, p. 30), saber e poder andam juntos, são relações intrínsecas.

[...] não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de poder-saber não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas.

Foucault fala de um poder disciplinar composto por uma rede estratégica de controle e gestão social que não se reduz às instâncias estatais, mas atravessam todo o campo social. As estratégias de controle social não são apenas de natureza repressiva, mas, de acordo com as argumentações de Foucault, são produtoras de saber e de outras práticas que servem para instrumentalizar estratégias de controle social (RAUTER, 2003, p. 16).

Os saberes da criminologia não são produzidos isoladamente, eles estão articulados com todo um conjunto de movimentos políticos, econômicos e táticas de poder com fins de controle e gestão social. Eles se colocam a serviço do bem-estar social oferecendo conhecimento de credibilidade por atender aos critérios do modelo dominante de ciência. Esse conhecimento tem o compromisso de “falar a verdade”, de revelar as causas da criminalidade e, mais ainda, apresentar soluções para esse problema social. Isso significa atender a sociedade em sua necessidade de proteção contra os degenerados cruéis e para isso contará com a ciência em franco desenvolvimento, que toma para si a responsabilidade de tudo dizer, de tudo explicar e de apontar soluções. Trata-se da produção de táticas de normalização presentes nas diferentes instituições, as quais visam ao rechaço da diferença,

à unificação dos modelos de pensamento, à legitimação de procedimentos interventivos e de combate à delinquência.

O manicômio judiciário, como era chamado o HCTP, foi um dos procedimentos para solucionar o problema dos degenerados loucos e perigosos. O manicômio judiciário surgiu, ao mesmo tempo, em diferentes países, no final do século XIX e início do século XX, como alternativa para a reclusão dos loucos criminosos, visto que os asilos e as prisões comuns não eram considerados lugares adequados para essa população (CARRARA, 1998). Portanto, este tipo de instituição tem origem na combinação prisão e manicômio, que, por abrigar os degenerados – os criminosos natos – tornou-se um espaço de grande complexidade e contradição. Isto ocorre devido à presença de pessoas em seu interior que conjugam a dupla condição de louco e criminoso. Lugar maldito, de antigas maldições, que “[...] vai abarcar as mazelas do hospício, mais segregador do que terapêutico; acrescido das mazelas punitivas e perversas da prisão” (LOURENÇO; AGUIAR, 2011, p. 5).

França e Estados Unidos criaram anexos em presídios comuns para os loucos delinquentes, mas, de acordo com estudos, a Inglaterra, em 1863, foi o primeiro país a construir um manicômio judiciário, um estabelecimento específico para esse tipo de criminoso (CARRARA, 2010). No Brasil, em 1903, foi criada uma seção especial para abrigar os loucos criminosos no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, denominada “Seção Lombroso”, a qual consolidou a relação entre Medicina e Justiça Criminal. Em 1921, foi inaugurado o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro dirigido pelo médico psiquiatra Heitor Carrilho (SANTOS; FARIAS, 2014, p. 519).

Segundo Carrara (2010), o que mais sustentou e ainda sustenta a separação de loucos comuns e os envolvidos com a justiça é a ideia de periculosidade, que será investigada mais adiante nesta pesquisa. A categoria “louco criminoso”, aos poucos, vai tomando forma e novas instituições são construídas para atender a essa nova classe e à demanda social por segurança<sup>8</sup>.

Com a reforma penal de 1984, substituiu-se o termo manicômio judiciário por HCTP como um dos efeitos das críticas ao modelo manicomial. Porém pouco se avançou

---

<sup>8</sup> De acordo com o Censo de 2011 (DINIZ, 2013), atualmente existem 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátricos no Brasil, incluindo Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e alas específicas em prisões comuns.

em termos de modificação da realidade nessas instituições, nas quais ainda perpetuam o modelo asilar-carcerário.

O manicômio judiciário passou a ser denominado como HCTP, conforme previsão do Código Penal brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99. A permanência do modelo manicomial tem acirrado a discussão sobre os direitos humanos de pessoas com transtorno mental autoras de delito e sobre o direito das famílias acompanharem e assistirem os seus entes internados. (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 1996)

As condições precárias de hospitais psiquiátricos como o de Barbacena, com elevadas taxas de óbito, falta de medicamentos, grande número de internos e a falta de tratamento, só aumentaram a indignação em relação aos manicômios de toda ordem (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). As fortes críticas ao modelo manicomial fortaleceram-se pela evidente cronificação dos pacientes e pelos abusos das condições de institucionalização, além da perda de autonomia, da massificação, da arbitrariedade das formas hierárquicas de gestão desses espaços e todo um conjunto de fatores que agrava a condição desses indivíduos, dificultando ainda mais o processo de reintegração familiar e comunitária (BARROSO; SILVA, 2011).

No Brasil, as experiências de reorientação do modelo de atenção à saúde mental às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei são ínfimas, limitando-se a poucos programas exitosos e novas resoluções jurídicas. De acordo com Diniz (2013), se um indivíduo encontra-se internado injustamente, isso já justificaria o questionamento ético do modelo de internação psiquiátrica. No censo de 2011, realizado pela autora, sobre o panorama da custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil, constatou-se que:

[...] pelo menos um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles não sabemos se a internação é justificada. Ou seja, para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado. (Ibid., p. 17)

Os avanços da RP não abarcaram a grande maioria dessa população que, inclusive, vem aumentando com a mudança de perfil provocada pela inclusão dos indivíduos que cometem delito decorrente do uso abusivo de drogas (TEDESCO, 2018). A lei determina que a internação ocorra somente em último caso e em instituição que não seja de natureza

asilar. Por este motivo, a internação indicada para os momentos de crise, se mantém, porém por tempo curto e determinado.

A mesma lógica de fechamento dos hospitais psiquiátricos está sendo estendida aos HCTPs por estarem totalmente na contramão da RP (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007). O desafio agora é expandir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de todos os serviços e estratégias para a efetivação do tratamento desses indivíduos, do mesmo modo que a RP vem avançando junto aos pacientes sem problemas com a justiça.

#### **1.4 O dispositivo da medida de segurança e a noção de periculosidade**

A medida de segurança é uma providência jurídico-penal que o Estado impõe ao indivíduo considerado inimputável e semi-imputável, isto é, juridicamente incapaz. Trata-se do indivíduo que comete um ato ilícito, mas que “[...] por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, é considerado incapaz (ou relativamente incapaz) de entender o caráter ilícito do fato ou de se comportar conforme esse entendimento” (LEBRE, 2013, p. 273).

A medida de segurança se configura como uma ação problemática não só do ponto de vista jurídico, mas também do ponto de vista da RP. O indivíduo ao ser considerado inimputável não poderá sofrer pena como outro indivíduo qualquer. A ele é aplicada a medida de segurança concebida como tratamento para seu transtorno mental e prevenção do risco que representa sua periculosidade. O caráter problemático em termos jurídicos se deve ao fato de o indivíduo ser inocentado, porém sofrer restrição de liberdade. Do ponto de vista da RP, é preciso esclarecer que as questões ligadas à segurança não dizem respeito à Saúde Mental e sim ao Sistema de Segurança e à Justiça. A Saúde Mental não responde pela segurança. A prevenção do risco não diz respeito ao tratamento, à Saúde Mental. A segurança é exclusivamente um problema para a Justiça. É preciso deixar claro essa questão para que a Saúde Mental deixe de ser “cobrada” pela segurança exclusivamente.

O artigo 96 do Código Penal, que trata das medidas de segurança, estabelece que estas podem ser detentivas ou não. A detentiva determina a internação em HCTP ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado. A medida de segurança não detentiva determina tratamento ambulatorial, tratamento obrigatório em meio aberto. O Código Penal prevê pena para o indivíduo imputável, que pode ser responsabilizado juridicamente por seus atos, e para os inimputáveis e semi-imputáveis a medida de segurança, o que significa inocência perante a lei. A Constituição de 1988 estabelece que com a medida de segurança

o réu seja absolvido, portanto, não há responsabilidade penal e por isso não há culpabilidade.

A medida de segurança foi instituída no Código Penal de 1940 até sua alteração em 1980. Antes da alteração vigorava o sistema do duplo binário, onde era aplicada a pena e a medida de segurança. Primeiro cumpria-se a pena para depois ser internado em instituição de custódia. Após a reforma penal de 1984, institui-se o sistema vicariante, definindo que, a partir do momento que fosse comprovada a inimputabilidade, seria aplicada apenas a medida de segurança (RIBEIRO, 2008). Ademais, com a Lei nº 7.209 (BRASIL, 1984a), que altera o Decreto-Lei nº 2.840/1984 do Código Penal<sup>9</sup>, ela passa a ter caráter de tratamento curativo. A Lei 7.210/1984 (BRASIL, 1984b), da Lei de Execução Penal (LEP), estabelece que a instância adequada para o cumprimento da medida de segurança é o HCTP, destinado aos inimputáveis e semi-imputáveis. O artigo 101, da LEP, dispõe que “[...] o tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada”.

A medida de segurança é incompatível com as propostas do novo modelo de atenção em saúde mental. A Lei 10.216/2001, no Art. 4º, determina que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”, priorizando o tratamento em meio aberto, com acesso a serviços médicos e psicológico, assistência social, lazer, e outros disponíveis em seu território. A proposta é impedir internações de longa duração e por tempo indeterminado em instituições com características asilares (BRASIL, 2001). Contudo, trata-se de um panorama ainda muito distante da realidade dos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei. O critério que define o cumprimento da medida de segurança é a periculosidade e não a culpabilidade. Segundo Zaffaroni (2007), a medida de segurança transforma o indivíduo em um inimigo social que será punido por sua periculosidade, sendo essa uma questão importante que será vista mais adiante.

O Estado não pode se ausentar diante de um crime, seja ele cometido por um imputável ou inimputável. Tanto a pena quanto a medida de segurança são estratégias contra a criminalidade. No caso da aplicação da medida de segurança, entretanto, o

---

<sup>9</sup> “Art. 98 – Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um a três anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.” (Redação dada pela Lei nº 7.209/1984).

indivíduo, ainda que inocentado se torna perigoso, perdendo toda a capacidade de responsabilizar-se por qualquer aspecto de sua vida, além da perda de seus direitos sociais. A presunção de periculosidade sequestra o tempo e o espaço do indivíduo que, diferente do que ocorre na pena, não tem nenhuma perspectiva de prazo para seu tratamento-reclusão (SILVA; BRANDI, 2014).

Outro aspecto incongruente da medida de segurança é o caráter indeterminado de seu cumprimento, diferente das penas que têm prazo determinado. Segundo Silva (2010b), a medida de segurança persistirá até que, por perícia médica, seja realizado o exame de cessação de periculosidade. A medida de segurança consolida o dispositivo da perícia psiquiátrica e impõe, aos que nela se enquadram, a injustiça do reducionismo médico e o risco da prisão perpétua, além do distanciamento dos serviços oferecidos pelos SUS. Do ponto de vista da RP, a medida de segurança não pode ser concebida como tratamento pelo asilamento por ferir os princípios dos dispositivos terapêuticos. A lógica do tratamento é antagônica à lógica do confinamento. Rauter (2001) afirma que todo tipo de confinamento é uma violência. Ocorre que os indivíduos que cumprem medida de segurança em HCTP sofrem violência duplamente por estarem submetidos às instituições psiquiátricas e penais.

O caráter preventivo e assistencial da medida de segurança, embora carregue consigo um discurso terapêutico, supondo que o inimputável receberá tratamento ao invés de punição, na verdade a constatação da periculosidade acaba por considerar o indivíduo um criminoso em potencial, que deve ser retirado da sociedade. A preocupação em poupar a sociedade do risco do inimputável cometer novos crimes é mais de natureza repressiva do que curativa. Esta contradição fere ao preceito constitucional da presunção de inocência.

Aqueles considerados doentes e conseqüentemente não responsáveis pelo ato criminoso, não deveriam ser culpabilizados ou punidos. Infelizmente o doente mental interno no Manicômio, fica no meio da linha entre o psiquiatra e o juiz, alvo de mais malefícios que de benefícios. Parece-nos que as necessidades da sociedade são atendidas, jamais as do louco, que é sempre vítima de exclusão e/ou punição. O louco é penalizado em sua patologia e por sua patologia, como se fosse ele, no lugar de irresponsável, o único responsabilizado e duplamente penalizado, pelo seu adoecimento e pelos atos advindos de sua loucura. (LOURENÇO; AGUIAR, 2011, p. 4)

São muitas as críticas dirigidas às medidas de segurança, como por exemplo, as tecnologias de homogeneização inseridas em sua proposta de cura ou de recuperação do indivíduo. Trata-se de técnicas de homogeneização fundamentadas em um estado ideal, que

estão presentes não só da parte do Estado, mas das ciências humanas e das tecnologias da saúde como um todo, as quais são dirigidas à correção daqueles que se desviam do padrão ideal de normalidade (RODRIGUES; TEDESCO, 2009).

Como já mencionado, a noção de periculosidade surgiu no século XIX com o Positivismo Criminológico no intuito de produzir um saber sobre a criminalidade, instituindo o crime como fato social, tendo origem biológica que se manifesta na perturbação moral do criminoso (RAUTER, 2003). O conceito de periculosidade social passou a fundamentar o modelo assistencial asilar/segregacionista para o tratamento dessas pessoas, tendo se tornado um conceito-chave no Direito Penal moderno. Neste sentido, a Escola Positiva de Direito Penal ocupava-se do criminoso, diferente do Direito Clássico que se interessava pelo delito e pela punição.

A noção de periculosidade está na base dos procedimentos de encarceramento do indivíduo, sendo uma noção muito recorrente nos âmbitos jurídico, psiquiátrico e no contexto social (BARROS-BRISSET, 2011; TEDESCO, 2016). Foucault abordou esta questão em diferentes momentos de sua obra, sempre com o intuito de mostrar os mecanismos de produção de controle dos indivíduos desviantes da ordem comum. Para ele, esta noção se fundamentou por meio dos discursos sobre a natureza do criminoso formulados pela medicina e pelo direito, e os crimes concebidos como crimes contra a natureza (FOUCAULT, 2001).

O exame psiquiátrico, no âmbito do sistema jurídico, teve papel decisivo na construção de uma suposta identidade do criminoso que se mostra perigosa antes mesmo da ocorrência do delito, tendo por critério detectar “sinais” indiretos da periculosidade. A finalidade central do exame é reconstruir apenas, e exclusivamente, aspectos que confirmem a natureza perigosa da pessoa. Foucault (Ibid., p. 27) diz que o “médico-juíz”, por meio do exame psiquiátrico, terá a função de identificar condutas criminosas na história do indivíduo.

[...] o exame psiquiátrico tem muitas vezes, para não dizer regularmente, um valor de demonstração ou de elemento demonstrador da criminalidade possível, ou antes, da eventual infração de que se acusa o indivíduo. Descrever seu caráter de delinquente, descrever o fundo das condutas criminosas ou para-criminosas que ele vem trazendo consigo desde a infância, é evidentemente contribuir para fazê-lo passar da condição de réu ao estatuto de condenado. (FOUCAULT, 2001, p. 27)

Quanto à relação louco-criminoso, Barros-Brisset (2011, p. 37), se pergunta: “Por que a ideia de que louco é perigoso parece tão “natural”, uma vez que se alienar, dar um ataque ou mesmo cometer um crime não é algo exclusivo da loucura?” Com base em Foucault, a autora retoma o período histórico do século XIX para mostrar como a psiquiatria dessa época forçou a produção de categorias como a de monomania homicida a fim de dar conta de crimes horrendos que, por ocorrerem de modo isolado, não justificariam nenhuma das categorias psicopatológicas inventadas até então. A monomania homicida foi forjada para ser aplicada ao autor de qualquer crime horrendo, sem explicação possível.

Essa ficção inaugurou a proto-história da psiquiatria criminal; a noção de periculosidade encontrava-se virtualmente presente ali. Foucault localiza no crime louco, na invenção da monomania homicida no início do século XIX, o ponto de partida para a concepção da noção de indivíduo perigoso, cujo processo se desenvolveu ao longo de 100 anos para se estabelecer no corpo conceitual das práticas jurídicas. (Ibid., 2011, p. 38)

O que precisa ser problematizado é o fato de o conceito ter muita força na atualidade, ainda que não possa ser confirmado cientificamente como intrínseco à condição humana. Barros-Brisset recorre à Antiguidade em busca de uma explicação para o par louco-perigoso e não encontra nem em Hipócrates, nem em Galeno tal ideia, mesmo ambos tendo perspectivas diferentes da loucura. O primeiro define a loucura como uma situação episódica e o segundo, como uma lesão permanente. Contudo, esta última concepção foi a que mais se conservou nos discursos médicos e dos leigos de um modo geral. A pesquisa de Barros-Brisset mostra que, mesmo na Idade Média, a periculosidade não estava vinculada à loucura, mas sim à ideia de pecado. As percepções de Santo Agostinho, que via o mal como desvio de Deus estendido a todos os seres humanos e que deveria ser expiado, e a de possessão em Tomás de Aquino, não comportavam a figura de indivíduos perigosos. Ambos não concebem a loucura como um mal em si, embora o pensamento tomista de localizar o mal como algo moral, que está nas coisas e nas pessoas, tenha prevalecido e se tornado fonte de inspiração para os estudos posteriores de psicopatologia.

Destacamos, entretanto, até o final dos Tribunais Eclesiásticos, dois modos de discurso sobre manifestações, que nos dias de hoje, indubitavelmente, os manifestantes seriam classificados como loucos. Um discurso era de natureza organicista, e o outro, metafísico. Porém, nenhum desses modos se fez pela preocupação sobre a natureza perigosa



dos indivíduos. O problema era orgânico ou moral, religioso. (Ibid., p. 43)

Nos séculos XV e XVI, a loucura terá grande destaque, sobretudo nas artes, como algo intrínseco ao indivíduo. É um período de enclausuramento das anormalidades sociais, inclusive dos loucos. No campo das ciências, toma força o estudo da natureza humana e o enaltecimento da razão como condição da sanidade mental. O insano é aquele desprovido de razão por causas orgânicas – o demente. Possessão demoníaca e privação da razão serão as principais explicações para a loucura e, gradativamente, a segunda substituirá a primeira.

Posteriormente, como já visto, surgem os lugares específicos para o tratamento dos alienados, sendo Pinel o primeiro diretor desse tipo de instituição e o primeiro a conjugar lesão orgânica e tendência para o mal.

Essa conjugação entre o déficit permanente (concepção herdeira das interpretações galênicas sobre as afecções mentais) e as manifestações do mal moral (ideia presente nas classificações patológicas dos manuais dos inquisidores) se destaca no edifício conceitual pineliano. Engendra-se na concepção ideológica conceitual da “alienação mental” pineliana a ideia de que os alienados sofreriam de um déficit moral intrínseco, donde é correto presumir, no horizonte desta doença, a violência, a crueldade, a maldade. Eles não são responsáveis, não são delinquentes, e sim doentes. (Ibid., p. 44).

Segundo Pinel, os doentes que apresentam mania sem delírio, são aqueles que não apresentam déficit intelectual, mas podem cometer atos violentos, sendo essa a face manifesta da doença e que carece de tratamento moral. A relação entre loucura e periculosidade começa a tomar força; a ideia de uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão. “Demente sim, não criminoso. A doença desculpa o crime, atos sem culpa. Por isso o tratamento passa a ser moral” (Ibid., p. 45).

Como mencionado anteriormente, o campo do direito buscou argumentações que abarcassem o aspecto racional do criminoso, tendo como um de seus muitos efeitos, uma nova relação com a loucura. No código dos delitos e das penas, publicado em 1795 na França, a loucura não anulava um crime grave. Isso só se modificou a partir da reforma desse código, em 1810, ainda no período da Escola Clássica de Direito, fundamentada na tese pineliana, quando a demência entra no novo código e seus atos criminosos não podem ser penalizados. Dois tipos de pessoas podem cometer crimes, os que apresentam déficit

moral e os que apresentam desvio moral. Os primeiros irão para o hospício, os outros para a prisão.

Segundo Barros-Brisset, no período entre 1840 a 1870, havia, na Europa, alto índice de casos que envolviam demência e criminalidade, o que fez surgir a necessidade de o Estado proteger a sociedade desses indivíduos que não respondiam ao tratamento penal. A autora menciona Morel<sup>10</sup>, psiquiatra franco-austriaco, e sua proposta de oferecer respostas ao Estado e ao direito penal por meio da medicina mental da época a partir de uma profilaxia defensiva, classificando os degenerados segundo seu grau de perigo antes mesmo de cometerem delitos, devendo ser isolados da sociedade.

Daí em diante, a parceria medicina mental e justiça penal ficam atreladas a um objetivo comum: identificar o louco perigoso e proteger a sociedade, mantendo-o isolado enquanto durar sua periculosidade. Com os estudos de Lombroso, a relação crime e loucura fica mais rígida e consolida-se com as ideias da nova escola do direito, a Escola Positivista. A partir de 1876, o positivismo penal se volta para a pessoa do criminoso e tem como objetivo a prevenção de atos transgressores.

Esse breve recorte histórico serve para contextualizar a parceria construída entre Justiça e Psiquiatria em nome da segurança da sociedade e seus efeitos na produção de discursos de verdade, inventados para justificar a necessidade de reclusão e punição dos loucos criminosos.

---

<sup>10</sup> É no *Traité des Dégénérescences*, de 1857, que Benedict-Augustin Morel irá apresentar sua teoria de degenerescência dos transtornos mentais, que influenciará a psiquiatria do século XIX e início do século XX (PEREIRA, 2008).

## 2 NOVAS PROPOSTAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

*Eu vejo um novo começo de era.  
De gente fina, elegante e sincera  
Com habilidade para dizer mais sim  
do que não.  
(Lulu Santos)*

### 2.1 Desafios dos serviços de saúde mental na ressignificação das práticas

A atual política de saúde mental, como visto no primeiro capítulo, está apoiada no processo de desinstitucionalização da loucura e na criação de serviços substitutivos para o atendimento dos pacientes com transtorno mental. Trata-se dos serviços de atenção psicossocial que visam atender seus usuários em seus territórios existenciais. Com o advento da Lei 10.216/2001, muitas ações foram concretizadas, como a diminuição de leitos psiquiátricos, o fechamento de clínicas e hospitais psiquiátricos e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com indicativos de maiores gastos financeiros em programas psicossociais (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012, p. 627).

Contudo, o realinhamento das práticas em saúde mental exige mais do que mudanças estruturais ou a criação de novas funções nos serviços. Implica, sim a construção de novas formas de relação social, outros paradigmas (YASUI, 2006). Tendo em vista que a desinstitucionalização não se reduz à desospitalização, o que está em jogo é a desinstitucionalização da própria atenção em saúde mental, que corre o risco permanente de reproduzir a lógica manicomial. O risco tem a ver com a manutenção dos manicômios mentais (PELBART, 2001), que podem estar presentes nas práticas de saúde mental ainda que se mudem de lugar e de configuração.

É sabido que práticas de controle, de normalização e medicalização ainda são recorrentes nos serviços substitutivos (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009). Isto se deve, dentre muitos motivos, às características históricas do trabalho em saúde mental, como por exemplo: (1) fragmentação dos serviços; (2) ênfase nos diagnósticos; (3) pouca participação dos usuários, reforço em sua condição de tutelados; além de (4) surgimento de “novas cronicidades” no contexto da RP (BARROS, 2003).

Neste sentido, a efetiva desmanicomialização da loucura apoia-se na abordagem psicossocial do processo de desinstitucionalização, que envolve: (1) trabalho em rede, incluindo não só a saúde, mas outros segmentos sociais; (2) desconstrução da racionalidade

psiquiátrica, visível na importância ainda dada ao diagnóstico e ao tratamento dos sintomas da doença mental; (3) protagonismo dos usuários na construção de sua própria história que “[...] requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 84); (4) cautela com as novas formas de institucionalização a céu aberto (BARROS, 2003; OLIVEIRA; PASSOS, 2007), isto é, com os processos de “capsização” mencionado por Amarante (2003), sendo um novo modo de captura da loucura, no qual os profissionais de saúde mental estão expostos e que pode conduzi-los, também, à práticas de cronicidade da loucura.

Destacamos que tais cronicidades se expressam através da retenção, por tempo indeterminado, dos usuários nos serviços de saúde mental, da dificuldade de produzir ações fora dos muros desses serviços, de construir portas de saída e de circulação na rede, de inventar novas relações e sociabilidades na comunidade e de espaço urbano para as pessoas que sofrem de transtornos mentais. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 643)

Uma das estratégias para se evitar a cronicidade dos serviços é o investimento em processos formativos, visto a importância que eles têm para a construção de novos caminhos para o trabalho em saúde mental e para a desinstitucionalização dos profissionais. Trata-se da formação que conjuga atividade clínica e gestão das atividades, o que significa experimentar o trabalho clínico como uma prática que não se limita à especialidade profissional. Merhy e Franco (2003) utilizam a expressão ‘trabalho vivo em ato’ para se referirem ao trabalho em si, ao trabalho humano no exato momento em que é realizado, sendo aquele que produz novas possibilidades de intervenção no campo da saúde. Destacam também o caráter relacional de todo trabalho humano, no caso, a relação que se dá no encontro entre usuário/trabalhador, sendo essa relação privilegiada para a construção de práticas de cuidado. Vale lembrar que a RP é um processo complexo e contínuo que depende da invenção de seus atores no trabalho realizado no território existencial dos usuários. Não há certezas nesse processo, mas ressignificação das práticas que, antes de tudo, se interessa em “[...] produzir novas vidas desejantes, novos sentidos para a inclusividade social, onde antes só se realizava a eliminação e a interdição dos desejos” (MERHY, 2007, p. 57).

Tal empreendimento só pode ser realizado na articulação entre produção de saúde e a dimensão micropolítica da produção de subjetividade (OLIVEIRA; PASSOS, 2007;

FEUERWERKER, 2014). Isso significa reafirmar que o trabalho em saúde mental não se esgota na formulação de suas políticas e reestruturação dos serviços ou mesmo da boa vontade em resgatar direitos humanos, mais do que isso, implica lutas diárias que se efetivam no coletivo das ações dos sujeitos.

É na dimensão micropolítica da RAPS, em seus espaços heterogêneos e em suas multiplicidades, para além de suas formalizações, que o movimento antimanicomial acontece. A ideia de rede, em qualquer contexto que for colocada, não se reduz a uma totalidade fechada. Segundo Kastrup (2004), a rede é vazada, composta pelo primado das linhas sobre a forma, que opera segundo a lógica das conexões rizomáticas. São ideias que serão retomadas mais à frente. Por enquanto, vale adiantar que os processos rizomáticos envolvem relações inéditas com o meio social, com o território existencial, produzindo outras possibilidades de vida, que priorizam a autonomia como estratégia de cuidado em oposição à ideia de cura.

Trata-se de experimentação clínico-política (BARROS; PASSOS, 2004), que parte da problematização dos processos instituídos que colocaram a loucura em quadros sintomatológicos e designaram tecnologias de tratamento de base hospitalar, tutelar e medicocêntricas. A inseparabilidade entre clínica e política é um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que inclui, também, a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde e o aumento do nível de comunicação entre os diferentes grupos que participam desses processos (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Essa nova atitude, especialmente na clínica com os usuários, só se efetiva se também os profissionais tiverem mais autonomia em suas práticas (OLIVEIRA; PASSOS, 2007). É preciso investir em espaços coletivos para a problematização e o compartilhamento das experiências de trabalho, o que pode ser feito por meio dos processos formativos que priorizam a aprendizagem em serviço.

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instituída em 2004, tem como proposta a formação em serviço no âmbito do SUS. Aliada às propostas teórico-metodológicas, que serão apresentadas mais adiante, é um dispositivo potente para a problematização da realidade e a construção coletiva de estratégias de intervenção, “[...] tendo como foco as necessidades da população e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MORAES; DYTZ, 2015).

O princípio da indissociabilidade das dimensões do cuidado e da gestão dos serviços está presente em todos os processos de reorientação das práticas em saúde mental, que

juntos pretendem combater não só a estrutura manicomial, mas o manicômio mental, como diz Pelbart (2001): a outra face da clausura.

As questões até aqui abordadas são introdutórias às discussões que farão parte dos próximos capítulos.

## **2.2 A ética do cuidado em saúde mental: uma nova práxis**

As práticas atuais do cuidado, em particular na saúde mental, estão invertendo, gradativamente, o sentido tradicional de *trabalhar para* e investindo no sentido de *trabalhar com*. A intenção é diferente quando se prioriza o encontro, ao invés da prestação de serviço para quem precisa. Yasui (2006) cita a afirmação de Basaglia de que é preciso colocar a doença mental entre parênteses para enxergar o sujeito, afinal, este não se reduz a uma condição de adoecimento, mas é alguém constituído por sua história pessoal a partir de um contexto social, econômico e cultural de uma determinada época e local. Para Yasui, “cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação” (p. 112).

Cuidar é um projeto cartográfico, que acompanha processos marcados pela alteridade e não pelo reconhecimento de entidades nosológicas, ou pela imposição de normas preestabelecidas, um projeto que pensa pelo outro. O cuidado requer um compromisso ético que orienta a relação com o outro na micropolítica do encontro. É construir mapas, sempre junto, que considerem a variabilidade dos processos existenciais e os processos de autonomia do sujeito.

Além da variabilidade humana, temos que ressaltar as constantes alterações do meio em que habitamos e que produzimos. É importante entender que essa relação não é determinista, ou seja, a saúde não é um resultado determinado pelo meio, mas a saúde é vivida nas relações homem e meio, relações em que não há passividade ou subjugação. (BARROS; GOMES, 2011, p. 644)

As diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, propõem outras formas de pensar e trabalhar no campo da saúde, buscando colocar em prática os princípios do SUS (BRASIL, 2010). As dificuldades para concretizar os princípios do SUS e a necessidade de continuidade de sua política, visto ser um projeto em transformação permanente, motivaram a elaboração da PNH. Especificamente, em relação às práticas de cuidado, dentre as muitas propostas, destacam-se: valorização dos sujeitos

que fazem parte do processo de produção de saúde; promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos; investimento na corresponsabilidade; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde (Ibid.).

Essas são algumas das compreensões que envolvem a noção de humanização do SUS a serem colocadas em prática nos serviços de saúde. A operacionalização dessas propostas prioriza, sobretudo o trabalho em rede, a construção coletiva de saberes por meio de atividades grupais, tais como: grupos de trabalho, rodas de conversa, colegiados, fóruns de debates e outras. A preocupação com a formação dos profissionais também é colocada entre as prioridades da PNH, visto que, sem a construção dessas ideias por parte dos trabalhadores, as mudanças em torno das práticas de cuidado ficam inviáveis. As ideias, ou melhor, as pistas em torno das novas propostas para a formação serão abordadas com mais detalhes no último capítulo, haja vista a participação dos profissionais entrevistados.

Contudo, vale antecipar algumas considerações a respeito do conceito de humanização que se quer propor, dado que, tal conceito, no contexto da saúde, mantém sentido normalizador quando referido a uma visão idealizada de ser humano (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Modelizar a existência humana é, no mínimo, um paradoxo constrangedor diante da capacidade de variação da própria existência. Os processos de humanização não estão separados do concreto da experiência, das lutas cotidianas, dos marcadores históricos e regionais e das diferentes possibilidades de invenção desses processos. A concepção de humano não está dada, portanto:

[...] as práticas nomeadas humanizadas em saúde, perdem sua força disruptora, ou seja, perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção dos princípios do SUS, ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 611).

Trata-se de pensar as práticas de cuidado levando em conta a produção de novas relações entre os sujeitos que estão inseridos nos sistemas de saúde, que neles são transformados. Uma vez que as práticas de cuidado não podem ser padronizadas, por serem coemergentes às relações que se estabelecem, sua avaliação só pode ser feita a partir dos efeitos e pela potência produzidas naqueles que as protagonizam. O cuidado é produzido na experiência de cuidar, não é antecipável. Segundo Barros e Gomes (2011), o sentido polissêmico da noção de cuidado não pode ser entendido como uma fragilidade conceitual,

mas como inerente aos processos imanentes, isto é, como potencialidade, como abertura aos mais diversos sentidos que implicam processos de produção contínua, que não são passíveis de formalização.

Do mesmo modo que não há um padrão para as práticas de cuidado, também não há para o conceito de saúde. O pensamento de Canguilhem (2009) mostra essa impossibilidade quando afirma, diferente das teorias vigentes, que a vida é luta permanente contra os estados que obstaculizam sua manutenção, em último caso, a própria morte. Mais especificamente, no contexto da saúde mental, a lógica é a mesma, visto que a noção de saúde mental não pode ser reduzida a uma idealização do estado normal e saudável, ou a um equilíbrio emocional-afetivo ideal e permanente. Por saúde mental, entende-se um constante processo de autocriação, de relação com o mundo.

A teoria da autopoiese, de Maturana e Varela (1995) vai na mesma direção das ideias até aqui apresentadas, por afirmar que todos os seres vivos têm a capacidade de se autoproduzirem. Contudo, os seres vivos não são sistemas isolados, “[...] pelo contrário, são marcados pela abertura e interação com o mundo” (GUARESCHI et al, 2014, p. 20). É justamente essa a ideia que se quer afirmar no exercício da produção do cuidado, que se opõe radicalmente ao paradigma biomédico e seu trabalho de medicalização e objetivação da doença mental e de seu portador.

Como realinhar as práticas de cuidado de acordo com as novas propostas de atenção em saúde? A formação é uma das estratégias que tem grande contribuição e responsabilidade nesse processo, ainda muito marcado pela fragmentação dos serviços e das ações em saúde. Trata-se do desenvolvimento de estratégias formativas que ativem o aprendizado coletivo nos serviços, a partir das experiências do trabalhador (BRASIL, 2015). O campo formativo é potente para produzir conhecimento para instrumentalizar o trabalhador de forma mais adequada às propostas atuais de saúde, criar novas possibilidades de trabalho e de ser trabalhador, aquele que está sensível ao movimento da vida, que problematiza as ações em saúde, mesmo aquelas que aparentemente são vistas como inofensivas ou naturais, mas que podem sustentar velhas práticas.

Dentre as quatro dimensões apresentadas por Amarante, já descritas anteriormente, a técnico-assistencial é aquela que envolve uma nova organização dos serviços, que passariam a funcionar como espaços de trocas de experiências e produção de novos modos de subjetivação. Segundo Yasui (2006), é uma práxis que, a partir das rupturas com o modelo tradicional, produz novos conceitos, sendo ela o fundamento do conhecimento. O autor conclui que a práxis “[...] exprime, também, o poder que o homem tem de transformar



o ambiente externo, tanto natural quanto social, e o de ser transformado por este mesmo processo” (p. 106).

Essa nova práxis está em construção e pode operar-se no campo da formação, isto é, a formação como plano de operacionalização de uma nova práxis capaz de romper com o poder-saber médico, ao mesmo tempo que produz novos modos de produção de cuidado. É dessa práxis que o SUS e a PNH se referem ao apostar numa concepção de humano que se constitui no concreto das lutas cotidianas tendo como direção ética, não um conjunto de normas e valores prefixados, mas decorrente do processo inventivo tecido nas relações singulares, abertas à alteridade, às diferenças, as quais permitem o “estar junto” em prol da expansão da vida.

### **2.3 Atendimento aos pacientes em medida de segurança: práticas exitosas e resoluções**

Atualmente, existem no país dois programas de atendimento aos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei, que apresentam propostas diferentes do modelo tradicional. Um está no estado de Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), e o outro em Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Os dois programas têm se afirmado como um importante dispositivo de resistência ao modelo punitivo-hospitalar, portanto fortalecê-los é um grande passo para o processo de extinção dos HCTPs no país.

O PAILI vem se organizando, paulatinamente, desde a década de 90, sendo instituído formalmente em 2006 na estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). O seu percurso tem início com a constatação, pelo Ministério Público de Goiás (MP/GO), de que o tratamento dado às pessoas com transtorno mental criminalizadas e/ou que tinham recebido as medidas de segurança era extremamente precário, uma vez que eram mantidas custodiadas no antigo Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás (CEPAIGO), unidade já extinta. Os esforços voltaram-se para o fechamento da porta de entrada das pessoas com transtorno mental no sistema prisional, bem como para a revisão das determinações do judiciário para o cumprimento de medidas de internação psiquiátrica. Cada vez mais, o estado de Goiás empenhava-se na problematização dos antigos métodos e, lançando mão das premissas da Lei 10.216/2001, caminhou para a desinstitucionalização dessa população, adotando um modelo aberto e tratamento adequado. Desde então, teve início o trabalho dedicado à revisão de todas as

medidas de segurança de Goiás e, ao mesmo tempo, à construção do PAILI, em articulação com a SES/GO, o Tribunal de Justiça (TJ) e o SUS. As instituições de saúde mental e as clínicas psiquiátricas, também fizeram parte desse movimento de acolhida pelos serviços de saúde pública, permitindo a solução dos casos de internações compulsórias e superação das condições de sofrimento e exclusão, consolidando o SUS como o espaço democrático de atendimento a esses pacientes.

Com autonomia para ministrar o tratamento nesse modelo inovador, os médicos e as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pelo contato contínuo com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas. (SILVA, 2010a, p. 114).

O PAILI é a prova, embora em permanente processo de construção, de um programa capaz de instituir, prioritariamente, a rede de saúde como o conjunto de serviços a serem ofertados, tendo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como orientador das medidas terapêuticas. Promove, também, discussões junto aos peritos oficiais, no âmbito da justiça criminal, sobre os exames necessários à execução e à extinção da medida, capaz de manter a abordagem cooperativa e educativa como essencial à articulação entre justiça criminal, pessoa criminalizada e redes de serviços. O programa acompanha o tratamento dado aos pacientes, fazendo a integração dos serviços de saúde, que têm autonomia para ministrar o tratamento mais adequado a cada paciente.

Segundo seu idealizador, Haroldo Caetano da Silva, a medida de segurança deve ser mantida no âmbito da saúde e não da segurança pública.

A conformação deferida ao Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, agora responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás, é inovadora. O PAILI coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde sem distinção de outros pacientes, o que favorece sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade. (SILVA, 2010a, p.115).

Outro programa que vem constituindo parcerias institucionais e propiciando a inclusão de pessoas em medida de segurança nos serviços de atenção psicossocial é o

Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), de Minas Gerais. Fundado na estrutura do TJ de Minas Gerais desde 2001, o programa tem evitado a custódia em unidades da administração prisional, levando a unidade federativa a reduzir, significativamente, o número de pessoas com transtorno mental criminalizadas mantidas sob custódia e institucionalizadas.

O estado de Minas Gerais apresenta dois cenários contrastantes em relação às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Por um lado, tem-se o PAI-PJ apoiado nas premissas da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos, presente no contexto da justiça criminal e que mantém interface com a rede de saúde. Por outro, há uma tendência atávica, no judiciário e no executivo, que tem levado à criminalização e ao encarceramento crescente de pessoas com transtorno mental e usuários de drogas psicotrópicas. Portanto constata-se a luta que é travada para implantar e manter um programa inovador.

A origem do programa é permeada por muitas lutas em um estado de forte tradição asilar, até se firmar através da portaria conjunta nº 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Além de estar integrado à estrutura do TJ/MG, também está vinculado ao Programa Novos Rumos, instituído pela Resolução nº 633/20106, de acordo com o Projeto Começar de Novo, proposto pelo CNJ por meio da Resolução nº 96, de 27/10/2009. Seu objetivo central é trabalhar no acompanhamento dos processos judiciais de pessoas com transtorno mental autoras de delito, acompanhando também outros tipos de processo que o sistema judicial identifique como importante para a intervenção do PAI-PJ. O programa é um dispositivo que auxilia o juiz na aplicação e execução da sentença e viabiliza a inserção social, sem que haja a necessidade de reclusão, tendo em vista que realiza atendimentos regulares aos beneficiários das medidas; discussões clínicas, caso a caso, pela equipe responsável; mobilização de atores sociais e familiares; avaliação contínua das redes e negociação de acessos; participação regular em audiências; e produção e socialização de conhecimentos (publicações em periódicos, participação em eventos, etc.).

Segundo sua idealizadora, Barros-Brisset (2010), o que sustenta o funcionamento do programa é a aposta que se faz no trabalho conjunto com os pacientes, promovendo sua autonomia e responsabilidade no processo de transformação de suas vidas.

Os pacientes judiciários, os loucos infratores, foram aos poucos organizando um modo de tratar sua perturbação e se apresentando como sujeitos que respondem pelos seus atos na medida de sua singularidade, capazes de outras respostas do que aquelas imaginadas pela presunção de sua periculosidade. Não recuar diante do que a experiência ensinava: uma orientação ética!

A medida de segurança, apoiada no asilamento, contradiz o projeto de desinstitucionalização proposto pela RP; apesar de sua viabilidade ter sido demonstrada junto aos pacientes sem problema com a justiça, o mesmo ainda não é possível com aqueles que cometeram delitos, enquanto perdurar a lógica contraditória que sustenta a medida de segurança. Além das ações e providências que estão sendo executadas, como é o caso dos programas apresentados, vale comentar uma normativa importante, a Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que institui o Serviço/Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP), no âmbito do SUS. São normativas, a partir da Lei 10.216/2001 que estabelece o fechamento gradativo dos HCTPs, as quais determinam a substituição da medida de segurança por medidas terapêuticas em meio aberto e de base comunitária, propondo ações para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014a).

As atribuições da EAP foram elaboradas com base nos programas exitosos do PAI-PJ e do PAILI, com ênfase neste segundo, sendo constituída por uma equipe multiprofissional designada para acompanhar as medidas terapêuticas para essa população, e atua, sobretudo, como dispositivo conector entre a Justiça Criminal, RAS, RAPS e o SUAS. A EAP não presta assistência direta em saúde, nem faz perícias, mas realiza avaliações biopsicossociais fundamentadas na Lei 10.216 e nas propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penal (PNAISP), além de outras atribuições que têm como fio condutor o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes. O PTS é o conjunto de propostas terapêuticas voltadas para os pacientes com transtorno mental, também indicado para os pacientes em conflito com a lei. É elaborado pelo serviço de referência da rede com subsídios da EAP, que visa à maior participação e responsabilização dos pacientes em seu processo de inserção social.

Existem outras normativas que incluem pessoas com transtorno mental decorrente do uso abusivo de drogas como a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL2011a), de grande importância, visto o aumento vertiginoso dessa população, bem como a Portaria nº 3.090/2011 (BRASIL, 2011b), que ratifica os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Vale lembrar que os pacientes em medida de segurança detentiva foram contemplados pelo Programa “De Volta para Casa”, do MS, que visa à reintegração social por meio de auxílio financeiro, instituído pela Lei 10.708/2003 (BRASIL, 2003a).

Vale considerar a existência de outras ações, não detalhadas aqui, que sinalizam avanços, mas ainda ínfimos comparado aos pacientes sem conflito com a lei. Tamanha discrepância justifica-se por vários motivos que serão retomados no último capítulo deste trabalho, momento em que será discutida a inclusão da medida de segurança no campo dos processos formativos.

### 3 PROPOSTAS METODOLÓGICAS PARA A PESQUISA EM SAÚDE MENTAL

*Sujeito e objeto não são mais realidades previamente dadas, mas se produzem por efeito das práticas. Estas, sejam teóricas ou não, devem explicar as posições subjetivas e objetivas que tendem a se estabilizar como realidade. Nessa perspectiva, já não se pode mais admitir sujeitos determinando formas de conhecer objetos, nem objetos com suas bem marcadas linhas se dando a conhecer aos sujeitos. (PASSOS, BARROS, 2000, p. 74)*

#### 3.1 Produção de subjetividade e pesquisa em saúde mental

A produção de conhecimento científico e tecnológico no campo da saúde foi dominada, historicamente, pela perspectiva biomédica e suas compreensões a respeito da relação saúde-doença e propostas de tratamento. O realinhamento das práticas em saúde mental, à luz das orientações da RP e dos princípios do SUS, impõe mudanças tanto nas práticas de atenção e gestão em saúde, como também nas metodologias de investigação (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013). O paradigma da ciência positivista não se encaixa nas atuais propostas de atenção à saúde mental, que tem como referência a abordagem psicossocial do transtorno mental. As argumentações técnico-científicas são outras. É preciso, sobretudo, problematizar a noção de subjetividade antes de qualquer empreendimento investigativo.

Inicialmente, é imprescindível descartar a concepção de subjetividade proposta pelo paradigma científico tradicional que a descreve como substância, determinada por leis universais. Segundo os estudos de Foucault (1987), a subjetividade não tem uma natureza pré-existente, à espera de recursos científicos que revele sua essência, nem se reduz à ideia de indivíduo. Deleuze e Guattari seguem a mesma linha de raciocínio quando afirmam que o indivíduo é apenas uma das formas de subjetividade, utilizando a expressão “produção de subjetividade” para evidenciar seu caráter maquínico, processual, histórico, múltiplo e heterogêneo. São autores que problematizam os modelos individualizantes da subjetividade (LOURENÇO, 2006). O modo-indivíduo faz parte de um processo de serialização da subjetividade, típico do capitalismo, que, segundo Deleuze e Guattari, não coincide com a complexidade da noção de subjetividade. “Portanto, falar de subjetividade é falar de uma maquínica, de um processo de produção dirigido à geração de modos de existências, ou

seja, modos de agir, de sentir, de dizer o mundo” (TEDESCO, 2006, p. 358). Para Guattari, a subjetividade não é uma propriedade, mas produção que “[...] não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 40). Trata-se de produção que acontece no registro social.

Deleuze e Guattari dedicaram-se à investigação histórico-política e filosófica dos mais variados modos de subjetivação pelos quais os seres humanos vêm se constituindo nos diferentes contextos de sua existência, incluindo aí a noção de sujeito, não como um ser prévio, fixo e universal, mas que se constitui nos dados da experiência (DELEUZE, 2001). A subjetividade, os modos de subjetivação e o sujeito não são entidades dadas. Essa afirmação, portanto, coloca em xeque a produção científica moderna e sua tentativa de padronização da relação sujeito-objeto, com seus critérios predeterminados, que compreendem o campo de pesquisa como conjunto de dados a serem coletados por um sujeito pesquisador para confirmação de hipóteses prévias sobre seu objeto de estudo.

Como produzir conhecimento sem fixar os movimentos, ou cristalizar as forças que compõem a subjetividade? Este é o desafio dos projetos de pesquisa que se recusam a recortar a realidade em estados estanques a serem tomados como verdades absolutas. De acordo com Foucault (1987, p. 51):

O objeto não espera nos limbos a ordem que vai liberá-lo e permitir-lhe que se encarne em uma visível e loquaz objetividade; ele não pré-existe a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações.

Se a vida é móvel e os modos de subjetivação imprevisíveis, como sustentar a confiabilidade de um projeto científico contrário à lógica da processualidade? Diante desta contradição, surgem novas propostas metodológicas pertinentes à natureza processual e coletiva da produção de conhecimento nos diferentes campos de estudos da subjetividade, dos quais a saúde tem se beneficiado, sobretudo, pelos efeitos transformadores que podem produzir no contexto de suas práticas. A perspectiva cartográfica, como método de pesquisa-intervenção, vem ganhando força no âmbito científico por apresentar novas possibilidades de produção de conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012; FERIGATO; CARVALHO, 2011; CINTRA; MESQUITA; MATUMOTO; FORTUNA, 2017).

A cartografia é uma perspectiva que se articula às propostas, que serão apresentadas mais adiante, da Análise Institucional, da Clínica da Atividade e da Educação Permanente.

Isso porque todas elas questionam o saber prévio, priorizam a experiência como plano de produção de conhecimento e apostam na inseparabilidade entre conhecer e fazer. As argumentações teórico-metodológicas dessas propostas questionam os referenciais cientificistas clássicos e preconizam os referenciais das pesquisas participativas que priorizam a produção coletiva do conhecimento no campo das relações micropolíticas do cotidiano. Neste sentido, toda pesquisa é intervenção à medida que opera transformações nos espaços institucionais de investigação e possibilita novas análises das relações de forças constitutivas da realidade.

Nessa perspectiva, pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição, trazendo para o campo de análise as histórias, o caráter transitório e parcial, os recortes que a investigação imprime nas práticas e a forma como produz seus próprios objetos-efeitos. Podemos afirmar que a humanidade, assim como o humano enquanto vivo, encontra-se numa trama, sendo apenas a partir dessa trama que poderemos compreendê-los. (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 654)

A subjetividade também é um importante problema para os processos formativos no âmbito do SUS e da RP, visto estarem comprometidos com a transformação das relações de trabalho, dos modos de cuidado e gestão dos serviços em saúde, além de proporem novas estratégias teórico-práticas de formação. A produção de subjetividade atravessa todas as dimensões do trabalho em saúde, que devem ser abordadas pela formação, sobretudo quando se considera a indissociabilidade entre teoria e prática. A estratégia da formação em serviço transgride as relações formativas tradicionais e suas compreensões a respeito dos processos de ensino-aprendizagem. Ao estabelecer a formação em serviço, faz da experiência seu campo de produção de um saber/fazer que parte do cotidiano daqueles que estão imersos no trabalho. Eles são os protagonistas do processo de formação, o que contraria qualquer procedimento protocolar imposto de cima para baixo, típico das formações tradicionais. Tudo isso envolve uma nova perspectiva de subjetividade que tem como efeito novas práticas de pesquisa e formação que serão exploradas nos capítulos seguintes.



### 3.2 O método cartográfico

A cartografia é um método de pesquisa, fundamentado nas ideias de Deleuze e Guattari (2000) que, diferente dos modelos tradicionais de investigação científica, visa a acompanhar processos a partir de estratégias que vão se produzindo ao longo da própria pesquisa. É difícil descrever um método que não se pretende método no sentido tradicional do termo. No entanto, a cartografia apresenta-se como recurso metodológico à medida que pretende apontar caminhos, pistas, sempre reconhecendo o caráter circunstancial de qualquer experiência e a impossibilidade de impor modelos e regras previamente estabelecidas.

O método cartográfico rompe com a lógica binária da ciência positivista, como a relação entre sujeito e objeto e/ou pesquisa e intervenção. O que está em jogo é a visão processual da realidade, sendo essa a sua principal proposta: acompanhar processos (POZZANA; KASTRUP, 2012). Não se trata de aplicação de um método, mas de sua experimentação durante a pesquisa. A aposta metodológica da cartografia busca inverter a noção tradicional de método, na qual há o primado da *metá* (meta) sobre o *hódos* (caminho), para *hódos-metá*, na qual há o primado do caminhar sobre a meta (PASSOS; BARROS, 2012a).

A cartografia busca a emergência do novo, superando práticas burocráticas e metodologias protocolares que aspiram a uma verdade e ignoram a afecção<sup>11</sup> como experiência de modificação de si presente em qualquer prática investigatória. Sua precisão não se confunde com exatidão idealizada pelo cientificismo clássico que visa estabelecer um padrão de conhecimento. A pesquisa cartográfica parte de uma relação de desconhecimento dos territórios que pretende percorrer. Para Kastrup e Passos (2014), o conhecimento não é concebido como representação da realidade, mas como um processo de construção coletiva. O cartógrafo segue pistas.

Apresentamos pistas para nos guiar no trabalho da pesquisa, sabendo que para acompanhar processos não podemos ter predeterminada de antemão a totalidade dos procedimentos metodológicos. As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do

---

<sup>11</sup> Por afecção se compreende a capacidade de um corpo sofrer ação de outros corpos, se modificando. Para Espinosa, todo corpo pode ser afetado de diferentes maneiras, aumentando ou diminuindo sua potência de agir. “Afecção remete a um estado do corpo afetado e implica a presença do corpo afetante, ao passo que o afeto remete à transição de um estado a outro, tendo em conta variação correlativa dos corpos afetantes” (DELEUZE, 2002, p. 56).

caminhar no próprio percurso da pesquisa – o hódos-metá da pesquisa. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012, p. 13)

O processo de investigação busca pistas e não fórmulas, busca o novo e não o mesmo, busca o intempestivo e não o absoluto. Toda pesquisa é uma intervenção que se realiza na experiência, denominada por alguns autores como plano de produção, ou plano comum, ou ainda, território existencial. “No contexto do método da cartografia, dizemos que é preciso traçar um plano comum, sem o qual a pesquisa não acontece” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 15). Portanto, o cartógrafo está mergulhado no plano de composição da pesquisa, nele sujeito e objeto se “relacionam e se codeterminam” (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 131).

O compromisso ético do cartógrafo está em seu posicionamento diante da complexidade da realidade e da provisoriade de todo conhecimento, opondo-se radicalmente ao conhecimento que se impõe como verdade e à função de descrição e classificação dos objetos no mundo, uma vez que “[...] conhecer é também acessar o movimento próprio que os constituem, ou seja, conhecer a realidade é traçar seu processo constante de produção” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p. 107). É preciso afirmar a humildade epistemológica de não perseguir uma verdade, ou ocupar um lugar privilegiado do/no qual se compreende os fenômenos sociais e produzir estratégias de pesquisa condizentes com o próprio movimento da vida (ROMAGNOLI, 2009).

O uso de método é uma tarefa complicada em ciências humanas. O método quantitativo, de um modo geral, corresponde aos anseios de exatidão científica, sendo, muitas vezes, mais valorizado que o método qualitativo. Porém nas ciências humanas há um predomínio de pesquisa qualitativa por se tratar de estudos da subjetividade, utilizando recursos mais livres, de caráter exploratório na construção de um determinado conhecimento. Não obstante, os dois métodos são importantes para a pesquisa cartográfica, desde que, tanto um como o outro, acompanhem processos e não visem à apreensão de estruturas ou estados de coisas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012, p. 8). Trata-se de um novo paradigma científico que prioriza a produção coletiva da investigação, que inclui a experiência do pesquisador, afinal o pesquisador não ocupa um lugar de puro observador, de neutralidade, muito pelo contrário, a pesquisa exigirá dele o mergulho no território a ser pesquisado.

A pesquisa cartográfica orienta-se pela lógica rizomática<sup>12</sup>, buscando mapear as multiplicidades do território da investigação.

As multiplicidades são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. (DELEUZE e GUATTARI, 2000, p. 8).

A lógica da multiplicidade rompe com a lógica binária que desconsidera as inúmeras forças que estão presentes na produção da subjetividade, inclusive no ato de pesquisar. O movimento rizomático é produzido por agenciamentos maquínicos<sup>13</sup> de ordens muito diversas, que se espalham em todos os sentidos, sem que haja um centro organizador. O rizoma está sempre produzindo algo, são produções que se dão pelo meio, sem um começo ou fim determinados, conexões heterogêneas que se dão a partir de qualquer ponto da produção.

A dinâmica cartográfica de pesquisa não comporta um centro superior de comando, isto porque opera segundo as conexões que formam tramas que mudam de natureza à medida que aumentam suas combinações. Este modo de relação é o que Deleuze e Guattari chamam de “agenciamento”. Essas conexões dão-se pelo meio, não existiria um ponto de início ou de término, mas proliferação, de acordo com a definição de rizoma. A cartografia não se fundamenta no modelo estrutural ou gerativo, modelo constituído a partir de estados organizados que podem ser decompostos em unidades, que estão em relação com suas dimensões mais imediatas. Para Deleuze e Guattari (2000), o modelo estrutural é um modelo representativo, que funciona segundo uma lógica binária, sobrecodificando uma realidade para descrever estados de fato. Esta lógica emperrou, e ainda emperra, o avanço de pesquisas no campo da subjetividade, sobretudo por desconsiderarem os múltiplos vetores que constituem o processo de investigação, como as forças política, econômica,

---

<sup>12</sup> A noção de rizoma é definida em *Mil Platôs* (2000, p. 32-33), emprestada da botânica, onde é descrita como um tipo de caule subterrâneo responsável pela produção de ramos aéreos com características de raízes. Deleuze e Guattari ampliam a noção articulando-a a uma rede conectiva de vários sentidos. Ressaltam o aspecto múltiplo e eficiente de sua produção, contrastando com a lógica arborescente de natureza hierárquica, linear e biunívoca.

<sup>13</sup> Sobre agenciamentos maquínicos, Deleuze e Guattari (2002, p. 31) afirmam: “Em seu aspecto material ou maquínico, um agenciamento não nos parece remeter a uma produção de bens, mas a um estado preciso de mistura de corpos em uma sociedade, compreendendo todas as atrações e repulsões, as simpatias e as antipatias, as alterações, as alianças, as penetrações e expansões que afetam os corpos de todos os tipos, uns em relação aos outros.”

histórica, pré-individuais, as afetações. A perspectiva cartográfica mapeia a realidade ao invés de reproduzi-la. “Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012, p. 10).

É esta a direção escolhida na pesquisa empírica com profissionais da saúde mental, que explora os dizeres dos entrevistados e situa-os como coparticipantes da construção de pistas para o processo de formação em saúde mental. No último capítulo, seus dizeres serão articulados às principais ideias apresentadas no corpo desta pesquisa. Pesquisador e pesquisados vivem a experiência da entrevista, não como um trabalho de coleta de dados para análise futura dos resultados, mas como experiência criadora, processual, cartográfica, que acompanha as falas num movimento de desconstrução e construção de sentidos (ROLNIK, 2011). Questões sobre a relação entre entrevista e cartografia serão discutidas em seguida.

Na cartografia, o pesquisador é convocado a fazer escolhas num mundo de valores, arbitrar e lidar com as singularidades (BARROS; SILVA, 2014). Não se trata de decalcar a realidade, mas de produzi-la.

Não se trata, tampouco, de assumir uma atitude demonstrativa, mas de afirmar uma dimensão construtivista da produção de conhecimento, uma experimentação ancorada numa realidade movente, com valores e normas forjadas na história, desconfiando-se sempre da fixidez da realidade a ser pesquisada. (Ibid., p. 130)

Nenhuma neutralidade, nem objetividade à vista, a não ser um campo de forças no qual estão presentes valores, crenças, afetos, expectativas que de modo nenhum, ao serem consideradas, perdem seu caráter científico, do mesmo modo que o pesquisador não foge de seu compromisso ético. Contudo, diferente do modelo da ética profissional pautado nos procedimentos científicos tradicionais, opta pela conduta científica que não coloca como obstáculo os imprevistos, a processualidade e a implicação do ato de pesquisar. Que acredita que investigar é viver, é atividade humana, é habitar o território da normatividade, o que, segundo Canguilhem (2009) opõe-se ao processo de normalização afeito à fixidez do mundo, pois a vida, para ele, não cabe em normas pré-estabelecidas, a vida é errância, é criação.

### 3.3 A entrevista na pesquisa cartográfica

A entrevista é uma técnica muito utilizada em pesquisas qualitativas no campo das ciências humanas. Sua função, no modelo científico tradicional, é coletar dados, a partir da lógica binária, já comentada anteriormente, sendo definida como uma situação, na qual estão presentes: de um lado, o entrevistador e, de outro, o(s) entrevistado(s), com o objetivo de coletar informações sobre um determinado campo investigado.

A entrevista tem, porém, outros sentidos no método da cartografia. Sua função é acompanhar processos, procedendo com a pesquisa-intervenção a partir do coletivo de forças que compõem a experiência da pesquisa (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014). Não se trata de um novo modelo de entrevista, afinal não se busca uma técnica fechada, padronizada, o que seria contraditório na perspectiva cartográfica. Não se trata de um modelo de entrevista cartográfica, mas “manejo cartográfico da entrevista” (Ibid., p. 93). Como já visto, a cartografia rompe com o *modus operandi* da ciência moderna, sobretudo quando se trata de pesquisa de campo. Vale lembrar que ela está comprometida com o território preexistente à pesquisa.

Diferente do método da ciência moderna, a cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças. (POZZANA; KASTRUP, 2012, p.57)

A entrevista é um instrumento que permite produzir e, ao mesmo tempo, acessar uma experiência. Não se trata de investigar fatos preexistentes, nem de reproduzi-los pela coleta de dados, mas traçar uma experiência no próprio desenvolvimento da entrevista, considerando as forças que a atravessam. Nesse sentido, a entrevista abarca as experiências de vida, as narrativas, a experiência pré-refletida, que é da ordem da processualidade, incluindo seus aspectos genéticos, referentes ao plano de forças (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014). Esta perspectiva implica um posicionamento diferente dos modelos de entrevista que, fundamentados na lógica da representação<sup>14</sup>, buscam apenas obter

---

<sup>14</sup> O modelo representacional, presente nos constructos teórico-metodológico tradicionais, concebe a realidade como um estado de coisas que possui uma essência, uma natureza em si. Seu objetivo é utilizar estratégias para representar essa realidade com maior poder de precisão. No campo da linguagem, o pensamento representacional buscaria rerepresentar a experiência por meio da palavra, separando assim, a fala

informações através do que é dito pelo entrevistado. A perspectiva cartográfica não visa somente à informação, mas àquilo que, pela e na fala, emerge como experiência.

As entrevistas com profissionais de saúde mental, a serem apresentadas mais adiante, pretende dar visibilidade aos impasses, dificuldades e aos aspectos relevantes de suas práticas cotidianas. Trata-se de pensar a entrevista em seu aspecto interventivo, na qual emergem falas que devem ser entendidas, não como tradutoras de uma realidade, mas como experiência na/da própria fala. Inclui-se nessa experiência seu caráter pragmático, capaz de transformar a realidade. A experiência produz conhecimento e não deve ser concebida como experimento para comprová-lo.

Por seu viés performativo, a palavra atua na experiência, pode instaurá-la, modulá-la. A entrevista intervém na experiência do dizer. São os efeitos dessa experiência compartilhada, produzida e ostentada na prática linguageira da conversa em curso na entrevista, que a cartografia elege como seu objeto. (Ibid., p. 99).

Pesquisar é intervir quando se parte do princípio de que a fala “deve portar os afetos próprios à experiência” (Ibid., p, 100). Ao proceder com as entrevistas, além de acessar os conteúdos linguísticos e extralinguísticos (pausas, entonações, ritmos, gestos, movimentos corporais, expressões faciais, sentidos produzidos pelas comunidades de falantes, etc.), produz-se uma experiência. A linguagem é constituída por três planos envolvidos com a produção de sentido: linguístico – campo da gramática e sintaxe; extralinguístico – componentes produzidos historicamente para além da gramática; não linguístico – campo das intensidades, a-significantes e fragmentos sem sentido.

Desta forma, a entrevista não tem o objetivo de verificar o conhecimento dos profissionais sobre suas práticas de atendimento em saúde mental. Tal procedimento eliminaria as variações da experiência do processo de dizer, impediria que pesquisador e pesquisado vivenciassem os desafios, impasses e possibilidades daquilo que é pesquisado. Trata-se de provocar inquietações, acompanhar as variações da fala, buscar pelo diálogo a criação de novos dizeres sobre a própria prática, produzindo aberturas para a multiplicidade de estratégias de atuação que sejam relevantes para o processo de formação desses profissionais.

---

da experiência. A fala do entrevistado visaria descrever uma realidade externa, entendida como instrumento de mediação entre ambas.

O manejo da entrevista potencializa as forças da linguagem, ativando a capacidade de viver o que se diz como uma experiência, como prática. Por esta razão, o entrevistador interessa-se por perguntas, comentários, silenciamentos, que possam produzir problematizações, rupturas, fazer pensar. Como diz Deleuze: “[...] mais importante do que o pensamento é aquilo que faz pensar” (DELEUZE, 1987, p. 30). Não se trata de perguntas e respostas, mas de se abrir à experiência, permitir variações que possam ultrapassar os discursos instituídos. Neste sentido, priorizam-se táticas de entrevistar que não sejam diretivas, que “guiem sem dirigir” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 108)<sup>15</sup>. Importa mais o vagar do que a prontidão em responder. O que se quer é produzir conhecimento de modo coletivo e não representar uma realidade como forma de conhecimento.

Retomando a proposta cartográfica de acompanhar processos e potencializar a arte da construção coletiva, é importante esclarecer a noção de “plano coletivo de forças”. Afirmar que a pesquisa se dá no plano coletivo de forças é, em primeiro lugar, superar a polarização indivíduo-sociedade, entendendo o território da pesquisa como plano de coengendramento e de criação (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005). Em segundo, conjugar a existência de dois planos: plano das formas sociais organizadas (estabilizadas) e o plano das forças em constante processo de variação. A cartografia interessa-se pelo jogo dessas forças. “O desafio da cartografia é justamente a investigação de formas, porém, indissociadas de sua dimensão processual, ou seja, do plano coletivo das forças moventes” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p. 99).

“Território existencial da pesquisa” também é uma expressão usada para designar as forças em jogo no processo de pesquisa<sup>16</sup>. A proposta cartográfica só acontece nesse plano que ela mesma constrói, portanto é um plano de criação, onde pesquisador e pesquisado encontram-se num plano comum e heterogêneo. O comum não pode ser entendido como homogêneo, como um plano que reúne pessoas em torno de uma finalidade. A entrevista, de acordo com a cartografia, dá-se em um plano pré-individual e coletivo, no qual se entrelaçam as singularidades heterogêneas (KASTRUP; PASSOS, 2014). É um processo rizomático composto por vetores de diferentes ordens. “Na medida

---

<sup>15</sup> Os autores citados sugerem perguntas menos diretivas, ao invés de “*por que?*”, utilizar mais o “*como?*” ou “*e então?*”. Ou retomar a fala do entrevistado (“reformulação em eco”), tentando compreender o que foi dito. Mostrar um não saber sobre questões, conceitos, valores muito aceitáveis. Trabalha-se mais com perguntas abertas que possam instigar à fala, o pensamento.

<sup>16</sup> Ver: ALVAREZ; PASSOS, 2012.

em que a cartografia traça esse plano comum e heterogêneo, ela concorre para a construção de um mundo comum” (Ibid., p. 18).

Vale enfatizar que na cartografia a pesquisa não se limita às classificações, como na lógica da representação. Seu objetivo é acompanhar os processos de produção das formas instituídas, além de ser uma prática interventiva, pois o cartógrafo acessa o plano de forças, habita-o e participa das mudanças provocadas por esse movimento. O conceito de coletivo não se refere, apenas, ao campo das relações grupais, mas abarca o plano das formas e o plano das forças, que se entrecruzam continuamente (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012). Portanto, ao proceder com as entrevistas, acessa-se o plano daquilo que já é conhecido pelo profissional, sua rotina, suas ideias e tudo mais que é familiar em seu universo de sentidos e afetos. Junto com esse universo familiar (instituído), está o plano das forças (instituinte)<sup>17</sup>. Acessa-se o plano do instituído, plano das formas e do instituinte, plano das forças, dos vetores e intensidades, sem conceituação ou classificações. Este último é priorizado na entrevista por ser ele capaz de desestabilizar práticas cristalizadas, plano em constante processo de mudança que ao ser potencializado, ao invés de negado, pode produzir novos caminhos.

Todas as considerações feitas até aqui sobre a cartografia e a entrevista mostram o que está em jogo nesta pesquisa. Em síntese, trata-se de abordar os profissionais propiciando: (1) práticas coletivas, que consideram o protagonismo dos atores envolvidos na pesquisa; (2) ampliação do conhecimento e produção de análises crítico-propositivas das práticas em saúde mental, sobretudo no que diz respeito aos processos formativos. Os caminhos produzidos não visam a estruturar um modelo de formação profissional, mas propor orientações que funcionem como pistas para se pensar a construção de estratégias formativas no novo contexto de atenção em saúde mental.

Outro conceito importante para se pensar o manejo da entrevista na perspectiva cartográfica é o de implicação. É um conceito-ferramenta que propõe a inseparabilidade entre pesquisa e intervenção (PASSOS; BARROS, 2012a). Conceito trabalhado por Lourau que fortalece a perspectiva metodológica da cartografia quando, contrapondo às pretensões de objetividade e neutralidade do pesquisador nas ciências tradicionais, afirma que toda pesquisa, incluindo todos os participantes (pesquisador e pesquisado), interfere na realidade. Todos estão implicados. “Todo conhecimento se produz em um campo de

---

<sup>17</sup> René Lourau (1995), um dos principais pensadores da Análise Institucional (AI), analisa os processos sociais a partir da relação entre instituído, forças conservadoras e instituinte, forças revolucionárias.



implicações cruzadas, estando necessariamente determinado neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, etc.” (Ibid., p. 19). Por sua importância, será mais bem explorado em seguida.

### **3.4 Análise Institucional e o conceito de implicação**

Na mesma esteira da cartografia, a Análise Institucional (AI) propõe rupturas ético-epistemológicas com o objetivismo positivista no campo da produção de conhecimento, apoiando-se na dimensão política para afirmar a indissociabilidade entre gênese conceitual e gênese sócio-histórica (ROSSI; PASSOS, 2014).

O movimento institucionalista é constituído por um conjunto de teorias e práticas, que ganhou força nos anos 60, sendo a AI uma das mais conhecidas no Brasil, e tem como principais representantes os franceses René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari, este último ligado ao campo da saúde mental, contribuindo com diversos conceitos, como os de transversalidade e analisador.

Abordar as ideias desse campo de saber justifica-se, sobretudo, pelas conexões com a cartografia, no que diz respeito ao primado do “plano da experiência enquanto intervenção, em que estão sempre encarnadas as ferramentas conceituais ou os operadores analíticos com os quais se trabalha” (PASSOS; BARROS, 2012a, p. 18). Trata-se de dispor de mais um referencial metodológico, ainda que brevemente, para sustentar a inversão da lógica tradicional de ciência, tendo como modalidade científica a pesquisa-intervenção, na qual sujeito e objeto emergem, juntamente, a partir do conhecimento produzido no contexto de investigação, que só se produz na experiência. Isso significa afirmar que toda pesquisa é, ao mesmo tempo, intervenção. De acordo com a cartografia:

O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o “caminho” metodológico. (Ibid. p. 18)

Tal qual a cartografia, a AI coloca a experiência em primeiro plano, dimensão na qual todo conhecimento é produzido, questionando todo saber prévio, hierárquico e o saber categórico dos especialistas. Para melhor entender esse processo, Lourau propõe o conceito de análise de implicação, oriundo dos conceitos psicanalíticos de transferência e contra-

transferência, expandido para o âmbito das instituições. O conceito de instituição ultrapassa as definições de organização e estabelecimento, uma vez que essas últimas são definidas como formas da instituição materializar-se, ou ainda, modos concretos de funcionamento das instituições. Baremlitt (2002, p. 25) esclarece que, de acordo com a AI,

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser lei, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos.

As instituições ganham vida por meio dos dispositivos concretos das organizações, que vão desde as mais complexas até as mais simples. A vida em sociedade é regulada pelas organizações e estabelecimentos, sendo esses últimos, estruturas propriamente físicas que compõem as organizações. Integrado aos estabelecimentos, estão os equipamentos, que segundo Baremlitt, (Ibid., p. 28) “incluem dispositivos técnicos cujos exemplos mais básicos são a maquinaria, as instalações, arquivos, aparelhos”.

Uma das grandes contribuições da AI é a conceituação histórico-política de instituição e suas dimensões: o instituído e o instituinte. Essas duas dimensões fazem parte do processo de institucionalização, no qual o instituído se refere não só à ordem estabelecida, dominante, aos aspectos cristalizados das relações sociais, como também às suas previsões nos sentidos econômico, social e político. O instituinte diz respeito ao processo de criação, sempre mutável e capaz de produzir novos modos de relação. O movimento instituinte, também faz parte do processo de institucionalização, pois, ainda que seja responsável pelas mudanças sociais, pode tornar-se instituído. De acordo com Lourau (1995), é um equívoco identificar a instância do instituído como unicamente da ordem repressiva e a instância do instituinte da ordem subversiva. O instituído cumpre uma função social sem a qual a vida seria inviável, mas há que se considerar que essa vida é processual e requer, para sua funcionalidade, novos instituídos. Portanto a relação entre o instituído e o instituinte não se reduz a uma relação de oposição, mas de complementaridade, que ganha sentido em sua interconexão fazendo a história de uma sociedade.

Sociedade instituinte, sociedade instituída: mais que de formações sociais morfológicamente isoláveis e observáveis (classes ou estratos, trata-se, mais profundamente, de instâncias, de forças em complementaridade e em luta – confusamente –, fora dos critérios demasiado cômodos de

pertencimento objetivo a um dos dois “campos” que constituiriam a sociedade. (LOURAU, 2004a, p. 64)

O objetivo central da AI é pôr em análise a ação do instituído em toda e qualquer organização, ampliando a visão da dinâmica social, ao mesmo tempo em que busca novas formas de produção da realidade (RODRIGUES; LEITÃO; BARROS, 1992). É possível, então, afirmar que tudo e todos estão implicados, sendo o grande desafio da AI desmontar as tradicionais dicotomias entre sujeito-objeto, teoria-prática, além de se opor à fragmentação dos regimes de saberes e suas metodologias de pesquisa, estabelecida pelo projeto positivista. Neste sentido, há que se proceder com a análise das implicações constitutivas de qualquer produção de conhecimento.

Dessa maneira, ao tomar a análise de implicações como um dispositivo para problematizar as práticas de qualquer profissional, estamos querendo afirmar o caráter político de toda e qualquer intervenção. Ao colocarmos em xeque os lugares instituídos de saber/poder que ocupamos em muitos momentos de forma natural e a-histórica estamos afirmando nossa implicação política, dentre tantas outras implicações que nos atravessam. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 146).

A análise de implicação é um conceito que funciona como ferramenta para rastrear as multideterminações da realidade social, que no âmbito científico só é possível pela pesquisa-intervenção. “A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas” (PASSOS; BARROS, 2012a, p. 19). Assim, o conceito de implicação se torna indispensável a qualquer processo de produção de conhecimento, visto que este só se constitui a partir dos atravessamentos histórico-políticos, e muitos outros, presentes nas esferas macro e micropolíticas. O conceito de implicação desconstrói o paradigma da neutralidade científica, que separa sujeito que conhece e objeto a ser conhecido, refutando a assimetria dessa relação e a tão sonhada objetividade natural da ciência positivista. Pesquisa é momento de intervenção. Para a AI toda pesquisa é produção de práticas que devem ser postas em análise. Trata-se de pôr em análise o modo como os indivíduos relacionam-se com a instituição.

Resumidamente, os princípios que norteiam a análise de implicação, segundo Lourau, incluem a análise dos lugares que cada um ocupa nas relações sociais, não tendo como evitá-los, “[...] o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não” (MONCEAU, 2008, p. 21). Não se trata, portanto, de engajamento ou vontade consciente

dos indivíduos (PASSOS; BARROS, 2012a). A análise de implicação não se limita, apenas, ao âmbito da intervenção particular, mas dos lugares que cada um ocupa nas relações sociais, “[...] os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 144). Isto significa afirmar que toda prática, toda intervenção é de natureza política e o conhecimento dessas forças que atravessam os indivíduos e seus grupos permite o encontro com o novo, potencializando o que é da ordem do heterogêneo, do múltiplo, em busca de práticas problematizadoras e comprometidas, ético-politicamente, com as situações concretas de vida.

Quanto à implicação do pesquisador, Lourau usa a expressão “intelectual implicado” para contrapor à figura do intelectual neutro-positivista, sendo o primeiro, aquele que coloca em evidência, e em análise, suas pertencas e referências institucionais (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008; RODRIGUES, 2006). Para tanto, faz parte do processo de análise a problematização das práticas de todos os envolvidos no contexto de intervenção, o que significa trabalhar com rupturas das formas instituídas para dar visibilidade e acessar os processos de institucionalização<sup>18</sup>, considerando que as instituições são produzidas historicamente, não são processos naturais ou conjunto de relações sociais irrefutáveis, como aparentemente se mostram.

Inclui-se no conjunto conceitual da AI a sobreimplicação para especificar os processos intencionais de engajamento em uma instituição (ROMAGNOLI, 2014; MONCEAU, 2008). Para Lourau, a sobreimplicação é a ideologia do sobretrabalho, “é a crença que gesta a necessidade de sobretrabalhar na medida em que produz a identificação e a afeição do sujeito com o instituído da instituição” (PINTO; HECKERT, 2017, p. 57). Neste sentido, é a condição de assujeitamento do trabalhador aos determinantes do instituído, dificultando a análise de implicação. Contudo não se limita à execução de tarefas, ou ocupação profissional, visto que a sobreimplicação configura-se no “adensamento dos fluxos de participação social que capturam resistências redimensionando, num jogo prazeroso, amor e atividade à comunidade de pertencimento: responde-se à demanda que se institui, e se faz esquecer qualquer análise da trama a qual

---

<sup>18</sup> Expressão utilizada por Lourau quando se refere à articulação entre instituído e instituinte. Essa articulação comporta três momentos: o da universalidade, da particularidade e da singularidade. São momentos que, a partir da dinâmica do cotidiano, correspondem, respectivamente, ao momento do instituído, da ação do instituinte e o da institucionalização, sendo o momento que mais interessa a Lourau (LOURAU, 1993).

se está implicado” (Ibid., p. 59). Portanto, a sobreimplicação impede a análise de implicação, pois dificulta os processos de problematização.

É crucial enfatizar que a análise de implicação é um processo coletivo, que parte de problematizações, não só para produzir conhecimento, mas para dar sustentação às estratégias de transformação institucional, ou seja, fazer falar o instituinte (ROMAGNOLI, 2014). Fazem parte desse processo as estratégias da autogestão e autoanálise, processos que ocorrem ao mesmo tempo e de modo articulado, produtores de conhecimento sobre os problemas de uma determinada conjuntura, que geram um saber próprio, de baixo pra cima, sobrepujando o saber dominante. Trata-se de um trabalho de autoconhecimento com a finalidade de auto-organização e transformação da própria realidade. Sempre coletivo.

Na autogestão os coletivos mesmos deliberam e decidem. Eles têm maneiras diretas de comunicar as decisões. Existem hierarquias moduladas pela potência, peculiaridades e capacidade de produzir; mas não há hierarquias de poder, ou seja, a capacidade de impor a vontade de um sobre o outro. (BAREMBLITT, 2002, p. 19)

A pesquisa interventiva coloca em evidência a implicação do pesquisador e dos pesquisados, estando todos inseridos na dimensão política da pesquisa, tendo o plano da experiência como lugar onde o conhecimento é construído. A análise das implicações é uma proposta subversiva aos olhos do pensamento racionalista, ainda predominante nas pesquisas acadêmicas. Afirmar que toda pesquisa é interventiva é admitir que outros processos ganhem relevância no contexto da pesquisa. “A análise de implicações traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa/intervenção de ser bem sucedida” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 145). Trata-se de afirmar que todo conhecimento produz efeitos na realidade, ele inventa novas realidades. O método cartográfico se aproxima da AI, quando afirma que:

Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos. O método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas. Restam sempre pistas metodológicas e a direção ético-

política que avalia os efeitos da experiência (do conhecer, do pesquisar, do clinicar, etc.) para daí extrair os desvios necessários ao processo de criação. (PASSOS; BARROS, 2012a, p. 30-31)

Dentre tantos conceitos, cabe ainda acrescentar o de transversalidade, bastante trabalhado por Guattari<sup>19</sup>, que o definiu com a intenção de superar os níveis da verticalidade e da horizontalidade presentes em diferentes contextos sociais e em processos de produção de conhecimento, de saber-fazer, saber-poder. O nível da verticalidade corresponde aos vínculos estabelecidos hierarquicamente, à distribuição de papéis fixos que determinam o lugar que cada um ocupa, ou determinado saber, num sistema piramidal de relações. Enquanto o nível da horizontalidade diz respeito às relações entre iguais, entre pares da mesma classe de funções, dadas na informalidade dos grupos em uma organização (LINS; CECÍLIO, 2008). Guattari, igualmente Lourau, propõe o conceito de transversalidade para designar as multiplicidades e interconexões presentes na dinâmica social. Trata-se de uma terceira perspectiva constituída pelo entrecruzamento “das pertenças e referências de todos os tipos (político, econômico, social, cultural, sexual, libidinal, etc.) que atravessam nossas vidas. As relações transversais são, em geral, inconscientes, não sabidas e desconhecidas” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p. 145).

Guattari empregou o conceito de transversalidade ao elaborar questões sobre intervenções institucionais, argumentado que:

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, quais sejam o de uma verticalidade pura e de uma simples horizontalidade; a transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. (GUATTARI, 2004, p.111).

A transversalidade tem a ver com a comunicação entre os níveis da verticalidade e da horizontalidade, do instituído e do instituinte, entre forças políticas e afetivas, enfim, dos inúmeros segmentos que constituem a dinâmica social. A transversalidade é um conceito que diz respeito à multiplicidade dos pertencimentos e referências sociais, econômicas, ideológicas, políticas e à coabitação entre os níveis da verticalidade e da horizontalidade, onde um atravessa o outro. Segundo Lourau (2004b, p. 133), “a descoberta

---

<sup>19</sup> Um dos pensadores de uma das linhas constitutivas da AI e criador da Esquizoanálise, juntamente com Deleuze (ROSSI; PASSOS, 2014).

da transversalidade é descoberta de conflitos, de lutas sociais: ela própria é uma fonte de conflitos, porque lugar das resistências do não dito”.

Esses são alguns dos princípios teóricos e interventivos da AI, que muito interessam às propostas de formação que serão discutidas mais adiante. A nova lógica de atenção em saúde mental requer novas práticas que priorizem as experiências concretas de trabalho, as problematizações, ao invés da normalização, no caso, dos processos de profissionalização, que se impõem de cima para baixo. Trata-se de buscar argumentos metodológicos condizentes com a própria lógica da RP, que propõe críticas ao modelo autoritário de tratamento, de intervenção e aos tradicionais sistemas de ensino-aprendizagem.

As propostas de intervenção da AI contestam as relações assimétricas, interrogam as evidências e os costumes e reposicionam a articulação entre teoria e prática. Vale incluir nessa discussão sobre a relação teoria-prática um diálogo entre Foucault e Deleuze.

M.F.: É por isso que a teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática. Mas local e regional, como você diz: não totalizadora. Luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais invisível e mais insidioso [...].

G.D.: Exatamente. Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. [...] É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. [...] A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica. (FOUCAULT, 1982, p. 71)

As contribuições da AI quando aplicadas aos processos formativos, podem possibilitar a ativação de novas sensibilidades para o trabalho em saúde mental, criando modos de intervenção, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, que priorizem o coletivo e o saber-fazer daqueles que estão imersos no concreto das experiências dos serviços, além de provocar análises de práticas e a invenção de novas ações.

## **4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMO EXPERIÊNCIA COLETIVA: A PRODUÇÃO DE NOVOS SENTIDOS NO COTIDIANO DE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL**

*Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo. (FOUCAULT, 1999, p. 44)*

### **4.1 Da potência dos processos formativos no contexto da Reforma Psiquiátrica**

A demanda por estratégias de formação tem sido constantemente expressada em diferentes contextos de discussão sobre o trabalho em saúde mental. Pesquisas na área, eventos que envolvem as atividades do ONSMJC/UFF e as entrevistas realizadas nesta pesquisa, evidenciam a necessidade de investimento urgente em formação profissional mais adequada ao realinhamento das práticas em saúde mental, considerando também os indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei.

Segundo Guedes, Pitombo e Barros (2009, p. 1089), a Política Nacional de Humanização entende que os processos formativos se dão na transversalização de práticas e saberes, opondo-se “às políticas de formação que têm reproduzido a fragmentação dos saberes e práticas na área de saúde, políticas marcadas por assimetrias de saber e de poder [...]”. Trata-se de afirmar a formação não como um processo informacional, no qual se mostra para alguém o que se deva fazer para estar mais capacitado, mas como um processo complexo de indissociabilidade entre pensamento e vida, que não se separa dos modos de cuidar e gerir. O pensar sempre está implicado em um fazer e vice-versa. Teoria e prática são processos que se atravessam (HECKERT; NEVES, 2007). Não se trata de um exercício de ação pedagógica transmissionista, prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento nos moldes tradicionais de ensino. O objetivo principal dos processos formativos não é um porto de chegada, não é conquistar um lugar preestabelecido, mas situar-se numa viagem que nunca acaba. Vale afirmar que não há um modo correto de trabalhar em saúde mental, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados a partir do concreto das experiências dos serviços e da especificidade de cada equipe de trabalho. São operações coletivas que se potencializam nos agenciamentos possíveis em seu cotidiano de práticas.



A partir desta perspectiva, como inserir metodologias que possam produzir aprendizagens nesse contexto, sem *a priori* teórico e para além do domínio técnico? Como construir estratégias de formação que visem a fortalecer a nova lógica de atenção em saúde mental voltada para todos os indivíduos? Como incluir de modo mais eficiente os indivíduos que cometeram delito nos serviços substitutivos? Como lidar com a interface entre Saúde Mental e Justiça? Isto é, como implementar ações de Saúde Mental no formato apregoado pelo SUS? A inclusão dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei é imprescindível, visto que a internação asilar nos HCTPs ainda é um dos grandes entraves para a consolidação da RP.

Para elaborar estratégias de formação, é necessário considerar o plano de forças em jogo no cotidiano profissional, os aspectos histórico-políticos e clínico, afinal foram séculos de exclusão do doente mental mascarada por um ideal de assistência. Como dito nos capítulos anteriores, as premissas da RP requerem o envolvimento ético e estético na construção de uma outra perspectiva sobre a loucura, para tanto é preciso buscar novas estratégias que rompam com antigas convicções presentes na prática profissional. Trata-se de novas linhas de produção que se dão pela e na experimentação, engendrando modos de subjetivação que criam campos de visibilidade e dizibilidades de outras ordens, o que se pode denominar como “coletivo de forças” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012).

Deleuze afirma que as linhas são produzidas nas rupturas: “Partir, se evadir, é traçar uma linha” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 49). É neste sentido que os processos formativos seguem quando ocupam espaços de resistência à lógica hospitalocêntrica, de base predominantemente organicista, pautada na racionalidade biomédica, que dentre tantos efeitos, promoveu a medicalização da loucura. Nesta proposta de formação, a produção de conhecimento acontece a partir das práticas concretas do cotidiano de trabalho, se contrapondo às forças que atuam no sentido da preservação da antiga lógica e potencializando ações criativas nas formas de trabalhar e de ser trabalhador em saúde mental. Trata-se de propor mudanças pela quebra, pela resistência, pela aposta no inventivo capaz de produzir conhecimento técnico-científico pertinentes ao realinhamento de práticas de cuidado.

A formação, nesses moldes, deve ocupar-se da desinstitucionalização em todas as suas dimensões, sem imposição de regras, protocolos ou conhecimento produzido de fora, de cima para baixo. É inevitável não mencionar Paulo Freire (1996, p. 128) e sua aposta na formação como processo democrático e solidário, em nada parecido com os modos verticalizados de ensino, “de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores

da verdade a ser transmitida aos demais” (Ibid., p.128). A intenção é produzir junto, viabilizar o protagonismo dos trabalhadores, provocando questões sobre o processo de desinstitucionalização que possam abarcar toda a rede de cuidado. Segundo Bezerra (2007, p. 244):

No plano *assistencial*, trata-se de pensar não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos – muito diferentes tanto dos ambientes hospitalares quanto dos espaços ambulatoriais tradicionais, e aos novos objetivos - mais abrangentes que os da clínica individual tradicional.

Para Bezerra, a formação de recursos humanos é um grande desafio, pois a maioria que trabalha hoje na saúde não viveu o processo histórico de Luta Antimanicomial. A consolidação da RP requer dos profissionais, que são um elo fundamental nesse processo, uma formação técnico-científica condizente, além de uma visão crítica e criativa que atenda às necessidades de transformação permanente da RP.

Isto implica não apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, como também a possibilidade de auto-reflexão, de reavaliação constante do impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade - única forma de combater os insidiosos “manicômios mentais”, muito mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, e sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas. (Ibid., p. 246)

A dimensão ético-política dos processos formativos põe em funcionamento novos modos de subjetivação contrários “à crença na fixidez do mundo, à afirmação da universalidade de seus objetos” (TEDESCO, 2006, p. 357). Os modos de subjetivação são processos constituídos histórico-politicamente, são móveis, descontínuos e provisórios, efeitos das relações de forças entre saber e poder que produzem, continuamente, novas realidades. Pensadores como Foucault, Deleuze e Guattari, com base em Nietzsche, tomam a subjetividade a partir de sua natureza maquínica, como rede de relações, como plano de forças, “onde tanto o sujeito quanto o mundo são já efeitos” (Ibid., p.358). Portanto o que está em jogo nos processos formativos é fazer valer movimentos de rupturas, de linhas de fuga, processos rizomáticos que se agitam na produção de autonomia e afirmação da diferença.

Para melhor construir dispositivos de formação com base em tais ideias, nada mais indicado do que conhecer as demandas dos próprios trabalhadores e pensar junto com eles como tais dispositivos devem ser elaborados. É disso que o último capítulo tratará ao tentar articular as propostas dos profissionais às orientações teórico-metodológicas investigadas nesta pesquisa. Para tanto, em seguida serão apresentadas algumas dessas orientações que sustentam a perspectiva de formação a partir do concreto das práticas, considerando a indissociabilidade coletivo-indivíduo.

#### **4.2 Os processos formativos na perspectiva da Clínica da Atividade**

O interesse em discutir os fundamentos da Clínica da Atividade, ainda que sem pretender aprofundar suas questões teórico-metodológicas, justifica-se pelos questionamentos que essa perspectiva faz às metodologias tradicionais de produção de conhecimento, seguindo na mesma direção da cartografia. Sua base metodológica desenvolve-se a partir de intervenções participativas, sem um saber pressuposto, que visa à emergência do novo e busca transformações provocadas no processo de construção coletiva do trabalho. Assim como a cartografia, interessa-se pelos processos de coanálise nos contextos de investigação e de intervenção. Teixeira e Barros (2009, p. 89) fazem aproximações entre a Clínica da Atividade e a cartografia.

Se não buscamos leis gerais e universais que regem a atividade de trabalho, optamos pela cartografia, que implica uma aliança com o que está em movimento, tendo como foco a multiplicação de possíveis, a produção de subjetividade nos processos de trabalho. O desafio, então, é formular um método que seja capaz de acompanhar um processo e não de representar um objeto.

A Clínica da Atividade é uma perspectiva de análise e intervenção no contexto do trabalho constituída por um conjunto de conceitos e por uma metodologia que “[...] tem como objetivo trazer o trabalhador para o lugar de co-analista de sua atividade profissional, propiciando a visibilidade de recursos criados pelo próprio trabalhador para tornar o trabalho mais prazeroso e eficiente” (ALVES; OSÓRIO, 2014, p. 62). Yves Clot<sup>20</sup>, importante pesquisador da Clínica da Atividade, desenvolveu suas pesquisas entre as

---

<sup>20</sup> Yves Clot é psicólogo do trabalho, professor e pesquisador do CNAM, Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris. Defendeu, em 1992, sua tese em Filosofia intitulada “O trabalho: entre a atividade e a subjetividade”.

décadas de 80 e 90, época de forte interesse na produção científica sobre o universo do trabalho. Dentre as muitas inovações dos estudos desse autor francês está a elaboração das noções de ofício e de gênero profissional “[...] como uma construção coletiva que orienta a ação do trabalhador” (PINHEIRO; COSTA; MELO; AQUINO, 2016, p. 112). São conceitos que revigoram as discussões no âmbito das relações de trabalho e as possibilidades de formação do trabalhador, que só podem ser pensadas segundo o movimento singular das pessoas em sua relação com o trabalho. Trabalho esse que se realiza por meio de processos singulares de aprendizagem, os quais se atualizam na experiência. Daí, poder afirmar que a subjetividade diz respeito ao poder de ser afetado, que a atividade do trabalhador não é apenas uma condição exigida por sua ocupação. Ao se indagar sobre o que é um ofício, Clot responde:

Assim, um ofício não é, certamente, apenas uma “prática”. Também não é apenas uma atividade. Nem apenas uma profissão. Preferimos defini-lo como uma discordância criativa – ou destrutiva – entre as quatro instâncias em conflito de uma arquitetura fundamentalmente social que pode adquirir uma função psíquica interna. Uma ligação-desligamento a sustentar e sempre refazer entre os espaços-tempos irredutivelmente pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal. Pessoal e interpessoal, o ofício é, em cada situação, singular, inicialmente como atividade real, sempre exposta ao inesperado. Sem destinatário, a atividade perde seu sentido. Por isso, o ofício na atividade é ao mesmo tempo muito pessoal e sempre interpessoal, ação situada, dirigida e, em certo sentido, não reiterável. (CLOT, 2013, p. 6)

Portanto a noção de ofício não só abarca a dimensão singular, mas também outras dimensões, como a interpessoal. Qualquer atividade humana não pode existir sem destinatários. A dimensão interpessoal, que é da ordem do coletivo, presentifica-se em cada profissional, em um movimento contínuo, no qual a pessoa está no coletivo e o coletivo em cada pessoa. Desta forma, o individual-coletivo está presente, juntamente com todas as outras dimensões numa confluência permanente do biológico, do sensorial, do psíquico, do cultural, do histórico, do intuitivo que fazem parte do ofício. “O ofício não está inteiramente na atividade, nem na tarefa, nem no coletivo. Vivo, ele transita por tudo” (Ibid., p. 10).

O trabalho está inserido na dimensão coletiva, mesmo que se desenvolva por um único trabalhador. Mesmo aquele que exerce a atividade de forma isolada, a faz junto com outros e para outros, pois há um repertório de modos de exercer uma atividade presentes em uma memória impessoal e transpessoal, que são as outras dimensões do ofício, da qual

o trabalhador lança mão mesmo sem saber, bem como contribui com ela por meio dos ajustes que faz em seu agir. Essa dimensão coletiva é definida pela Clínica da Atividade como gênero profissional, sendo responsável pela organização das ações no trabalho. O gênero profissional só tem sentido num contexto coletivo de trabalho, no qual o sujeito se afirma na sua relação consigo mesmo, com os outros com quem ele trabalha e pela qual colabora para a perpetuação de um gênero coletivo. O sentido transpessoal refere-se à união do passado e do presente, que existe no gênero profissional, numa intercessão contínua da qual ninguém é proprietário (CLOT, 2014).

A relação intrínseca entre atividade e subjetividade permite que os trabalhadores recriem, incessantemente, seu cotidiano de trabalho. Nas situações de trabalho sempre ocorre algo novo, que obriga o trabalhador a escolher caminhos, criar normas. O trabalhador não é um autômato que só reproduz regras predeterminadas, nem o trabalho apenas uma relação contratual de emprego. Para a Clínica da Atividade, o gênero não se reduz a acordos interpessoais, ou a uma tipologia no trabalho, mas, como “[...] meio de ação para cada um, o gênero é também história de um grupo e memória impessoal de um local de trabalho” (CLOT, 2007, p. 38).

Em suma, a atividade, para além de sua dimensão lógica, constitui-se por dimensões estéticas, permitindo novos modos de existir.

Como é sempre enigmática e em permanente construção, a atividade implica mais do que dimensões lógicas, diz o autor, exige dimensões poéticas por ser regida pelo signo da criação como fonte permanente de invenção de novas formas de viver. Assim, é a singularidade que se coloca como objeto de estudo no campo do trabalho como atividade, o que significa operar pela compreensão de uma situação ligada à unidade subjetiva e a uma experiência e não somente às representações funcionais que a experiência supõe. Entre inteligência e intuição, entre pensado e impensado, faz-se o trabalho como atividade. (AMADOR; FONSECA, 2014, p. 30)

Para Clot, os processos inventivos do trabalho se dão no movimento dialógico do grupo profissional. “As experiências de outros profissionais se fazem presentes por meio do diálogo, de modo que é possível ampliar o repertório de possibilidades de compreender e de agir na situação de trabalho, desenvolvendo a atividade” (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015, p. 14). Isto significa afirmar que não há trabalho sem invenção, mas essa invenção só tem sentido quando compartilhada por um coletivo, que se transforma em memória, por conseguinte, em gênero profissional. Ele é o intermediário que liga sujeitos, social e objetos

de trabalho. “De fato, um gênero sempre vincula entre si os que participam de uma situação, como coautores que conhecem, compreendem e avaliam essa situação da mesma maneira” (BARROS; SILVA, 2014, p. 138). Vale ressaltar que, para Clot, o gênero profissional não é fixo, pois é continuamente modificado pelo confronto com a atividade real. Como processo inacabado, ele é o recurso que o trabalhador tem para lidar com o real. A capacidade de transformação do gênero, sua flexibilidade, está diretamente relacionada aos modos singulares de realização de cada atividade. Clot chama de estilo esse modo próprio de executar uma atividade, que num movimento de retroalimentação, mantém a renovação do gênero profissional. O estilo individual é o desenvolvimento da história coletiva.

A estilização é o desenvolvimento da tradição, da história coletiva. Não inventamos as coisas fora do gênero, fora da história. A estilização é fazer de outro modo o que foi feito até o momento presente. Mas ela só é possível se o gênero não se encontra necrosado, fechado a novas estilizações. Um gênero necrosado não permite uma apropriação pessoal. (ANJOS, 2014, p. 62)

Todo gênero requer flexibilidade para que possa continuar a existir, ele depende de novos fazeres, exige um estilo pessoal, sem, contudo, negar a impessoalidade daquilo que se faz. Trata-se do movimento contínuo, duplo e indissociável entre “[...] fazer o que há de se fazer – impessoal – e ao mesmo tempo imprimir um modo próprio – pessoal” (BARROS; LOUZADA; VASCONCELLOS, 2008, p. 22).

Ao trazer os conceitos da Clínica da Atividade para o contexto dos processos formativos, no caso, dos trabalhadores de saúde mental, é possível pensar em estratégias inovadoras que possam potencializar a capacidade de agir desses trabalhadores<sup>21</sup>. Trata-se de propor metodologias de análise que possam instrumentalizar os profissionais em suas experiências cotidianas de trabalho em saúde mental. Tais metodologias não impõem estratégias de cima para baixo, de onde fala o especialista, daquele que, supostamente, sabe mais que os outros. Formar não se limita a capacitar alguém, mas produzir outros modos de trabalhar, outros modos de ser trabalhador da saúde, provocando novas sensibilidades e capacidades inventivas através de métodos dialógicos de produção de conhecimento. A formação não se faz por uma via exclusivamente racional-cognitiva, como tem sido entendida pelas propostas mais tradicionais de qualificação, de base abstrata e

---

<sup>21</sup> Clot desenvolve essa ideia em sua obra intitulada *Trabalho e poder de agir*, 2010.

representacional. O objetivo principal dos processos formativos não é indicar o caminho a seguir, mas tatear pistas que a montagem dos acontecimentos sinaliza.

A concepção mais comum e compartilhada é a concepção representacional da cognição que foi produzida historicamente e nós acatamos como se fosse o único modelo possível e natural. Mas ela é apenas mais um modelo. Aprender não é apenas representar o mundo tal como é esperado, mas sim inventar novos mundos. “O conhecimento não é uma representação, mas uma ação, uma prática”. (BIAJOLI, 2013, p. 11)

Por conseguinte, a formação de trabalhadores precisa se efetivar nas situações de trabalho, contrariando paradigmas transmissionistas que fragmentam o cotidiano das práticas profissionais. Descarta-se qualquer tentativa de modelização dos comportamentos humanos a partir de chaves conceituais monovalentes, estabelecidas sobre a fixação de limites, que repartem e legitimam campos de especialidades disciplinares e institucionais. A formação, ao contrário, deve propiciar o fazer-se trabalhador, permitir experiências que escapam dos esquadrihamentos conceituais e sobrecodificações de qualquer ordem. Trata-se de propostas que se opõem às formações academicistas, por se tratar de formação de um corpo que não se deixa sobrecodificar inteiramente. A aprendizagem se dá na experiência, de forma coletiva, no fluxo da atividade, sobretudo por tratar-se de um gênero profissional marcado pela variabilidade de situações de trabalho.

O encontro formativo pode ser um momento de conhecer como efetiva-se a organização de trabalho de cada serviço, de partilhar dúvidas e anseios, de estreitar e fortalecer laços profissionais, enfim, momento propício de falar coisas que só são possíveis de se comunicar com um par, uma oportunidade de experimentar o gênero e, então desenvolvê-lo, fortalecê-lo. É fundamental dialogar, criar espaços de debate para discutir o processo de trabalho, analisar práticas, permitir passagens para outras formas de cuidar, tencionar, pelas problematizações, o próprio campo da formação. “São processos onde a formação não se separa da intervenção, do mesmo modo que as situações concretas de trabalho são espaços privilegiados de formação” (ROZA; BARROS; GUEDES; FILHO, 2014, p. 1042). Trata-se de priorizar o compartilhamento de experiências, a autonomia, a criatividade no trabalho, as práticas democráticas, escapando às verticalizações e autoritarismos.

O que queremos destacar, é que a formação não deve se restringir a uma repetição atemporal e fora das condições concretas do trabalho. Diferentemente, ela é processo de coengendramento de trabalhadores e mundos do trabalho. Lembremos: viver no prescrito é invivível, os humanos nunca se limitam à mera execução, o que quer dizer que se trabalha com o que está disponível, catalogado, mas, principalmente, com o que vai se transformando no processo de trabalhar. Da mesma maneira, não há predeterminações absolutas dos processos formativos. Eles vão se engendrando, principalmente, nas relações com o outro nas situações de trabalho. É no fiar junto que as formas de ser trabalhador e os mundos do trabalho vão se constituindo. (BARROS; BARROS, 2010, p. 15)

Formar não se limita a capacitar ou qualificar alguém, isto é, dizer para outrem o que deve ser feito. Formar é transmitir um gesto. Envolve usos de um corpo que tem presença multidimensional e é infiltrado de história. Neste sentido, o conceito de ‘corporsi’, de Schwartz<sup>22</sup>, definido pela sinergia entre biológico, psíquico e histórico (VASCONCELOS; MUNIZ, 2017), é um importante conceito que supera o dualismo cartesiano e propõe a unidade entre soma e psique. Trata-se de um corpo marcado pela história e pela singularidade, produzido a partir de seu encontro com o real em um mundo que é infiel, visto que, tanto sua natureza biológica como cultural, não são plenamente vivíveis. Um corpo nunca é inteiramente biológico, porquanto está inserido em um mundo cultural. Da mesma forma, o meio cultural predeterminado também não pode ser reproduzido literalmente pelo indivíduo. “E, assim como o meio vivo é invivível exatamente como é, demandando regulações, as normas antecedentes do meio cultural também são impossíveis de serem vividas *ipsis litteris*” (Ibid., p. 324). Tais impossibilidades geram em cada pessoa a necessidade de reinterpretação das normas que lhe são impostas. No mundo do trabalho, mesmo em situações de grande controle e regimento, a atividade sempre abarca transgressões, distorções e “renormatização das normas” (SCHWARTZ, 2006, p. 460).

Para Schwartz, as renormatizações recriam sem cessar uma história repleta de situações novas que obrigam o sujeito a escolher novas formas de relação com o mundo. São movimentos singulares e, ao mesmo tempo, coletivos, que envolvem processos de encarnação “[...] manifestos em nossas respostas a solicitações e maneiras de capitalizar os encontros da vida [...]” (SCHWARTZ, 2014, p. 260).

---

<sup>22</sup> Yves Schwartz é membro do Instituto Universitário da França e diretor do departamento de Ergologia da Universidade de Provence. É um dos principais autores da perspectiva ergológica (SCHWARTZ, 2006; VARCONCELOS; MUNIZ, 2017).



O campo conceitual e metodológico da Clínica da Atividade é complexo e extenso, não sendo possível esgotá-lo neste capítulo. Considerações a respeito, por exemplo, da relação entre trabalho prescrito e trabalho real, retornarão para compor as pistas sobre o processo formativo articuladas aos dizeres dos entrevistados.

### 4.3 Contribuições da Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica voltada para a qualificação da atenção à saúde. Seus fundamentos aproximam-se das ideias apresentadas até aqui. Trata-se de importante estratégia de formação em andamento no país<sup>23</sup>, que prioriza a elaboração de recursos para a formação dos trabalhadores do SUS no próprio contexto de trabalho, considerando os aspectos institucionais e o processo de trabalho em regiões específicas. Seu projeto político-pedagógico (BRASIL, 2003b) visa ao fortalecimento do SUS, propondo a aprendizagem significativa, produtora de sentidos a partir da reflexão crítica das práticas concretas dos trabalhadores.

De acordo com Ceccim (2005, p. 161), a EPS, diferente de modelos mais tradicionais de capacitação, de caráter biomédico e hospitalocêntrico, define-se como:

[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes – , às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A EPS abrange o campo da formação profissional segundo as práticas de saúde no SUS, sendo da competência do Ministério da Saúde (MS) “participar da proposição e do

---

<sup>23</sup> Portaria Nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria Nº 1.996, de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), que dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Portaria Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014b), que institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS, a partir do reconhecimento da necessidade de prover cooperação, tanto do ponto de vista técnico, como financeiro, para a implementação da política de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos estados, DF e municípios do Brasil” (BRASIL, 2018, p. 6). Trata-se de uma proposta que pode ser entendida como aprendizagem-trabalho desenvolvida no novo cenário de práticas em saúde, sobretudo no que diz respeito às diretrizes do HumanizaSUS<sup>24</sup>, com suas demandas e especificidades. São iniciativas que questionam o saber verticalizado e que promovem a educação crítica e transformadora.

Para alguns autores, a EPS seria um desdobramento dos princípios educacionais de Paulo Freire, enquanto que para outros, teria base no movimento institucionalista de Lourau e Lapassade que:

[...] propuseram alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, como o elemento humano nas organizações, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar. (CECCIM, 2005, p. 162)

Aproximar a EPS da cartografia e da Clínica da Atividade, de um modo geral, é reforçar o enfoque processual da formação e do trabalho. A lógica dessas propostas, no âmbito da formação, parte do princípio que formar não é uma ação pedagógica transmissionista, prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento. Historicamente, os processos educativos para os profissionais de saúde estiveram atrelados à necessidade de adequação de recursos humanos para a atuação nos serviços. Porém, a capacitação era vista como treinamento para o aumento da produtividade, aprimoramento das técnicas, sem articulação com a realidade concreta dos trabalhadores, desconsiderando suas vivências e participação efetiva no processo de formação. São modelos verticais, voltados para os propósitos institucionais (FARAH, 2003).

---

<sup>24</sup> A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 como iniciativa inovadora no SUS com finalidade de “qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde [...] corresponde à produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho” (BRASIL, 2010, p. 6).

O problema colocado tanto pela EPS, como para as duas metodologias citadas, sobretudo para a Política Nacional de Humanização (PNH), é a inviabilidade de estandardização dos procedimentos formativos no campo das ações em saúde. Trata-se de problematizações em torno da noção de subjetividade, do que se entende por natureza humana. Neste sentido, mais uma vez, há que se afirmar a concepção de humano que se constitui no concreto da experiência dos embates cotidianos. Parte-se do princípio que toda situação vivida implica arbitragens, ponderações, critérios, engajamentos que não se reduzem ao plano dos tecnicismos, ou à transmissão de conhecimento, ou competências, isolada do contexto real de trabalho. O objetivo difere do modelo de educação tradicional, no qual especialistas, aquele que sabe mais, passará seus conhecimentos para aquele que sabe menos, num movimento de cima para baixo. O enfoque da EPS, ao contrário, inverte a lógica tradicional de aprendizagem dos programas de capacitação dos trabalhadores em saúde. Trata-se de incorporar o processo de ensino-aprendizagem ao cotidiano de trabalho, colocando a prática como fonte de conhecimento e de problemas a serem enfrentados de modo inventivo, participativo, crítico e descentralizado.

Com isso, é possível pensar a EPS como uma estratégia que busca reconfigurar o processo de trabalho, principalmente no que diz respeito à humanização desse processo. Tenta-se criar uma reflexão e uma tomada de consciência por parte dos participantes de protagonismo no processo de trabalho, não somente como profissionais que exercem suas funções, mas como sujeitos que são essenciais na modificação dos espaços e na promoção da saúde. (SANTOS; DALLA VECHIA, 2016, p.73)

Sobre a questão da aprendizagem, para Kastrup (2001), fundamentada nas ideias de Deleuze e Guattari, a aprendizagem não é uma passagem do não-saber ao saber. Em seus estudos sobre a cognição, ela afirma que tal processo ocorre a partir da experiência de problematização, da invenção de problemas, de modo imprevisível. Esta maneira de apresentar o problema da aprendizagem contrapõe-se ao modelo da representação, que parte de supostas leis da aprendizagem para defini-la como processo de solução para problemas preexistentes. “São esses dois pontos – o caráter imprevisível do processo de aprender e a invenção de problemas – que necessitam ser incluídos no estudo da aprendizagem inventiva” (Ibid., p, 18). Kastrup chama a atenção para outro aspecto importante sobre os processos de aprendizagem, ainda fundamentada em Deleuze e Guattari: a autora afirma a não existência de um sujeito no centro desses processos. Isso significa afirmar que a aprendizagem se dá em um plano impessoal e múltiplo, entendido

como plano de produção da subjetividade “composto de forças tendenciais heterogêneas, movimentos esboçados, fluxos moventes, fragmentos, multiplicidades, diferenças que coexistem com a forma subjetiva existente, mas sem serem subsumidos por ela” (Ibid., p. 20). Contudo Kastrup entende que possam ser criadas condições para que o processo inventivo aconteça, sendo esse o sentido proposto pelas metodologias aqui apresentadas, incluindo a EPS. Para que o processo de formação aconteça é necessário que se constitua espaços de compartilhamento de experiências, e que estes se transformem em campo de problematização. Por fim, a autora sintetiza: a aprendizagem inventiva ela é diária, cotidiana, sendo inviável padronizações, atividades protocolares ou mesmo o estabelecimento de regras de adaptação ao mundo.

A formação, no âmbito da saúde mental, tem como principal responsabilidade priorizar estratégias de sensibilização quanto às práticas de cuidado, problematizando proposições que, até então, expressavam verdades absolutas e inquestionáveis no que diz respeito ao tratamento das pessoas com transtorno mental, inclusive daqueles em conflito com a lei. Lembrando que esses últimos não foram incluídos de forma significativa na nova lógica de atenção em saúde mental, portanto é um dos grandes desafios que se coloca no âmbito da formação.

É importante frisar o que já foi posto na discussão sobre formação e a Clínica da Atividade, sobre a necessidade de se investir em processos formativos que produzam novos modos de ser trabalhador na saúde mental. Trata-se da construção permanente de estratégias de cuidado em meio aberto, resistentes à lógica hospitalocêntrica, biomédica. Merhy (2015), entende que é no cotidiano das práticas de saúde que as afetações se dão, e sempre com grande chance de provocarem mudanças no modo de agir e pensar dos profissionais. É no contexto real do trabalho que novas possibilidades de fazer o cuidado, ou de saber sobre algo, acontecem. É o lugar privilegiado de produção de novos arranjos.

Acontece que nesse acontecer vai se produzindo novas possibilidades de conhecimentos para a ação no campo da saúde e isso impacta, sem dúvida, o mundo tecnológico do cuidado. Pode ser que uma nova vista de um ponto de vista seja introduzido, deslocando os modos de olhar para o que antes já era um regime bem instituído de se ver, enxergar. Olhar e ver novos visíveis é em si novos acionamentos de formas de conhecimentos antes não dados. (MERHY, 2015, p. 9)

Os processos formativos acontecem numa rede de visibilidades que, intencionalmente ou não, podem ser inventadas, ampliadas, modificadas, perpetuadas. “E

isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde” (Ibid., p. 13). Um dos desafios da formação passa pela produção de visibilidades das afecções através do compartilhamento de experiências no mundo do trabalho, visando ao aumento da potência no agir do trabalhador em saúde mental e na produção de conhecimento, para concretizar o realinhamento das práticas de saúde mental a partir da RP. Trata-se de promover e consolidar o exercício clínico de base psicossocial que privilegia o tratamento em meio aberto.

Assim, o investimento ético-político em processos reflexivos de formação sobre a saúde mental se situa em um contexto de afirmação do direito à cidadania e à tentativa de afastamento das políticas exclusivamente assistencialistas e normalizadoras, as quais tendem a reduzir a questão do sujeito da loucura a processos preponderantemente medicamentosos e disciplinares, com efeitos recorrentemente estigmatizadores e de exclusão social. (MEDEIROS; NASCIMENTO; PAVÒN; SILVEIRA, 2016, p. 476)

## 5 CARTOGRAFANDO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL: A PRODUÇÃO DE PISTAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

*São linhas que nos compõem [...]. É uma questão de cartografia. Elas nos compõem, assim como compõem nosso mapa. Elas se transformam e podem penetrar uma na outra. Rizoma.*  
(DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 76-77)

*Mas a gente só sabe o que são as coisas depois que a gente vive elas.*  
(Psicóloga C)

### 5.1 A produção de pistas

O principal desafio deste capítulo é pôr em funcionamento a proposta cartográfica de pesquisa. Trata-se de um duplo desafio: acessar o plano comum do campo de pesquisa, plano de produção da realidade conhecida, e construir pistas para a formação do trabalhador em saúde mental, plano de produção de conhecimento.

A importância da experiência do pesquisar aponta sua inscrição no plano de forças, que constitui o plano de produção tanto do conhecimento quanto da realidade conhecida. Pesquisadores e pesquisados, bem como o problema da pesquisa cartográfica, estão mergulhados na experiência. (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2013, p. 217)

Partir do campo de dizibilidade produzido nas entrevistas com os profissionais, conectá-lo às perspectivas teórico-metodológicas que fundamentam a pesquisa para, por fim, propor pistas para efetivação de processos formativos no âmbito da saúde mental. Trata-se do mapeamento das falas, de acordo com a proposta deleuziana que descreve o processo cartográfico como mapeamento artístico de trajetos e devires, de modos de expressão de afetos que em nada tem a ver com a perspectiva identitária de subjetividade, nem mesmo com a suposição de um objeto preexistente. A cartografia, em linhas gerais, mapeia processos de produção de subjetividade, desprovida de objetivismo e subjetivismo, aposta na perspectiva construtivista do conhecimento (KASTRUP, 2012, p. 32).

Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*. Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procurem estabelecer algumas pistas que têm em

vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo.

A proposta cartográfica da pesquisa dirige-se, especialmente, para a análise do processo de trabalho e sua relação com o campo da formação profissional, sem tomar as atividades como expressão de um sujeito da representação, determinado por leis universais e destacado da trama histórico-política que o produz. A subjetividade é concebida em seu movimento maquínico, sempre processual, “de um processo de produção dirigido à geração de modos de existências, ou seja, modos de agir, de sentir, de dizer o mundo” (TEDESCO, 2006, p.358). Tal proposta busca novas configurações afetivas que, pela cartografia, vão ganhando contorno pela diferença e não por limites delineados por regularidades circunscritas numa dinâmica intimista. Tampouco não se trata de catalogar falas, mas de uma prática de narratividade na qual se coengendram pesquisador e campo empírico no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer são indissociáveis, sem pretensão de neutralidade, nem mesmo de uma suposta realidade de sujeito e objeto independentes (PASSOS; BARROS, 2012b).

As entrevistas transformaram-se em campo de produção de sentidos, de provocação de análises sobre o trabalho e o processo de formação, de exercício do protagonismo dos trabalhadores de saúde mental. O manejo cartográfico das entrevistas permitiu o acompanhamento de processos de experiências dos profissionais viabilizado pela perspectiva pragmática da linguagem.

Por meio do aspecto pragmático da linguagem, o diálogo na entrevista assume seu aspecto intrínseco de intervenção, respondendo pelo acesso/construção da experiência. É preciso assumir que a fala do entrevistador não elicia um relato preexistente, ela atua, produz, modula o processo do dizer do entrevistado. Nesse sentido, dizemos que a entrevista não é um procedimento para coleta de dados, mas sim para a "colheita" de relatos que ela mesma cultiva. (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 104-5)

Deste modo, a proposta da produção de pistas para a formação do profissional privilegia as questões que apareceram na experiência concreta das entrevistas, concebidas como plano coletivo de forças acessado pela cartografia. De acordo com o método cartográfico, a inversão *hodos-meta* pretende priorizar o processo de investigação, desfazendo-se das metas preestabelecidas. Conhecer as demandas desses profissionais a partir de suas experiências no atual cenário da saúde mental foi o caminho escolhido para

a formulação de pistas gerais que possam contribuir para a formação e sensibilização às práticas antimanicomiais dirigidas a todos os indivíduos acometidos de transtorno mental, inclusive aqueles em conflito com a lei.

Vale ressaltar que a natureza da RP é sempre móvel e, portanto, requer problematizações contínuas desses profissionais.

A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. Um processo que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, inventa dispositivos diferentes de cuidado; diversifica ações tecendo uma rede com o território; cria formas de sociabilidade; produz valor social; constrói uma ética; insiste em sonhar com um outro mundo possível. (YASUI, 2006, p. 18)

As entrevistas, como comentado em capítulo anterior, não foram usadas como técnica de extração de dados oferecidos pelos profissionais, mas como possibilidade de produção de conhecimento no percurso da experiência empírica. A experiência de entrevistar possibilitou a protagonização dos participantes, que diante das provocações da temática apresentada, puderam repensar suas práticas, sua trajetória de trabalho, as expectativas quanto ao contexto atual da saúde mental e estratégias de formação pertinente a esse contexto.

É interessante observar que todos os entrevistados, sem exceção, se mostraram dispostos e entusiasmados quando tomavam conhecimento da proposta da entrevista. Em alguns, o entusiasmo aumentava à medida que falavam de sua trajetória profissional, momento em que se apercebiam convidados à participar do processo de construção da pesquisa. O interesse aumentava ainda mais quando entendiam que a pesquisa tinha como principal objetivo acompanhar suas falas, dar visibilidade às suas experiências, que a partir de suas ideias seria pensado o processo de formação em saúde mental. Outro aspecto observado foi o modo como alguns dispunham da entrevista, como momento oportuno para produção de análises sobre suas práticas, de questionamentos, como lugar de expressão de contradições. Alguns expressavam um não saber sobre algumas questões, ao mesmo tempo que buscavam novos sentidos para situações vividas ou para contextos sobre os quais ainda não haviam se debruçado antes.

O clima de confiança produzido no percurso das entrevistas contribuiu para o engajamento dos participantes, sobretudo pela proposta cartográfica que prioriza o saber compartilhado, que acolhe a experiência dos pesquisados, em especial aqui, dos



trabalhadores de saúde mental. Este manejo dos dispositivos de pesquisa legitima os efeitos que os encontros, viabilizados pela pesquisa, produzem. Ainda que os interesses e lugares do pesquisador e pesquisados sejam diferentes, isso não é entendido como obstáculo, afinal não se espera uma única direção ou um sentido único no processo de investigação. Antes, busca-se a interconexão de diferentes pontos, a multiplicidade das singularidades (SADE; FERRAZ; ROCHA, 2014). Mais que respostas definitivas, busca-se a polifonia das muitas vozes em torno das práticas em saúde mental e dos princípios que devem sustentar os processos formativos. O aspecto ético da cartografia e sua metodologia empenha-se no sentido de criar condições para que o saber possa ser construído coletivamente, chamado de *ethos* da confiança em pesquisa pelos autores supracitados. “Eis o que encontramos na palavra confiança – *com fiar* – fiar com, tecer com, composição e criação com o outro/outrem” (Ibid., p. 69).

Tedesco (2015) também aborda a questão da ética nas investigações cartográficas afirmando que a perspectiva processual dos planos teórico e empírico, em sua contínua relação, permite desvios, mudanças na produção da pesquisa, sem que isso afete a confiabilidade do trabalho de investigação. A dimensão ética deve ser coerente com o próprio movimento processual da subjetividade, que requer, não um modelo fixo de produção metodológica, estabelecido previamente, regulador das práticas investigatórias, mas dispositivos que considerem os aspectos histórico-políticos, a processualidade do fazer pesquisa e suas modulações. Não seria confiável o uso de metodologias de pesquisa incoerentes à dinâmica do campo de estudo. Neste sentido, a autora clarifica que a proposta cartográfica enfatiza o pesquisar “com” ao invés de pesquisar “sobre” (Ibid., p. 36).

Esta é a direção a ser seguida na montagem das pistas e suas linhas de sustentação, o fundamento dos procedimentos adotados na pesquisa – toda pesquisa é interventiva, ela inventa, produz modulações na realidade, importando saber da natureza dessas mudanças e invenções, “dos efeitos pragmáticos que o saber/fazer provoca” (Ibid., p. 40).

Assim, o objetivo das entrevistas foi a produção coletiva de conhecimento, bem diferente das propostas tradicionais de pesquisa.

As metodologias que utilizam o questionário/entrevista como técnicas fidedignas criam a ilusão de que o pensamento de cada um pode ser "agarrado" na coleta de dados. A expectativa é de objetividade e organização dos problemas. A crença é a de que se melhor apreende a realidade quanto mais versões se acumulem sobre ela. Tais pressupostos mantêm, de todo modo, o objeto como algo a ser apreendido, apreensão

garantida pela estrutura a priori do fenômeno que se quer conhecer. A pesquisa-intervenção, ou apenas a intervenção, como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos - pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento - se constituem no mesmo momento, no mesmo processo. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73)

O trabalho cartográfico proposto nas entrevistas teve como princípio a construção de conhecimento no sentido de baixo para cima, sem a pretensão de criar um modelo geral para a formação em saúde mental, e sim privilegiar as falas em sua singularidade. Importa a visibilidade dessas falas para a construção de pistas e, a partir delas, pensar a formação dos trabalhadores que atuam no novo cenário de atenção em saúde mental. Não se trata apenas de transmissão das ideias colhidas, mas do compartilhamento de olhares daqueles que se interessam em pensar e pôr para funcionar ações mais eficazes de cuidado.

Neste cenário, foram entrevistados vinte profissionais da área de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, atuantes em diferentes segmentos: HCTP, CAPS, atividades de perícia e projetos de desinstitucionalização de indivíduos acometidos de transtorno mental, inclusive aqueles que cumprem medida de segurança. Foram dezesseis entrevistas, sendo quatorze individuais e duas coletivas, nas quais participaram três psiquiatras, nove psicólogos, duas assistentes sociais, quatro terapeutas ocupacionais, uma enfermeira e uma nutricionista. Todos os profissionais foram entrevistados em seus próprios lugares de trabalho, suas identidades foram preservadas, além da substituição por nomes fictícios de todos os citados pelos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante autorização. Tanto o processo de escuta das gravações em áudio, como o processo de transcrição, constituíram-se em procedimentos com função cartográfica das entrevistas, que contribuiriam efetivamente para a produção de um terceiro momento – a escrita. Três momentos fundamentais para a construção das pistas sobre o processo formativo em saúde mental – ouvir, transcrever e escrever como experiência mais ampla, não como mero exercício de reprodução dos conteúdos expressos durante as entrevistas. Vale lembrar que não se trata da perspectiva representacional aplicada ao exercício da linguagem. “A linguagem representacional precisa ser refratária às inconstâncias dos fatos sob o risco de estas carregarem para o interior da linguagem a irregularidade do mundo” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 96-97).

A experiência de elaboração do que foi dito, de organização das falas, não seguiu apenas o caminho racional do uso da linguagem, mas, como proposto por Bakhtin (1992),

um caminho de construção de narrativas que envolve o entrecruzamento das falas, um processo de estilização que transborda a apropriação cognitiva dos sentidos. Composto com os movimentos das falas, estão as principais referências teóricas apresentadas até aqui. Todos falam. Trata-se do processo de criação coletiva de conhecimento; da produção de diferentes sentidos; das perspectivas metodológicas; dos sentidos que diversos autores imprimem às experiências em saúde mental, sobretudo à RP; do compartilhamento não só de frustrações e dificuldades, mas também de possibilidades e experiências exitosas. Falam a história, as tendências sociais em torno da loucura, do cuidado; os afetos que se materializam nos discursos. Em cada pista, aproximações de falas, inflexões, tentativas de captação de entonações, acentos, variações de estilos, conjugações de diferentes línguas. Em cada linha, novas aberturas aos efeitos produzidos pelo dispositivo da entrevista vão se tornando mais nítidos, reverberavam entre si, no jogo de interesses entre pesquisador e pesquisados. Quando a entrevista segue o *ethos* da cartografia, ela “[...] privilegia a experiência construída nas falas, isto é, prioriza a experiência da entrevista em detrimento da entrevista sobre uma experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 105).

O manejo das entrevistas, ao buscar a pluralidade de vozes, é constituído a partir do discurso indireto livre (BAKHTIN, 1992), longe do modelo linear do interrogatório, é uma conversa, na qual as falas ocupam o plano intensivo de forças, não assumindo formas fechadas, individualizadas e que se entrelaçam desfazendo figuras identitárias e seus determinantes preestabelecidos. Trata-se do caráter dialógico da linguagem, que segundo Bakhtin, é composto pelo discurso direto, daquele que fala, e o discurso indireto, daquele que narra.

A novidade desse conceito é desrespeitar o binarismo entre discurso direto e discurso indireto para compor-se na polifonia de vozes, promovida pela mistura efetivada entre essas duas modalidades de enunciações. Ele seria formulado pelo narrador, segundo seu ponto de vista, porém, portaria palavras e expressões que só poderiam caber ao personagem. O discurso narrado infiltra-se no discurso do narrador, criando um tipo especial de elo entre as falas no qual interessam não as autorias, mas a indeterminação semiótica e o processo de construção de novos sentidos. (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 115)

O ponto de vista da multiplicidade discursiva articula-se com a noção de agenciamento coletivo de enunciação proposto por Deleuze e Guattari (2002), que

corresponde à pragmática<sup>25</sup>, campo da linguística, o qual se opõe ao modelo dual da língua, esse que impõe coordenadas semióticas do enunciado. “O agenciamento coletivo não corresponde nem a uma entidade individuada, nem a uma entidade social predeterminada” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 39). Portanto, o processo de reconstrução das falas passa não só pela expressão dos pontos de vistas dos entrevistados, mas também inclui o do pesquisador e seus suportes teórico-metodológicos, considerando todos os aspectos já mencionados: políticos, históricos, sociais, afetivos, inclusive pré-verbais e pré-individuais que compõem os acontecimentos.

Entrevistar diferentes profissionais, além de atender à perspectiva multidisciplinar do trabalho em saúde, também provocou ainda mais a polissemia das narrativas em torno das temáticas apresentadas, sobretudo pela interface entre diferentes saberes

A RP constitui-se por uma rede de produção de cuidado, na qual o exercício profissional faz parte de um fluxo contínuo de linhas de forças que não cabem nos fechamentos metodológicos, nos procedimentos estratificados, nem muito menos nos especialismos.

O quadro 1 apresenta as categorias profissionais que participaram da pesquisa, as respectivas áreas de atuação e o modo como os profissionais serão identificados na elaboração das pistas.

### QUADRO 1 – Categoria e experiência profissional dos entrevistados

CATEGORIA PROFISSIONAL	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PSIQUIATRA A	- Sistema penal - Hospital Psiquiátrico - Gestão - HCTP - Perícia - Desinstitucionalização de pacientes com ou sem problemas com a justiça
PSIQUIATRA B	- Psiquiatria forense - HCTP - Perícia
PSIQUIATRA C	- Hospital psiquiátrico - Gestão - CAPS III - Desinstitucionalização
PSICÓLOGO A	- Sistema penal - CAPS - Supervisão de desinstitucionalização de pacientes com ou sem problemas com a justiça
PSICÓLOGO B	- Docência em Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Desinstitucionalização

<sup>25</sup> Segundo Tedesco e Valviesse (2009, p. 2), a pragmática com base em Austin, Deleuze e Guattari, “passando por Foucault, vai ressaltar, no processo da construção do sentido, a presença de pressupostos implícitos às palavras, gerados na exterioridade do que tradicionalmente denominou-se linguagem. Ou seja, para bem mais além do âmbito do léxico e da sintaxe, existe todo um conjunto de fatores que, embora não se confunda com a palavra em si, tem o poder de participar da construção de seu sentido.”

PSICÓLOGO C	- HCTP - Hospital Psiquiátrico - Desinstitucionalização
PSICÓLOGO D	- Programas de álcool e drogas - Saúde pública - População em situação de rua - CAPS ad III
PSICÓLOGO E	- HCTP - Sistema penal - CAPS
PSICOLOGO F	- Supervisão de desinstitucionalização de pacientes com ou sem problema com a justiça - Hospital Psiquiátrico
PSICÓLOGO G	- Sistema penal - HCTP - Perícia
PSICÓLOGO H	- Hospital psiquiátrico - Gestão de serviços de saúde - Capacitação de profissionais da atenção básica - Docência em Residência Multiprofissional em Saúde Mental
PSICÓLOGO I	- CAPS III - Sistema Penal - Perícia
ASSISTENTE SOCIAL A	- HCTP - Perícia - Desinstitucionalização
ASSISTENTE SOCIAL B	- CAPS III - CAPS ad
TERAPÊUTA OCUPACIONAL A	- HCTP
TERAPÊUTA OCUPACIONAL B	- HCTP
TERAPÊUTA OCUPACIONAL C	- HCTP - Perícia
TERAPÊUTA OCUPACIONAL D	- CAPS III - CAPS ad - Hospital Psiquiátrico
ENFERMEIRO	- CAPS II - Hospital Psiquiátrico
NUTRICIONISTA	- CAPS III

As pistas serão apresentadas a partir de recortes de falas sobre experiências vividas no cotidiano de trabalho dos entrevistados, suas demandas e expectativas por novas possibilidades de intervenção, seus impasses, e propostas para a construção de processos formativos. Vale lembrar que a ideia de pistas não é sinônima de regulamento, e sim de orientações para guiar os processos de formação, que visam a mais uma atitude de abertura, do que a arremates protocolares. Não se pretende apresentar regras a serem aplicadas, mas mostrar o que foi possível acompanhar no encontro com os profissionais para, num movimento de baixo para cima, pensar a formação. “As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa – o hódometá da pesquisa” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012, p. 13).

Não há lógica hierárquica na apresentação das pistas nem das linhas que as constituem, podendo ser lidas sem preocupação com a importância, ou pré-requisito, de

uma em relação a outra. A construção das pistas deu-se à medida que algumas falas ganhavam relevo, que conversavam com os autores da pesquisa. Os dizeres foram destacados, não apenas pela sua repetição ou frequência nas diferentes entrevistas, mas pela importância que provocavam, ainda que fossem falas isoladas, mas produtoras de desvios em termos de transformação do cotidiano das práticas.

A organização temática é um recurso utilizado para melhor compreensão do texto, sem intenção de formatar ou impor uma sequência rígida. As pistas se conversam, as linhas se misturam, sobretudo por não estarem submetidas a uma estrutura fechada, o que foi tema de discussão em uma das pistas, quase sempre reaparecerá em outras. As pistas foram organizadas em linhas, permitindo melhor visibilidade das temáticas abordadas. O quadro 2 apresenta a sequência das pistas e suas respectivas linhas de discussão.

## QUADRO 2 – Rol das pistas para a formação profissional

<b>5.2 Pista 1: Alternância entre encontros presenciais e experimentações no trabalho</b>
<i>Linha A - Indissociabilidade entre teoria e prática</i>
<i>Linha B - Plano comum de produção de conhecimento</i>
<i>Linha C - Nexo entre processos formativos e RP</i>
<b>5.3 Pista 2: Produção e potencialização dos dispositivos dialógicos de formação</b>
<i>Linha A - Construção coletiva do saber</i>
<i>Linha B - A construção de gênero profissional</i>
<i>Linha C - Caráter processual da formação</i>
<i>Linha D - Protagonismo dos trabalhadores</i>
<b>5.4 Pista 3: Desconstrução da perspectiva biomédica</b>
<i>Linha A - Perspectiva histórica</i>
<i>Linha B - Desconstrução do poder-saber médico</i>
<i>Linha C - Desierarquização do trabalho em equipe</i>
<b>5.5 Pista 4: Formação inventiva</b>
<i>Linha A - Produção de linhas de fuga</i>
<i>Linha B - Paradigma ético-estético-político</i>
<i>Linha C - Aprendizagem inventiva</i>
<b>5.6 Pista 5: Formação como plano de construção e desconstrução contínua</b>
<i>Linha A - Perspectiva histórico-cultural dos conceitos</i>
<i>Linha B - Propostas temáticas</i>
<i>Linha C - Processo de desinstitucionalização do trabalhador</i>
<i>Linha D - Desconstrução contínua da lógica manicomial</i>
<b>5.7 Pista 6: Formação-interventiva</b>
<i>Linha A - Formação como ação transformadora</i>
<i>Linha B - O exercício da análise de implicação</i>
<i>Linha C - Estratégias de formação</i>
<b>5.8 Pista 7: Inclusão da medida de segurança nos processos formativos</b>
<i>Linha A - Conhecimento sobre o cenário da medida de segurança</i>
<i>Linha B - Especificidades do paciente em conflito com a lei</i>
<i>Linha C - Problematização da noção de periculosidade</i>
<i>Linha D - Da lógica compartilhada</i>
<i>Linha E - Construindo caminhos</i>

## 5.2 Pista 1 – Alternância entre encontros presenciais e experimentações no trabalho

### *Linha A: Indissociabilidade entre teoria-prática*

A formação no âmbito da saúde mental vem gradativamente priorizando as experiências concretas de trabalho, com foco na transversalidade de práticas e saberes, que recusam a fragmentação e verticalização do conhecimento (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Fazem parte da Política Nacional de Humanização (PNH), estratégias de formação coerentes com os princípios do SUS, que visam à construção coletiva do saber que, para além dos aspectos teórico-técnico, concorrem para a problematização do processo de trabalho, dando suporte ao profissional para o enfrentamento dos desafios da operacionalização dos serviços em rede, pautados, sobretudo, na indissociabilidade entre as práticas de cuidar, gerir e formar (HECKERT; NEVES, 2007).

A EPS como prática de ensino-aprendizagem busca incorporar os processos formativos ao cotidiano de trabalho de modo problematizador, isto é, interessa-se pela produção de conhecimento comprometida com os desafios que os trabalhadores enfrentam no trabalho. Tal proposta mostra-se condizente com os anseios dos profissionais entrevistados, que chamaram a atenção para o problema da descontinuidade entre formação e as situações de trabalho. A ideia de fazer cursos, muitas vezes chamados de “cursinhos”, foi veementemente rejeitada, por fragmentar o conhecimento.

*Fazemos cursos, treinamos. E aí? Como isso tá no cotidiano? (Psicóloga B)*

*Eu não penso em curso. Eu, por exemplo, não faria um curso de alguma coisa na saúde mental, porque formaliza de um jeito que não tá junto da prática. (Psicóloga A)*

Vivenciar a realidade do campo de trabalho, para muitos entrevistados, é transformador, capaz de desmontar ideias preconcebidas e constranger qualquer tentativa de modelização de práticas.

*Eu admiro a formação em serviço [...]. Hoje a gente tem mais essa demanda pra fazer essa formação, que é uma parte no serviço, outra parte de teórica. [...] eu, que trabalho com população em situação de rua, com redução de danos, foi muito de poder vivenciar isso na pele, poder ir pra rua, poder ver como funciona. Eu acho que as propostas de formação em serviço são incríveis. Isso que me mudou. Não adianta se alguém desse aulas sobre a rua se eu não fosse lá e visse o cara debaixo do viaduto. (Psicólogo D)*

É no cotidiano que se busca estratégias de atuação. O dia-a-dia se apresenta sempre de forma inédita e surpreendente. Um psiquiatra, com vasta experiência no âmbito da saúde mental, sem desprezar o aspecto teórico que, para ele, poderia, por exemplo, ser trabalhado no formato de seminários, deu ênfase às vivências junto à população, expondo que é a partir delas que manobras são construídas de modo a atender as suas demandas. Lembrou-se de um episódio, que ocorreu na década de 80, quando queria transferir um ambulatório para dentro da comunidade da Rocinha. Achava que com isso a comunidade seria melhor atendida, sem ter que se deslocar para outro bairro distante. Ao consultar a comunidade, certo que esta concordaria, para sua grande surpresa, teve como resposta a recusa da grande maioria. Mas, como? Se seria muito mais fácil para os pacientes e seus familiares? No entanto, alegaram que as pessoas que faziam tratamento psiquiátrico sofriam o estigma de ser maluco. Fazer o tratamento fora da comunidade os preservava dessa marca negativa.

*A gente recebe até hoje pacientes que são da Rocinha e que não aceitam ser tratados no CAPS da Rocinha, pra não ficar com estigma na população. Eu acho que a gente tem que conhecer essas nuances que a gente só conhece no dia-a-dia [...]. tem que ter a teoria, mas tem a coisa prática. [...] A maioria aqui dentro do CAPS nunca foi numa colônia, num hospital colônia, nunca viu uma cela forte. (Psiquiatra C)*

Muitos foram os questionamentos sobre a dicotomia entre formação e realidade dos serviços e, nos dizeres dos profissionais que atuam em HCTPs, não foi diferente. Um desses apontou para as dificuldade de se concretizar a proposta de formação vinculada às situações concretas de trabalho, destacando a falta de conhecimento entre os diferentes setores de assistência ao paciente em conflito com a lei, sobretudo no que diz respeito às práticas do campo judiciário. Como problematizar as práticas se elas não são vivenciadas?

*[...] conhecer o que é uma audiência, um laudo de perícia, que fala da questão da periculosidade. [...]. Tem que conhecer uma emergência psiquiátrica, um hospital de custódia. [...] por que estão internados? Por que não cumprir a medida de segurança nos dispositivos? (TO B)*

Como elaborar estratégias de formação que conciliem estudos teóricos, procedimentos metodológicos com a realidade mutante dos serviços? Além das questões estruturais desse arranjo dos processos formativos, estão as dificuldades relativas à dinâmica do próprio trabalho que precisam ser revistas. Por exemplo, surgiu na fala da



enfermeira uma preocupação com a rotina de trabalho dos técnicos de enfermagem, pois ela observa que, segundo esses próprios profissionais, é praticamente impossível uma formação que seja fora do contexto de trabalho, visto que alegam falta de tempo, devido à rotina exaustiva que mal permite a reflexão sobre as práticas. Muitos entrevistados comentaram sobre as dificuldades de “separar um tempo” para compartilharem as experiências de trabalho e dedicarem-se à discussões teóricas.

As questões colocadas pelos entrevistados condizem com os estudos que afirmam a inseparabilidade entre os processos formativos, os modos de cuidar e gerir (HECKERT; NEVES, 2007). Trata-se da impossibilidade da formulação de uma teoria que se presuma pura, ou o contrário, de uma prática desvinculada do pensamento. As propostas atuais de formação no campo da saúde operam com dispositivos que integram o pensar e o fazer produzidos no cotidiano, considerando o trabalho como fonte de formação (BRASIL, 2015).

Deleuze e Foucault afirmam que a teoria não visa a expressar uma prática, ela é uma prática, sempre local, é ferramenta de luta, “é preciso que sirva, é preciso que funcione” (FOUCAULT, 1982, p. 71). Segundo Barros:

Não se trata de estabelecer saberes para compreender, responder às necessidades, mas para cortar, opondo-se à ideia de totalidade, recuperando o detalhe, o eventual, o singular, o acontecimento. É neste sentido que entendemos a teoria não como algo universal e geral, mas como algo local, relativo a um pequeno domínio, que deve servir para montarmos outros desenhos, outras perguntas. (BARROS, 2009, p. 222)

É nesta direção que seguem as estratégias as quais buscam a construção de práticas; lembrando que existem espaços na saúde mental, nos quais as práticas são debatidas coletivamente e que devem ser fortalecidos como espaços de diálogo, oportunos e proveitosos à formação profissional.

*Porque já tem espaço onde o debate acontece, onde as práticas são pensadas coletivamente. A gente tá num momento muito ruim, em que as coisas não são mais construídas tão coletivamente, tem vindo muito de cima. Mas, a cultura da saúde mental, dos trabalhadores de saúde mental é construída coletivamente, é dialogada. Acho que a gente tem que usar esses espaços, que já estão instituídos e que são super ricos pra trazer a cultura da desins [...]. (Psicóloga A)*

A supervisão clínico-institucional<sup>26</sup> foi lembrada como importante estratégia de formação que acontece nos serviços substitutivos, destinada à discussão das questões clínicas associadas ao contexto institucional.

*[...] através da supervisão a gente tá o tempo todo questionando e reavaliando o trabalho, e tentando também construir estratégias em conjunto [...]. (Psicóloga I)*

A clínica não está dissociada das práticas de gestão do trabalho e precisa ser problematizada para evitar que o antigo modelo, com sua fragmentação do conhecimento e hegemonia da perspectiva biomédica, continue prejudicando a reorientação da lógica em saúde mental. Infelizmente, nem sempre esses espaços são aproveitados dessa forma. Foi o que disse uma psicóloga, com longa experiência em formação profissional, observando que depende muito da formação e da sensibilidade do próprio supervisor para imprimir o paradigma psicossocial no trabalho com as equipes, ainda sendo visíveis as relações hierarquizadas de caráter fiscalizador e normalizador.

O que adianta mudarem a estrutura dos serviços, propor novos dispositivos de formação, se as velhas práticas continuam presentes e arraigadas no fazer do profissional, ainda que, aparentemente, se mostrem diferentes? Para mudar é preciso insistir na problematização, negociar com as antigas normas, reconhecer a força que possuem nos diferentes contextos sociais, entendendo que os formatos autoritários e as práticas que priorizam a cultura do sintoma ainda estão encarnadas nos modos de cuidar. “Analisar tais valores é fundamental para entender e transformar as práticas numa direção que chamaremos aqui de ética” (GOMES; SILVA; PINHEIRO; BARROS, 2007, p. 21). A ética supera o plano da moral e, somente por meio dela, é possível abrir-se ao encontro com o outro, exercitar a alteridade e lançar-se no movimento de construção coletiva de novos mapas de existência. Neste sentido, formar implica um fazer ético de legitimação do outro.

### ***Linha B: Plano comum de produção de conhecimento***

Os referenciais teórico-metodológicos da cartografia, da Clínica da Atividade e da Análise Institucional, além dos fundamentos da RP e das orientações da EPS, segundo os

---

<sup>26</sup> A supervisão clínico-institucional está prevista pelo Ministério da Saúde como estratégia de qualificação da rede de atenção psicossocial, tendo sido uma das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e regulamentada como uma das ações do Programa de Qualificação dos CAPS - Portaria Nº 1.174/2005 (BRASIL, 2005).

princípios do SUS, indicam que é preciso construir um plano comum entre todos os envolvidos em um determinado trabalho. Kastrup e Passos (2014), quando se referem à pesquisa de campo sobre a produção de subjetividade, fazem indagações a respeito da produção coletiva de conhecimento, visto que não o consideram como representação da realidade. São indagações sobre a possibilidade do trabalho coletivo a partir de um plano comum, em que todos possam exercer seu protagonismo. Seria possível construir um mundo comum sabendo que ele é também heterogêneo? Paradoxo relevante para os processos formativos. Como construir processos formativos com diferentes sujeitos, garantindo o caráter coletivo da participação de todos? Como superar as propostas tradicionais de ensino-aprendizagem verticais, pelas propostas transversais, nas quais não há separação daquele que ensina e aquele que aprende?

*[...] não ser uma formação tradicional, de quem sabe vem falar pra quem não sabe.*  
(Psicóloga C)

Vale reafirmar que o conceito de coletivo não se restringe à ideia de indivíduo ou de grupo de pessoas, mas à multiplicidade constitutiva do plano de forças. Melhor dizendo, plano coletivo de forças, ou ainda, “plano efetivo da experiência do conhecer/fazer, própria à cartografia e outros tipos de pesquisa intervenção” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p. 93), e, por extensão, típica dos processos formativos aqui defendidos. A formação é uma atividade e, segundo a Clínica da Atividade, deve ser concebida como processo coletivo de produção de conhecimento, sem unilateralismo quanto à produção de diretrizes pedagógicas. Trata-se do exercício de problematização das práticas, de construção de novos olhares sobre os processos laborais como possibilidade contínua de reconstrução do gênero de atividades profissionais (CLOT, 2007).

*São todos profissionais e todos construíram uma condição de entendimento da sua prática profissional e, conseqüentemente, teorias. Considerar que todos têm um saber que pode ser falado, que pode ser partilhado. [...] tem outros saberes que produzem outras possibilidades de práticas, que podem ser interessantes pra mim. Nesse momento, que eu tenho esse insight daquilo que eu não fazia, mas que eu posso vir a fazer se eu mudar minha perspectiva teórica ou de visão sobre o meu trabalho, eu acho que é aonde a formação acontece.* (Psicóloga C)

São propostas que não se reduzem ao critério informacionista, mas buscam a construção do conhecimento por meio de metodologias de ensino democráticas que

favoreçam o protagonismo dos trabalhadores, seu saber e suas experiências no fazer cotidiano. Isto implica o uso do espaço de formação para a troca de experiências que tratem das demandas diárias, como: questões ligadas às fragilidades do trabalho, às dificuldades e inquietações do trabalhador, suas angústias, enfim, aos aspectos que interferem, de um modo ou de outro, no trabalho. Esta proposta faz parte das estratégias da EPS, apresentada por Ceccim (2005), quando diz que as singularidades e suas conexões de sentido local devem ser acessadas. A proposta do encontro, mais que uma reunião de pessoas, foi uma demanda observada em muitas falas dos entrevistados, sintetizada no seguinte trecho de uma entrevista coletiva.

*Eu acho que tem uma coisa no nosso cotidiano que esbarra numa fragilidade: o que fazer com determinados casos? Como fazer? (Assistente social B)*

*Porque não tem bula, né? (Nutricionista)*

*Se a gente pudesse ter espaço de compartilhamento, que a gente pudesse elencar todas essas dificuldades que a gente enfrenta no cotidiano [...]. Por exemplo, a gente veio de um período de greve que desgastou demais, e a gente fez um seminário aonde a gente pode discutir os impactos disso na equipe [...] e isso deu um gás na gente, porque a gente pode falar disso [...]. compartilhar coisas que falem da nossa rotina, das nossas dificuldades, dos desafios. (Assistente social B)*

A dimensão do comum é o plano de criação, da heterogeneidade, viabilizada pelo movimento dialógico<sup>27</sup>. A Clínica da Atividade e a cartografia partem do mesmo ponto de vista ao evidenciarem o diálogo como estratégia de construção de novos saberes, articulando os saberes científicos e o conhecimento produzido na e pelas experiências do trabalho. Esse processo envolve a coletivização e a singularização de modo simultâneo. A coletivização como plano de coengendramento e de criação e a singularização, não como identidade, mas o modo como cada tarefa é realizada (TEIXEIRA; BARROS, 2009; BARROS; PASSOS; EIRADO, 2014).

Reverendo as noções de trabalho prescrito e trabalho real, vale relacioná-las com a proposta de formação aqui apresentada, pelo modo como lida com a produção de conhecimento. Trata-se da distinção entre tarefa e atividade que impossibilita a obediência irrestrita a procedimentos protocolares e estratégias pré-definidas antes de qualquer experiência. Toda atividade é passível de previsão, ou seja, de fixação prévia pela organização do trabalho (CLOT, 2006; SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015). Contudo,

---

<sup>27</sup> Os processos dialógicos serão abordados na Pista 2.

Entre o que está prescrito pela organização do trabalho e o que é efetivamente realizado, há sempre um deslocamento, uma (re)criação, o que viabiliza a realização da tarefa. Os trabalhadores, coletivamente, são capazes de inovações, de produzir regras, não se submetendo inteiramente a elas. (BARROS; LOUZADA; VASCONCELLOS, 2008, p. 18)

Assim, os processos formativos à luz das propostas apresentadas não estabelecem critérios de aprendizagem a priori, nem se fundam na lógica transmissionista. Os processos formativos, quando seguem as orientações da cartografia, tem como aposta metodológica as problematizações do cotidiano, buscam o exercício do pensamento compartilhado. Tal como o trabalho de um cartógrafo, os encontros formativos seguem múltiplos fluxos que cruzam o prescrito e o real da atividade (BARROS; SILVA, 2014). Isso significa afirmar que não existe um modo correto e rígido de formação, isto é, não se trata de um exercício de ação pedagógica prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento.

*[...] poder discutir o processo de trabalho e não ficar fazendo cursinhos, que vai ter sempre aquele que sabe e o outro que nunca sabe. (Psicóloga B)*

Em outra fala, a formação é concebida como momento de provocação e não um lugar de imposição de ideias e procedimentos, de divisão hierárquica, no qual o que aprende se limita ao lugar de passividade.

*Provocar mais. Lançar e deixar o outro pensar. [...] o corpo docente detém muito o saber [...] tem que abrir espaço pra aquele outro que tá ouvindo [...]. Acho que tem que injetar algo diferente do que só ouvir. (TO A)*

Vale adiantar que houve muito interesse por parte dos entrevistados em argumentar a favor de estratégias para a operacionalização da experiência coletiva de formação. Mencionaram projetos que utilizam metodologias ativas e citaram manejos grupais que favorecem a troca de conhecimento entre os profissionais. Essas estratégias serão apresentadas na Pista 6, linha C.

### ***Linha C: Nexos entre os processos formativos e RP***

Os processos formativos no âmbito da RP devem seguir as premissas do SUS e o movimento rizomático da nova lógica de atenção em saúde mental.

Consideramos não ser possível tornar a RP como uma lei a ser cumprida, tampouco como um estatuto a ser obedecido, como uma norma a ser seguida. Fazendo-se fecunda a partir da saturação das forças de um certo tempo social, ela se configura por um conjunto de combinações que lhe conforma um rosto, aqui e lá, sempre indissociado dos rastros produzidos pelo confronto entre as forças da história e os anseios de liberdade de um dado espaço-tempo. (FONSECA, 2007, p. 40-41)

Embora a RP tenha se consolidado no plano molar pela lei 10.216/2001, com exigências protocolares, isto é, constituída no plano das forças macropolíticas, não se pode ignorar sua dimensão molecular - as forças micropolíticas que lhe conferem uma dinâmica sempre mutante. Seu processo é diverso, heterogêneo e impossível de ser capturado por uma totalidade. A formalização da RP corre o risco de endurecer seus próprios fundamentos, detendo o movimento antimanicomial que a sustenta. Portanto, quando se fala de processos formativos no âmbito da RP, deve-se ter o cuidado para não excluir os processos moleculares de seu movimento. Não dissociar os planos molares e moleculares permite que a RP avance pelos caminhos que lhe pertencem, caminhos tais que são construídos e desconstruídos o tempo todo, num infinito processo, inacabado, da ordem rizomática dos fluxos que se desterritorializam e reterritorializam continuamente (DELEUZE; GUATTARI, 2000).

A RP situa-se nas mesmas condições de qualquer proposta que se institucionaliza, correndo o risco de subestimar seu caráter complexo e processual (AMARANTE, 2003). O perigo está na estagnação dos fluxos e homogeneização dos procedimentos de cuidado. Não é possível normalizar o movimento antimanicomial, visto que se encontra na ordem molecular, constituído por linha de fuga ao instituído, “[...] presentes na configuração de qualquer sociedade/cidade, em qualquer padrão de vigência ou unidade de certeza, em qualquer serviço substitutivo’ (CECCIM, 2007, p. 15).

*Tem uma diferença muito grande da reforma psiquiátrica no sul, no Amazonas, no Rio de Janeiro, ou em Belo Horizonte, inclusive, por conta da própria regionalização do SUS. Você tem a lei 10.216, que é uma lei federal, mas os estados e municípios, eles tem autonomia pra gerir isso de forma diferente. Tanto que a forma como as residências terapêuticas são implementadas no Rio de Janeiro, é completamente diferente como são implementadas em Minas Gerais, apesar da lei ser uma só. Então, também, a reforma psiquiátrica não é uma só no Brasil, são as reformas psiquiátricas que se tem no Brasil. (TO D)*

Ceccim (Ibid., p. 12) fala de uma educação rizomática – “Como rizoma, ensinar e aprender se prolongam um pelo outro como efeito das interações afetivas e produção de desenvolvimento de si e dos entornos.” Formar, então, não é qualificar no sentido corrente desse termo, mas produzir outros modos de trabalhar, outros modos de ser trabalhador, por meio de problematizações das práticas que rompam com a lógica hospitalocêntrica e com a racionalidade psiquiátrica.

Muitos entrevistados aludiram ao fato de as formações ainda seguirem o modelo biomédico, com enfoque na doença mental e teorias descontextualizadas.

*A formação precisa levar em consideração esse tipo de espaço, porque eu acho que as pessoas ficam numa coisa muito teórica. Na minha formação, era aquele esquema bem institucional de hospital. Você tinha as informações, depois o contato com os pacientes naquele espaço da internação. Aí você tinha uma ideia de qual eram os sintomas, sempre trabalhando em cima dessa ideia de sintomas. Mas, agora a gente trabalha muito mais com a ideia de questões psicossociais [...]. (Psicóloga I)*

Os processos formativos precisam produzir conhecimento a partir do cotidiano das práticas, condizentes com a nova lógica de atenção em saúde mental, considerando os aspectos macro e micropolíticos da desinstitucionalização da loucura. Ressalta-se que o processo de desinstitucionalização não se reduz à criação de serviços como fins em si mesmos, mas, inclui a problematização contínua dos discursos e saberes, visando transformações concretas no cotidiano.

Para tanto, os processos formativos devem tatear pistas que a montagem dos acontecimentos sinaliza. É sintonizar afetos e pensamento. É um processo cartográfico que, embora esbarre nas formas molares, fixas e normalizadoras da RP, ocupa-se de seu plano movente, “interessando-lhe as metamorfoses e anamorfozes tomadas como processos de diferenciação” (AMADOR; FONSECA, 2009, p. 33).

### **5.3 Pista 2 – A produção e potencialização dos dispositivos dialógicos de formação**

#### ***Linha A: Construção coletiva do saber***

Como pensar o formar enquanto estratégia de intervenção coletiva que implique alterações nas condições de trabalho? Considerando que não há um modo correto de trabalhar em saúde, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados a partir do concreto das experiências dos serviços e da especialidade

de cada equipe de saúde. Nessa linha de análise, formar implica colocar em diálogo os trabalhadores que pertencem a um gênero profissional, sendo o dialogismo uma estratégia para o desenvolvimento do gênero.

Segundo a Clínica da Atividade, o trabalho não se reduz a uma relação contratual de emprego, mas implica uma atividade pela qual o sujeito se afirma em sua relação consigo e com aqueles com quem trabalha para a perpetuação de um gênero coletivo. Neste sentido, a formação, na perspectiva da Clínica da Atividade, tem como objetivo colocar em movimento o gênero do trabalhador em saúde mental por meio do dialogismo, isto é, pôr em movimento a fala como produtora de novos modos de percepção e de conhecimento.

A metodologia em clínica da atividade busca dar maior intensidade à controvérsia, trazer para o diálogo proposições, suas variações, concordâncias e principalmente divergências, para que desse embate possam surgir novos enunciados. Nesse viés, o método proposto para análise do trabalho pode tornar-se o disparador de mudanças do sentido da atividade, viabilizando novas significações ao desmontar sentidos que impediam a atividade e, com isso, ampliar os recursos para a ação. (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, p. 15, 2015).

O conceito de dialogismo, de acordo com Bakhtin (1992), propõe trocas de sentidos, sendo a base da linguagem, que não envolve apenas a troca verbal de pessoas, ou grupos entre si, mas uma troca muito mais ampla, que envolve toda manifestação verbal. Toda comunicação é dialógica, heterogênea e produzida pela multiplicidade de dizeres. Portanto, o dialogismo é a condição do sentido da linguagem que inclui fatores extra linguísticos, isto é, o contexto da enunciação, as relações entre enunciador e enunciatário e o momento histórico e social dessas relações. A noção de discurso indireto livre de Bakhtin desmonta a ideia de que a dimensão coletiva da linguagem seja constituída por configurações psicológicas individuais. “A linguagem não apresenta outro ponto de partida que não seja ela própria” (TEDESCO, 2001, p. 35). Trata-se do paradigma polifônico da linguagem, que considera a conjugação dos enunciados, isto é, todo enunciado remete a outro, sendo impossível estabelecer o sujeito da enunciação.

É a partir desta perspectiva dialógica que os dizeres dos entrevistados sobre a importância dos espaços coletivos de trocas entre os trabalhadores, de fóruns de debate, seminários, rodas de conversa, Grupos de Trabalho (GTs), podem ser compreendidos. Esses espaços encerram neles mesmos a dimensão formativa, que na fala de muitos entrevistados devem ser investidos como tal, rompendo com a ideia tradicional de cursos.



Cabe, ainda, potencializar os espaços coletivos de discussão já existentes, sendo um momento oportuno para o exercício de estratégias formativas.

*O curso acaba ficando meio distante da prática. Mesmo que ele reflita sobre as práticas, ele tinha que refletir nos coletivos, construir junto. Eu acho que a gente já tem muitos espaços, a demanda de reuniões de curso de formação, de encontros é gigante, vamos aproveitar esses espaços já instituídos. (Psicóloga A)*

Trata-se da construção coletiva do saber que não se reduz à dimensão racional-cognitiva, mas diz respeito à criação de um plano comum, heterogêneo, no qual todos os envolvidos devem apropriar-se do conhecimento produzido pela e na experiência. Não se produz conhecimento fragmentando teoria-prática, indivíduo-coletivo. O movimento dialógico permite a produção de um saber que não está dado à priori, mas que emerge da experimentação. O diálogo não é um mero recurso para obtenção de informações e, sim, produção de compartilhamentos (BARROS; GOMES, 2011), sendo da ordem das afetações, que não dependem apenas da vontade ou intenção de um indivíduo.

Compartilhar anseios e dificuldades através do diálogo é experimentar, a partir da fala do outro, o gênero profissional. Afinal, o gênero é o terceiro em uma relação entre sujeitos, que possibilita o trabalho coletivo. É processual, inacabado. Todavia não se pode confundir o gênero profissional com uma profissão constituída.

É sempre vacilante a delimitação de um gênero profissional em clínica da atividade, pois se trata de um território produtivo. Inicialmente, o clínico da atividade demarca o terreno de intervenção em função da demanda. É sempre um recorte que se faz, poderiam ser outros, expandindo ou retraindo o campo clínico: é a produção de um objeto parcial de análise por uma localização do saber. Ao desenvolver-se a clínica da atividade é que se pode realmente implicar a marcação das fronteiras de gênero, ou antes, seus cruzamentos: pois não é primordial na dimensão genérica do ofício o estabelecimento dos limites, mas a abordagem das intercessões com outros gêneros. Sendo assim, é preciso considerar sempre que há uma dimensão histórica de sustentação dos gêneros, de maneira que qualquer recorte que se faça implica considerar o processo de produção destes territórios profissionais. (ZAMBONI, 2014, p. 105)

Assim, sem desconsiderar a amplitude do gênero profissional, o encontro formativo, na perspectiva da Clínica da Atividade, posto em ação no campo da saúde, é um momento de conhecer como se efetiva a organização de trabalho de cada serviço. Partilhar dúvidas, demandas e impasses do trabalho é estreitar e fortalecer laços profissionais. O encontro de

formação passa a ser um momento propício para tratar assuntos que só são possíveis de se falar com um par, uma oportunidade de experimentar o gênero e, então desenvolvê-lo, fortalecê-lo.

O caráter dialógico da atividade inclui a construção de alianças com os diferentes campos de saber e práticas. Essa foi uma das questões importantes para todos os entrevistados, aparecendo de forma categórica, sobretudo nas narrativas dos profissionais que atuam no âmbito das medidas de segurança. O processo de desinstitucionalização em curso dessa população requer a intensificação do diálogo em busca de alianças, em especial, entre justiça e saúde<sup>28</sup>.

*[...] tem que trazer os profissionais da saúde pro diálogo [...], trabalhar em parceria, né? A gente precisa dialogar mais, tanto com o desenvolvimento social, quanto com o judiciário. [...] a gente precisa conversar mais com os CAPS [...], com as pessoas que estão na gestão [...], abrir pros debates, sobre dúvidas, questões, como que as pessoas estão se organizando em relação a essa demanda nova da medida de segurança. Aí, os CAPS, já tendo a cultura de acompanhar esses casos, a gente vai trabalhando, no dia a dia, o que que as questões vão provocando, como a gente se organiza. [...] essa construção tem que ser conjunta, não adianta vir de cima. (Psicóloga A)*

A proposta dialógica de formação só é viável quando atrelada aos processos de trabalho, considerando que “o trabalho se realiza como contínua aprendizagem que só se efetiva por meio da experiência do labor” (BARROS; PASSOS; EIRADO, 2014, p. 151).

### ***Linha B: A construção de gênero profissional***

Retomar o conceito de gênero profissional faz-se necessário à medida que alguns profissionais, ainda que com palavras diferentes, sinalizaram a imprescindibilidade de se produzir regras de ofício, através do exercício dialógico, que se faz no cotidiano das práticas profissionais. De acordo com Clot (2014, p. 95), trata-se de um importante instrumento coletivo que “transforma uma situação de trabalho num mundo social enquanto tal, estabelecendo assim o espírito do lugar.” Lembrando que o trabalho se dá na dimensão coletiva, constituído por um repertório de modos de realizar uma atividade, pelo qual o trabalhador se organiza num contexto marcado pela imprevisibilidade.

---

<sup>28</sup> Esta discussão reaparecerá na última pista sobre a inclusão da medida de segurança nos processos formativos.

A noção de atividade aponta para o que é visível na atuação profissional, aquilo que é executado, sendo essa a parte menor da atividade, visto que a atividade abarca todas as possibilidades de ação que foram ignoradas para que uma fosse escolhida. Isto porque, como já mencionado anteriormente, o trabalho que se produz pela atividade não se restringe às prescrições.

Em relação ao prescrito pela organização, geralmente concentrado por uma gerência separada dos demais trabalhadores, há um trabalho real, ou seja, aquilo que é feito a partir do que se deve fazer. O real do trabalho, entretanto, é mais do que o trabalho efetuado, é o desenvolvimento desviante e inesperado da atividade pela apropriação das normas, regras e valores em procedimentos de trabalho sempre diferenciadores. Para além do encadeamento de ações do trabalhador que pode ser observado, o real da atividade não se restringe ao que foi realizado na ação. O real é a própria transformação e construção da realidade. (ZAMBONI, 2014, p. 102)

Segundo a Clínica da Atividade, não há paridade entre o que se determina que se faça, em termos de atribuições inerentes ao cargo, e o que é feito quando o profissional exerce sua função. A antecipação da tarefa não condiz integralmente com a realidade do trabalho, já que essa realidade é constituída por processos variados e pela imprevisibilidade. Ainda assim, o trabalho requer normas que orientem a ação. Trata-se do gênero profissional que garante a pertença do sujeito a um coletivo, configurando uma formalidade social. Lembrando que o gênero não se reduz ao indivíduo, sendo da ordem transpessoal, na qual é construída a história de um ofício, que não possui uma natureza fixa. Todavia o gênero comporta processos de estilização, isto é, a produção singular do trabalhador, sua inventividade diante dos imprevistos.

[...] o sujeito, ao atuar, emprega seu estilo a partir de uma apropriação dos gêneros, tendo em vista as circunstâncias imediatas da situação vivida. O gênero, e as diversas facetas que o compõe, precisa ser habilmente manipulado pelo operador, a fim de atingir os objetivos implicados com a ação. (PINHEIRO; COSTA; MELO; AQUINO, 2016, p. 118)

Questões referentes ao gênero profissional puderam ser observadas em algumas falas quando se tratava do trabalho específico de cada profissional, que se dá à medida que dialoga com outros campos de atuação. Para a entrevistada, com experiência em formação, essa é uma das linhas a serem discutidas no contexto da formação profissional para que

sejam trabalhadas as transversalidades do conhecimento, sem que se perca os referenciais de trabalho de cada profissional.

*O profissional tem que saber o que é o trabalho dele. Ok. Isso tem que sustentar, teoricamente, a prática junto com o residente. [...] mas, que práticas eu produzo com esses saberes? (Psicóloga B)*

Um dos desafios da formação é trabalhar a sensibilidade do profissional para enfrentar os imprevistos do cotidiano, a responsabilidade para atuar com as diferentes demandas. Para a entrevistada acima, essa é uma discussão que não tem sido feita no campo formativo, nem na prática cotidiana.

*Essa autonomia é aquilo que a gente lê nos nossos mestres, essa autonomia responsável [...]. Essa possibilidade de você organizar o seu trabalho. É um pouco aquela questão: tem o que eu quero fazer, tem o que me falam pra eu fazer, mas tem uma área ali que eu posso negociar, enquanto singularidade no processo. Isso é complicado, e pode gerar sofrimento. (Psicóloga B)*

As transformações das práticas em saúde mental abriram um novo campo de possibilidades, reorganizando o processo de trabalho e, junto a elas, surgiram dificuldades, dúvidas e impasses.

*Eu quero que feche o manicômio. Sim, mas eu vou fazer o que? O que que o CAPS vai fazer, o que que o terapeuta ocupacional vai fazer no CAPS? (TO D)*

A demanda por novas estratégias de atuação foi uma constante nos dizeres dos entrevistados, percebida também nos diversos eventos de saúde mental realizados na cidade do Rio de Janeiro. Para alguns entrevistados, a RP requer a produção contínua de conhecimento técnico-científico à medida que ela avança.

*A gente não pode mais ficar falando como se estivesse em 1980, 1990. A reforma avançou, e as pesquisas e as produções teóricas também têm que avançar. A gente tem que falar dos problemas atuais [...]. (TO D)*

A história da loucura deixou marcas profundas nos modos de cuidado em saúde mental. A atividade profissional comporta um movimento que oscila entre repetição e invenção. Neste sentido, a formação deve investir na dimensão inventiva do trabalho,

criando espaços de sensibilização para a produção de práticas antimanicomiais. Trata-se de transmissão de um gesto, que não se submete à dimensão racional-cognitiva, mas inclui postura dos corpos, sinais, sintonia, ativação da intuição, que requer entrar em contato com o pré-verbal, o pré-reflexivo e pré-individual. A intuição opera quando um ego estabilizado enfraquece-se, o que vai na contramão dos processos de capacitação tão comuns no campo da saúde.

Formar é desenvolver e fortalecer um gênero profissional por meio do diálogo dos trabalhadores que pertencem a esse gênero, no caso, o gênero “trabalhador da saúde mental”, considerando que, para Clot, o gênero nunca se esgota, não cabe nos moldes.

Nesse sentido, o gênero é fundamental e estruturalmente inacabado. Por isso, nosso autor alerta também para o perigo de que seja percebido como um molde, dizendo que, assim, ele pode necrosar. O fechamento do gênero, portanto, é percebido por ele como algo perigoso, pois impede que seja utilizado não apenas pelos novatos que chegam ao local de trabalho, mas também pelos antigos, pois, para continuar a ser um instrumento, deve variar, permanecer vivo. Além disso, ao debater o gênero, os indivíduos o recriam e, se ele é um sistema de variantes, quanto mais choques ocorrerem entre as variantes, mais flexibilidade ele terá e menos ingênuo será o sujeito. (LIMA, 2007, p. 101)

### ***Linha C: Caráter processual da formação***

Partindo das orientações metodológicas até aqui apresentadas, sobretudo da Clínica da Atividade, entende-se que o objetivo principal dos processos formativos não é um porto de chegada, não é chegar a um lugar predeterminado, mas situar-se numa viagem, abrir possibilidades para o novo. O movimento de qualquer atividade envolve um contínuo processo entre o que se realiza e o que se desrealiza, do que se atualiza e aquilo que se virtualiza (AMADOR; FONSECA, 2014). Trata-se de afirmar o movimento inventivo das atividades formativas e do trabalho que, em sintonia, colocam em cena as dimensões subjetivas e cognitivas da atividade. São dimensões que se concretizam na experiência do trabalho. Comporta, segundo a definição de gênero profissional, a atividade prescrita e a real. “Vai-se da dimensão comum coletiva à dimensão singularizadora de um estilo, do aquém ao além da prescrição” (BARROS; PASSOS; EIRADO, 2014, p. 159).

O caráter processual da formação tem base, também, nas propostas da cartografia, que, tal qual a Clínica da Atividade, não busca estratégias metodológicas prontas, nem definir a totalidade dos procedimentos. Ambas ocupam-se da processualidade das linhas de

força que compõem uma experiência (BARROS; SILVA, 2014). Para tanto, há que se investir em espaços de compartilhamento de experiências, nos quais os trabalhadores possam, por meio da estratégia dialógica, desenvolver seu gênero profissional. Formar é para além da troca de informações, não apenas ouvir o que cada trabalhador tem a dizer, mas estar à espreita dos acontecimentos, estar aberto à polifonia.

Uma das entrevistadas deu ênfase à importância de estar aberto à experiência do outro, o que, para ela, fica mais facilitado em pequenos grupos, constituídos no próprio cotidiano do trabalho, dando como sugestões, o espaço da supervisão clínica institucional, pequenos fóruns, que permitam o compartilhamento de experiências e uma maior democratização das falas dos diferentes trabalhadores.

*Tem que ser em pequenos seminários. Não é em coisa maior, em mesa redonda pra discutir isso. Não dá, porque, aí, você lembra que tem cinco minutos pra discutir [...]. Ficar só nesses espaços grandes não é bom. [...] a supervisão clínica institucional, quando o supervisor faz a clínica política, pode ser usado pra avaliação do processo de trabalho. [...] tem aparecido muitas pessoas sofrendo por não poder trazer as questões. Vendo coisas ali e sem espaço. [...] eu ouço profissionais dizendo que não tem espaço no cotidiano pra discutir suas experiências de trabalho [...]. (Psicóloga B)*

Os processos dialógicos fazem parte desse conjunto de estratégias que, segundo Clot (2010), aumenta o poder de agir do trabalhador, desenvolvendo novos recursos para a ação. “De acordo com a clínica da atividade, é possível afirmar que o poder de (re)criação no meio de trabalho se desenvolve a partir da apropriação dos recursos para a ação elaborados no coletivo” (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015, p. 13).

Os processos formativos precisam levar em conta os diferentes tempos da RP, entendendo que ela é uma obra plural e em constante processo (FONSECA, 2007). O trabalho formativo, nesse contexto, participa da construção de políticas públicas, de estratégias de negociação entre as diferentes dimensões da RP, sempre atento aos ventos que desmontam seus fundamentos (AMARANTE; NUNES, 2018).

A visão processual da RP não comporta a noção de falta, sendo uma observação feita por um dos entrevistados.

*[...] eu não acho que faltem coisas. Acho que é um processo [...] Mas, precisou de um tempo histórico, uns dez anos, pra amadurecer essa visão processual da reforma. Quer dizer, é um movimento, é uma utopia, né? [...] Se você pensar como dispositivo, a ideia processual, ela é muito mais importante que a ideia institucional. (Psiquiatra C)*

A RP é rizomática, e, assim sendo, não lhe cabe a ideia de falta. Seus agenciamentos são complexos e paradoxais, “[...] seu cerne, antes que um ideal social bem formatado a ser seguido, situa-se no devir, processualidade orientada a compor-se na vizinhança com a qual faz fronteiras” (FONSECA, 2007, p. 42). Coerentemente, a lógica da formação segue a lógica da RP: ocorrem processualmente, por experimentação, de modo rizomático, portanto, não impõem lugares de permanência.

Ocorre de igual modo no âmbito das medidas de segurança, ainda que o processo de desinstitucionalização seja mais lento

*Eu acho que tá dentro do tempo, né? Eu acho que quando envolve as questões judiciais fica mais difícil. [...] eu acho que tá dentro do tempo que é necessário pra que se faça alguma coisa mais eficaz com relação à medida de segurança. (TO A)*

#### ***Linha D: Protagonismo dos trabalhadores***

A proposta dialógica de formação se desenvolve coletivamente e requer o protagonismo dos trabalhadores, bem diferente das velhas formas de ‘ensinar’ em saúde, que impõem ao profissional o papel de executor de tarefas e de objeto de treinamentos. Nas entrevistas surgiram muitas críticas a esse modelo e uma forte demanda para o desenvolvimento de novas práticas formativas que priorizem a construção coletiva do conhecimento. Os dizeres indicaram como partes constitutivas do protagonismo: a decisão sobre os conteúdos a serem trabalhados e a dinâmica dos encontros; quer dizer, o que deve ser trabalhado na formação e como operacionalizá-la.

Apostar na estratégia dialógica de formação é, antes de tudo, apostar em seus efeitos, dentre os quais está o de protagonização daqueles para os quais os processos formativos se voltam. Trata-se da aposta na construção de um saber-fazer a partir de um movimento de baixo para cima, que potencializa processos democráticos condizentes com a nova lógica de atenção à saúde mental, além de melhor instrumentalizar os profissionais com conhecimento técnico-científico pertinente ao cotidiano de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi vista como uma proposta de formação que rompe com o modelo tradicional de capacitação. Uma entrevistada comentou que no

programa de formação multiprofissional, no qual atua, a proposta tem sido trabalhar com metodologias ativas<sup>29</sup>.

*A ideia é que a gente trabalhe também com metodologias ativas. Antes trabalhávamos no formato muito tradicional, de aulas expositivas. (Psicóloga H)*

Ela complementou dizendo que as mudanças estão ocorrendo de modo gradativo nesses programas, a partir de propostas discutidas coletivamente, com a intenção de alcançar diferentes profissionais e avançar com propostas de formação/sensibilização dos trabalhadores da saúde mental e da atenção básica.

*Se a gente não trabalhar com metodologia ativa, a gente não consegue atingir essa galera. No formato tradicional, o professor vai lá. Depois criava sempre uma insatisfação de um lado ou de outro. Porque é muito difícil você falar para profissionais que vêm de núcleos de especialidades diferentes. Como é que você faz isso? Você pode fazer isso juntando o conhecimento que cada um tem. (Psicóloga H)*

Os entrevistados citaram alguns projetos que têm propostas ativas de formação, que não privilegiam um saber sobre os demais. A roda de conversa foi ressaltada como dispositivo de ruptura com o modelo tradicional, pela própria disposição das pessoas, isto é, viabiliza a circulação do saber. A ideia de oficina também foi valorizada e vista como momento de construção coletiva.

São procedimentos que conversam com a Clínica da Atividade no sentido de romperem com as lógicas binária e racional-cognitiva do conhecimento, uma vez que, privilegiam a atividade como movimento poético, de criação de si e do outro, em constante devir. A atividade exige dimensões poéticas e modos singulares,

[...] o que significa operar pela compreensão de uma situação ligada à unidade subjetiva e a uma experiência e não somente às representações funcionais que a experiência supõe. Entre inteligência e intuição, entre pensado e impensado, faz-se o trabalho como atividade. (AMADOR; FONSECA, 2014, p. 30)

---

<sup>29</sup> Trata-se de uma das estratégias de ensino que ressignifica a prática docente, não se restringindo a conteúdos programáticos de disciplinas, nem a um exercício pedagógico transmissionista. No âmbito da saúde, atende aos princípios do SUS, requer formação profissional crítico-reflexiva da realidade, aberta à mudanças e sensível às particularidades das diferentes situações de trabalho (MITRE, et al, 2008).



É válido lembrar também que conflitos, encruzilhadas, crises e impasses fazem parte do processo de trabalho e, como tais, devem ser considerados pertinentes à produção de conhecimento e à construção de práticas. Não é sem embate de forças que se produzem mudanças e que se aumenta o poder de agir do trabalhador. Trata-se da luta entre as dimensões do instituído e instituinte, considerando a multiplicidade e a heterogeneidade dos processos de produção da subjetividade. Esta combinação de forças está presente no desenvolvimento dos processos criativos e devem ser considerados na formação sempre de modo a potencializar o protagonismo das experiências de trabalho desses trabalhadores. As lutas e os descaminhos da atividade, além de outros aspectos referentes aos conflitos do real, são, segundo Clot (2001), elementos de análise do trabalho. Trata-se da atividade que se faz e a que não se faz, os fracassos, as frustrações, as atividades, que de um modo ou de outro, são contrariadas ou impedidas.

Um dos aspectos interessantes foi a alusão que alguns entrevistados fizeram à figura do gestor como crucial para o implemento do protagonismo dos trabalhadores, na criação de um ambiente mais participativo, problematizador e de diálogo.

*Ele faz com que seja construído uma posição sobre alguma coisa que ele até tem uma ideia, mas ele deixa isso surgir [...]. (Psiquiatra B)*

*Ele instigava a equipe o tempo todo. Ele jogava a bola. Ele não chegou dizendo: “vamos fazer dessa forma.” Mas, ele questionava o tempo todo. E aí montou um seminário, fizemos minigrupos pra ter propostas, pra questionar [...]. (Psicóloga G)*

Embora a EPS seja uma prática de ensino-aprendizagem legitimada como política de educação na saúde, muitas vezes funciona como os antigos modelos de capacitação e treinamento, sem o viés problematizador das situações de trabalho e transformador das ações em saúde. Por isso é tão importante que a gestão do serviço seja participativa.

#### **5.4 Pista 3 – Desconstrução da perspectiva biomédica**

##### ***Linha A: Perspectiva histórica***

Proceder com a análise histórica das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde mental é indispensável para o processo formativo. A análise do trabalho deve ser feita a partir das especificidades históricas presentes na relação trabalho e subjetividade.

[...] a clínica do trabalho de que precisamos necessita considerar as especificidades históricas que atravessam os modos de organização do trabalho, colocando em análise, por seus dispositivos, os arranjos que vão se delineando entre subjetividade, saúde, poder, dominação e, em determinados casos, até mesmo por entre violência laboral. (BARROS; AMADOR, 2017, p. 56)

A nova lógica de atenção em saúde mental propõe novas práticas de caráter transdisciplinar, exigindo novas composições na equipe de trabalho, sobretudo ao que se refere aos princípios do SUS.

As reestruturações, tanto dos estabelecimentos quanto das organizações do campo da saúde, geradas por estes novos princípios – especialmente o da integralidade –, ocorreram mediante novas articulações entre os serviços e a reformulação do trabalho em equipe. (FILHO; SOUZA, 2017, p. 64)

As mudanças nas composições das equipes em saúde ocorreram, principalmente, a partir da década de 80, época em que foi determinada a inclusão de um número maior de profissionais de nível médio - incluem-se aí os técnicos de enfermagem e profissionais não médicos. Foram mudanças provocadas, sobretudo, por reações contrárias ao predomínio de profissionais de nível superior e com formação médica. “[...] surgiram críticas quanto à formação especializada e predominantemente curativa dos profissionais de saúde, e uma necessidade de estimular a atuação multiprofissional nos serviços” (Ibid, p. 64).

A montagem dessa pista está intimamente relacionada a questões sobre o funcionamento da equipe de trabalho e sua relevância no âmbito da formação profissional. Alguns dizeres dos entrevistados, suas visões e experiências serão expostos à medida que sinalizaram dificuldades e possibilidades vividas nas relações de trabalho. São falas que questionaram, sobretudo, a visão curativa e os procedimentos de normalização da conduta humana.

Historicamente, tem-se o registro que o paradigma biomédico se estabilizou como discurso dominante e, dentre seus muitos efeitos, está a consolidação da lógica manicomial. Por conseguinte, romper com a forte tradição positivista do modelo médico, biocêntrica, tem como efeito o processo de desinstitucionalização, alvo da RP. E o que a formação tem com isso? Proceder com a quebra do modelo medicocentrado, também de tradição positivista, propondo novas possibilidades de formação e cuidado coletivo da loucura.

Trata-se de considerar os processos formativos a partir da lógica descentralizada, multidisciplinar para investir em sua processualidade, traçar um plano comum para o trabalho compartilhado em saúde mental, sem hierarquias fixas, tal como o modelo biomédico propunha. A orientação é operar pelas comunicações heterogêneas, “num plano que é pré-individual e coletivo” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 17). Apostar na formação como processo de subjetivação, mas de outra ordem, que não seja a manicomial, objetivista, de assujeitamento à hierarquias.

Em muitas entrevistas surgiram questões ligadas à herança do modelo biomédico nas relações de trabalho, nas orientações clínicas e na formação dos profissionais de saúde. Foram discutidas questões históricas do jogo saber-poder em torno da tradição da figura do médico e seu lugar privilegiado nas relações com outras profissões. Uma entrevistada disse que o médico e o advogado equiparam-se em termos de figuras de poder diante dos outros profissionais. Comentou que sua formação em Serviço Social, na década de 60, priorizava a literatura norte-americana como referencial que definia a posição do médico.

*[...] Por exemplo, psicologia, serviço social, nutrição, enfermagem, eram entendidas nos Estados Unidos, nas décadas de 30, 40, como paramédicas. Elas circulam em torno do saber médico e do poder médico. [...] a gente estudava, engolindo aquilo e achando que era ótimo: médico, nosso chefe [...], a gente via isso na prática, o médico sentava e dizia pra enfermagem: “traz os prontuários.” Ele não levantava. [...] quando a gente começou o trabalho aqui em 2000, [...] a gente entendia que ele era o chefe da equipe. Por exemplo, ele dizia: “família é com assistente social. Você chama a família aqui pra ser entrevistada.” Ai eu perguntava: “mas, quem quer falar com a família, é você?” “É, mas, você que chama, porque de família entende você.” [...] ele podia chamar, podia se apropriar. [...] Isso, no Brasil, custou a se dissolver e eu acho que existe muito ainda. Eu estagiei num programa, que era da Faculdade de Direito, como assistente social e lá era a figura do advogado. Nós éramos praticamente secretárias dele, ajudantes. (Assistente social A)*

A extensão do saber-poder da medicina, segundo Foucault (1982), atingiu esferas sociais das mais diversas, o que foi chamado por ele de “medicalização da sociedade”, que teve início com a sanitização pública e posterior esquadramento da sociedade como um todo. A hegemonia biomédica alcançou proporções extraordinárias. “Entendemos que a psiquiatria biológica atual se insere no quadro desses poderosos dispositivos de controle contemporâneos, cuja marca principal é seu caráter abrangente e global” (RAUTER; PEIXOTO, 2009, p. 269). Tratam-se de elementos históricos que auxiliam no processo de

compreensão, problematização e mudança de visão de mundo e de práticas, processos que devem ser investidos na formação.

### ***Linha B: Desconstrução do poder-saber médico***

Seguindo nessa linha de pensamento, vale lembrar que não é retirando o médico e colocando outro profissional em lugar de destaque que se garante a descentralização. O que está em jogo não é apenas a figura do médico no centro do dispositivo saber-poder, mas sim a lógica da centralização. Trata-se de uma nova configuração do trabalho em equipe que produz o protagonismo de todos trabalhadores. É preciso construir estratégias inovadoras para combater a dominação da perspectiva biomédica, que mesmo na contramão da RP, se faz presente ainda hoje nos serviços. Para um dos entrevistados, há que se posicionar politicamente e implementar táticas formativas para enfrentar o desafio constante da desmontagem da lógica positivista e de seus dispositivos pseudocientíficos.

*A gente resolveu criar um programa de residência, porque uma das questões da reforma era formar quadros na rede, porque as universidades eram completamente conservadoras, ainda são, um reduto de resistência à reforma e ao pensamento mais progressista, apesar de se falar que é uma universidade, que tem um pensamento progressista. O meio psiquiátrico é um reduto do conservadorismo na questão da psiquiatria e da saúde mental até hoje, né? Então, na época, a nossa estratégia era formar quadros na rede [...]. Então, eu sempre pensava isto: existe uma terapia ocupacional que foi absorvida pelo pensamento psiquiátrico conservador e asilar. (Psiquiatra C)*

O saber médico ainda hoje apresenta-se como central e hegemônico na equipe de trabalho em saúde, com foco nos sintomas, no diagnóstico clínico e no uso excessivo de tecnologias e medicamentos (RIBEIRO; FERLA, 2016). Para muitos entrevistados, problematizar a hegemonia do saber médico é uma das exigências para promoção do realinhamento das práticas em saúde, com base na abordagem psicossocial que visa a intervenções comprometidas com as múltiplas faces do ser humano em sua singularidade, coletividade e território existencial. Para tanto, há que se fazer reflexões sobre o processo saúde/doença, que incluem mudanças nos referenciais formativos e nos modelos assistenciais dominados, ao longo da história, pela perspectiva biomédica. A perspectiva psicossocial prioriza ações dirigidas para o cuidado integral do sofrimento, contrariando práticas excludentes, as quais reduzem o ser humano ao seu aparato biológico (KOIFMAN, 2001).

Exemplos de resistência ao modelo médico foram observados nas falas dos entrevistados. Foi o caso de um relato sobre o programa de capacitação para agentes de saúde.

*[...] a gente tava organizando uma capacitação pra agentes de saúde, e, aí, eles disseram: “vamos dá um estudo de psicose”. E eu dizia: “pra que?”. “Ah, a gente quer que eles identifiquem os sintomas”. E eu dizia: “a gente não pode fazer isso de uma outra maneira? Eles precisam incorporar a linguagem médica?” E comecei a discutir com eles o quanto isso era uma prática de dominação, e que a gente precisava potencializar um saber, um conhecimento que o agente de saúde já tinha. (Psicóloga H)*

O processo de desmonte da lógica biomédica é contínuo e faz parte do cotidiano de trabalho dos entrevistados, os quais, por diversas vezes, falaram das contradições das práticas em saúde mental, de suas experiências com a formação de base médica e do desafio de enfrentarem os poderosos dispositivos de controle.

*Eu questionava algumas formas da formação na saúde mental, com aqueles espaços que você pegava os indivíduos, ficavam os alunos no auditório e as pessoas eram entrevistadas pelo psiquiatra professor, e ele ia sinalizando: “olha só o sintoma tal [...]”. [...] você traz a pessoa, pra que você possa ver a pessoa, mas descontextualizada do lugar que ela viveu e que ela vive. [...] duas questões que me interessam: é a pessoa e o contexto dela. [...] o que me interessa na fala do sujeito é a sua história. [...] Eu sempre acho que tem algo da ordem de uma complexidade que é preciso ser considerado, mesmo que eu não entenda essa complexidade, mesmo que seja difícil. (Psicóloga C)*

A perícia médico-psiquiátrica, no âmbito das medidas de segurança, também foi lembrada, visto que, sustentada pelo conceito de periculosidade e pelas instâncias jurídicas, emperra ainda mais o processo de consolidação da nova lógica de atenção em saúde mental.

*[...] a partir do momento que começa a se questionar a função do perito, a função de ser só um médico, do perito não ser aquele médico que acompanhe o paciente. Então, eu acho que a coisa começa a andar. (Psicóloga F)*

Muitos dizeres, inclusive aqueles que serão apresentados na última pista sobre a inclusão da medida de segurança nos processos formativos, referiram-se à dificuldade de acesso a esses profissionais no intuito de discutirem práticas empreendidas junto aos indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei.

### ***Linha C: Desierarquização do trabalho em equipe***

O trabalho em equipe traz muitas discussões para os processos formativos, sobretudo quanto às estratégias para desenvolvê-lo, segundo o realinhamento das práticas de saúde mental à perspectiva da RP. Para Yasui (2006, p. 134), “a equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental.”

Os trabalhadores estão em tensão permanente entre o modelo tradicional de cuidado e outro em via de construção. Um problema a ser enfrentado é a hierarquização das relações de trabalho, sobretudo pela predominância do saber médico sobre outros saberes considerados menores. Segundo Yasui, “esta mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouco ou nenhuma relação entre si” (Ibid., p. 136).

Esta questão foi abordada pela entrevistada seguinte, que atua em CAPS III, ao comentar a tradicional hierarquia nas relações profissionais da enfermagem, mais especificamente entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Ela chamou a atenção para a importância de se valorizar a autonomia e a legitimidade de cada trabalhador na realização de seu trabalho.

*Tem uma coisa muito hierárquica na enfermagem, do enfermeiro ser responsável pelos técnicos, os técnicos serem submissos. Pra realizar qualquer ação tem que perguntar pro enfermeiro. E na saúde mental tem que desconstruir um pouco isso. Ele é um profissional de nível médio, tem autonomia pra fazer o que lhe compete. [...] é muito difícil trabalhar, principalmente com os técnicos, que tem uma trajetória toda de serem muito submissos, e aí quando você chega propondo outra coisa, chamando eles pra pensarem juntos, pra fazer junto, é difícil. Muitas vezes eles dizem: “você que manda, você que sabe, eu só executo.”* (Enfermeira)

Como promover o protagonismo de todos os profissionais? Como colocar em prática a lógica da corresponsabilidade pelo cuidado em todas as suas dimensões? No dizer da enfermeira, os técnicos não se sentem parte da equipe, ou seja, não participam, por exemplo, das reuniões de equipe “de igual pra igual”. Para ela, os processos formativos podem trabalhar nessa direção, criando estratégias de coparticipação, valorizando a experiência de trabalho e o saber de todos os profissionais.

*Eles não se sentem autorizados pra falar, pra colocar o que pensa. São pouquíssimos que se colocam nesse lugar de referência, de protagonista do cuidado. [...] tem essa diferença do ensino [...], mas eu quero trocar com eles de igual pra igual. Então, eu acho que ter um profissional assim, com mais esse viés, eu acho que é importante.* (Enfermeira)

Um dos desafios do trabalho em equipe, no novo cenário de práticas em saúde mental, é atuar de modo integrado e desierarquizado. Trata-se da superação de antigos procedimentos com forte reforço nos “especialismos”, conseqüentemente, produzindo fragmentação do conhecimento marcado pela hegemonia do saber médico. Vale ressaltar que, para além da hegemonia do saber médico, outras hierarquias profissionais prejudicam as práticas multidisciplinares.

*[...] é aquela velha história, que o médico, em tese, teria um saber maior, estaria num primeiro lugar. Não existe, ainda, essa integração, trabalhar dentro da interdisciplinaridade, tá difícil ainda [...]. Ainda é muito difícil pra um médico psiquiatra valorizar o trabalho em equipe de uma maneira igualitária. Ele pode até valorizar se ele for meio que chefe da equipe, se ele estiver no comando, se a última palavra for dele. Essa coisa de uma igualdade na hora de decidir, não é nem bem visto. (Psiquiatra B)*

No âmbito das medidas de segurança, o trabalho em equipe nos HCTPs encontra muitas dificuldades, sobretudo por sua contundente tradição hierárquica, marcada pela ambigüidade de dois domínios: da saúde e da justiça. Embora a proposta seja multidisciplinar, atualmente voltada para a superação do modelo manicomial/prisional, o funcionamento ainda preserva ações contrárias à reforma. Em uma das entrevistas coletivas com profissionais que atuam em HCTP, duas participantes lembraram que, em uma determinada época, a equipe com a qual trabalhavam tinha muitos problemas de convivência, que prejudicavam a organização do trabalho.

*[...] a equipe técnica, a terapeuta ocupacional, as psicólogas, assistente social e o médico, a gente tinha uma relação pra instituição funcionar, dessa equipe com a equipe de enfermagem e a equipe de segurança. E aí era uma confusão. Esse era o grande entrave, era conseguir que funcionasse como uma engrenagem. [...] um diretor antigo tinha uma mesa, que era da área técnica dos médicos e a mesa dos guardas e das enfermeiras. Eram duas mesas grandes. Até a comida era diferente. (Psicóloga G)*

*Quando eu entrei era tudo muito dividido [...]. (TO C)*

As entrevistadas estavam referindo-se à natureza de uma instituição fechada, de caráter hospitalocêntrico, que combina controle e tratamento manicomial, com trabalhadores da área da saúde e da justiça. Este modelo impõe uma dinâmica hierarquizada de trabalho, apresentando forte resistência às mudanças propostas pela RP. A dificuldade de entrosamento da equipe dá-se nesse contexto asilar, sem prática dialógica de trabalho.

Os campos das especialidades muito definidas, hierarquizadas, o ambiente de trabalho desfavorece o exercício das atividades compartilhadas, da cogestão e interdisciplinaridade, ferramentas indispensáveis à nova lógica de atenção em saúde (SILVA; RIBEIRO; SOUZA, 2018). Um entrevistado falou do processo de mudanças na equipe técnica de um HCTP, considerando que até pouco tempo o trabalho era totalmente fragmentado, cada profissional tinha sua sala, o nível de comunicação muito baixo. Ainda que tenham ocorrido algumas mudanças, lembrou que “num lugar de custódia e tratamento, a custódia sempre pesa mais forte.”

São dados que reafirmam a impossibilidade de manter instituições totais, fechadas, de longa permanência na rede de Saúde Mental, uma vez que seu funcionamento privilegia as hierarquias, seja da justiça, caracterizada por seu foco na segurança, seja no domínio do saber médico, empobrecido pelo foco apenas nos aspectos biológicos do tratamento mental. As pesquisas e práticas apontam para a importância de se afirmar uma abordagem mais ampla, mais eficaz que sublinha os aspectos biopsicossociais nos casos clínicos tratados.

Contudo, é possível ter fragmentação ainda quando a hierarquia não está presente, isto é, eliminar a hierarquia não garante a não fragmentação. A atividade tem que ser produzida coletivamente, a partir de um entendimento do porquê da ação, que longe de serem impostas como protocolares, ou serem obedecidas rigidamente, devem ser orientadas e avaliadas de acordo com as particularidades das condições locais da ação ou serviço. Sob o ponto de vista das novas políticas de saúde, as ações de cunho psicossocial, ainda em andamento no país, precisam superar a fragmentação do processo de trabalho, das tarefas, problemas de diálogo entre os profissionais, verticalização das responsabilidades, toda uma lógica pautada nos princípios técnico-metodológicos tradicionais.

Recolocar a noção de gênero proposta por Clot, a partir da noção de gênero do discurso de Bakhtin, é fundamental para o entendimento de um processo de trabalho, que implica a história da atividade compartilhada por um grupo de trabalhadores (ANJOS; MAGRO, 2008). Vale lembrar que a atividade é composta pelo estilo individual, fazendo com que o gênero esteja sempre em via de transformação, além de não poder ser prevista integralmente. Complementando o que já foi mencionado sobre a noção de gênero para Clot, ele é:

o sistema aberto de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas: uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre



o mundo. Pode-se defini-lo como um sistema flexível de variantes normativas e de descrições que comportam vários cenários e um jogo de indeterminação que nos diz de que modo agem aqueles com quem trabalhamos, como agir ou deixar de agir em situações precisas; como bem realizar as transações entre colegas de trabalho requeridas pela vida em comum organizada em torno de objetivos de ação. (CLOT, 2007, p. 50)

Todo o processo de trabalho desenvolve-se pela via dialógica, que segundo os instrumentos de pesquisa desenvolvidos por Clot, devem promover a análise do trabalho apoiada nas reflexões de todos os trabalhadores sobre sua prática em um determinado contexto. Do ponto de vista bakhtiniano é o instrumento de mediação entre o homem e a natureza e dos homens entre si.

Os diversos campos de atividade e comunicação da sociedade são ligados pelo uso da linguagem, e o emprego da língua se faz por meio de enunciados concretos e únicos proferidos pelos integrantes de determinado campo. Cada enunciado é individual, mas cada campo elabora seus tipos relativamente estáveis de enunciados: os “gêneros de discurso”. (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 334)

Seguindo os muitos dizeres dos entrevistados, o principal desafio das equipes é o fortalecimento do trabalho coletivo, que requer constante troca de conhecimento e experiências entre os diferentes trabalhadores, sem perder de vista as especificidades de cada área de atuação. De um modo geral, os profissionais tem grande preocupação com a definição de papéis, com o desempenho das competências de cada especialidade, o que, de acordo com uma das entrevistadas, que atua em CAPS III, deve ser uma questão a ser trabalhada nos processos formativos, sobretudo por dificultar, muitas vezes, a construção coletiva de um saber-fazer daqueles que estão imersos na experiência do trabalho. Ela relata que os residentes e estagiários que chegam ao CAPS III demonstram interesse em saber qual é a função de sua especialidade.

*[...] quando chegam os residentes, estagiários, primeira coisa que eles me perguntam é: “qual o papel do enfermeiro na saúde mental?” Porque ele já vem disso, que o enfermeiro tem que ter um papel, tem que ter um protocolo, tem que ter uma norma pra seguir, tem que ter a bandeja contendo, é um jargão da enfermagem: “a bandeja contendo.”*  
(Enfermeira)

Um das estratégias que ela disse usar é solicitar, no início do trabalho, que eles escrevam o que acham que seja papel do enfermeiro e, ao final, escreverem novamente. Ainda assim, ao final, eles se sentem muito perdidos. Em seguida, falou de sua experiência durante a graduação, de como foi difícil “se enquadrar” no papel estabelecido, sobre seus questionamentos e do “encontro” que teve com a saúde mental.

*Eu sou enfermeira, mas faço atendimento individual, agilizo benefício [...] peço ajuda da assistente social, mas não preciso dela pra fazer, isso eu posso fazer. Eu dô medicação, a gente dá injeção, auxilia em banho, convivência, oficina, visitas. É muito ampla a atuação do enfermeiro. Coisas que eu não imaginava poder fazer na graduação [...]. Eu não conseguia me encontrar na enfermagem, porque tinha que ir de branco, de jaleco. Uma vez uma professora me chamou de puta porque eu fui com uma camiseta. Eu não entendia aquilo. [...] os estagiários falam muito disso: “é porque a gente tem que se enquadrar!” [...] E a loucura transborda esses enquadres. E, aí, eu me achei. De poder fazer enfermagem fora do posto de enfermagem, de poder fazer enfermagem na rua, tirando benefício. É ser enfermeira, mas em um outro lugar, de uma outra forma. [...] Quando você oferece outra coisa, além da injeção e da medicação, você deixa de ser enfermeira? Não. A minha questão é um pouco essa, é dizer que a enfermagem também pode estar em outros lugares. (Enfermeira)*

São questões que remetem à noção de transdisciplinaridade, tão oportuna ao processo de realinhamento da relação sujeito-objeto e da relação entre os diversos saberes presentes na prática multidisciplinar. A noção de transdisciplinaridade coloca em xeque a ideia de identidade, unidade, abala as estruturas definidas das especialidades do saber, revoga a fragmentação e aposta na flexibilização das fronteiras que separam as disciplinas, seus objetos e objetivos.

Sujeito e objeto não são mais realidades previamente dadas, mas se produzem por efeito das práticas. Estas, sejam teóricas ou não, devem explicar as posições subjetivas e objetivas que tendem a se estabilizar como realidade. Nessa perspectiva, já não se pode mais admitir sujeitos determinando formas de conhecer objetos, nem objetos com suas bem marcadas linhas se dando a conhecer aos sujeitos. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 74)

Vale observar que alguns dizeres sinalizaram avanços no trabalho de equipe; como exemplo: a relação mais próxima dos médicos com outros profissionais, o que também influencia na relação deles com os usuários.

*Os profissionais médicos têm se tornado muito mais próximos da clientela que eles estão atendendo a partir da formação multi, que começou a partir de 2010. O convívio com enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, com os TOs, das turmas que estão formando agora, muito mais capazes de trocar o conhecimento, de fazer essa interdisciplinaridade do que antes. Os residentes médicos não almoçavam junto com as outras categorias. Hoje, eu acho que isso tá mudando, você vê que eles querem participar mais das reuniões que têm em outros programas. (Assistente social B)*

Percebe-se, nessa fala, que a experiência da formação multiprofissional, a convivência com diferentes profissionais, a relação mais próxima com a equipe, produz efeitos na prática profissional, sobretudo na relação mais próxima com os usuários. A mudança de uma prática leva à mudança de outra, interferindo diretamente no cotidiano do trabalho. A transdisciplinaridade é produzida no encontro das diferentes perspectivas no processo de conhecimento da realidade, em sua natureza heterogênea e complexa. Trata-se da interseção de diferentes olhares, que implica a circulação do conhecimento e o uso compartilhado do saber-fazer, capazes de romper com a compartimentalização das áreas de atuação e seus conhecimentos especializados. Passos e Barros (2000), ao proporem a transdisciplinaridade no campo clínico, afirmam que, muito mais que troca de informações, a transdisciplinaridade diz respeito à capacidade de criação de intercessores que, segundo os autores, são novos elementos que provocam desestabilizações.

A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos. (Ibid., p. 77)

Outra discussão importante para o campo da saúde diz respeito à articulação entre os diferentes setores e serviços. A intersectorialidade e a integralidade são diretrizes fundamentais do cuidado à saúde, tendo em vista que a saúde é um bem comum e o ser humano, indivisível. São princípios do SUS que rompem com a primazia da concepção biomédica e com a lógica mecanicista no campo da saúde. Trata-se de ruptura com a lógica do cuidado que fragmenta as necessidades do indivíduo.

A intersectorialidade, prevista na Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), corresponde à articulação de políticas e programas de promoção à saúde, que extrapolam as ações no âmbito do SUS. Aspectos como moradia, saneamento básico, alimentação, renda, educação, dentre muitos outros, fazem parte dos critérios que indicam níveis de saúde da

população. Na saúde mental, a intersetorialidade rompe com o paradigma biomédico que deixa escapar aspectos importantes para o tratamento eficaz do transtorno mental.

[...] a intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 650)

No caso dos indivíduos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, a intersetorialidade inclui a justiça e a segurança pública. Segundo Silva (2010c), a exposição desses indivíduos às condições de vulnerabilidade exige ações governamentais abrangentes e complexas. No entanto, a perspectiva intersetorial ainda encontra muitos problemas para sua implantação, sobretudo no campo das medidas de segurança. Um deles é o despreparo dos profissionais para colocá-la em ação, além dos problemas de ordem administrativa. Na fala seguinte, a entrevistada engloba todos os pacientes, inclusive aqueles em conflito com a lei.

*[...] é importante a intersetorialidade, porque tem muita gente que acha que o psicótico, ele é um paciente psiquiátrico e ponto. Ele não é. Ele é um cidadão, ele precisa da justiça, ele precisa do serviço social, ele precisa da educação [...].* (Psicóloga F)

Nos dizeres dos entrevistados com experiência em medida de segurança, os problemas com a intersetorialidade foram, ainda, mais evidenciados com relação ao processo de desinstitucionalização desses pacientes, como: a falta de recursos para a promoção da reinserção psicossocial e problemas de comunicação entre os setores. No contexto das internações, tudo piora, por estarem fora do alcance dos serviços do SUS. Este cenário intensifica o abandono e o não acesso aos diferentes serviços, muito menos a articulação de saberes e experiências diversas.

As dificuldades não diminuem na esfera da integralidade. Assim como a intersetorialidade é um dos princípios da política de saúde no âmbito do SUS, definida pela Lei 8.080/90 como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. Colocá-la em funcionamento ainda é um desafio, que precisa enfrentar o modelo biomédico nas relações

hierarquizadas e a conseqüente fragmentação da atenção à saúde em todas as suas dimensões. As entrevistas mostraram o esforço gigantesco que os profissionais dispõem para colocar em prática os princípios da intersetorialidade e da integralidade, mas é uma prática em construção, uma orquestra que ainda tenta afinar seus instrumentos (GOMES; SILVA; PINHEIRO; BARROS, 2007). Muitos dizeres sinalizaram a necessidade cotidiana de invenção de estratégias para colocar em prática o princípio ético da integralidade.

A formação multiprofissional foi mencionada pelos entrevistados como uma das estratégias que tem contribuído em prol das práticas de integralidade nas equipes de saúde, incluindo a saúde mental. Voltada para a educação em serviço, tem tornado os profissionais mais sensíveis às propostas atuais de trabalho, superando antigos reducionismos em busca da integralidade que se faz nas relações com o outro.

Segundo Silva (2010b, p. 655), o problema da fragmentação da atenção à saúde mental, também está ligada “[...] à formação de recursos humanos em saúde, o conhecido culto às especialidades médicas, como também à dicotomia historicamente construída entre assistência e saúde pública, como se quem ofertasse atendimento – os “clínicos” – não tivesse que compreender os determinantes sociais da saúde – dos “epidemiologistas”.

As práticas da intersetorialidade e da integralidade só são possíveis por meio do diálogo e da criação na atividade do trabalho. Neste sentido, os processos formativos põem em cena ações transversais de saúde, a partir do cotidiano do mundo do trabalho, dando suporte à atividade de cada trabalhador, lembrando, contudo, que o trabalho se dá na dinâmica entre individual-coletivo. A atividade formativa atualiza os processos do saber-fazer nas relações produzidas em seu contexto e, por isso, é capaz de produzir uma nova abordagem do trabalho em saúde, criando uma história diferente, que tem nos princípios da intersetorialidade e da integralidade, um novo saber-fazer ético que não adultera a própria dinâmica da vida.

## **5.5 Pista 4: Formação inventiva**

### ***Linha A: Produção de práticas inovadoras***

Os processos formativos, alinhados à nova lógica de atenção em saúde mental, têm como um de seus maiores desafios a problematização das práticas histórico-politicamente construídas, das verdades universais, interessando-se pelos modos de subjetivação, de produção de sujeito em suas diferentes dimensões. É preciso reconhecer a dimensão do

instituído como valor que se estabelece a partir de critérios de estabilização do mundo. São referenciais que padronizam e controlam o pensamento e a ação humana, que criam ideias de regularidade e princípios universais. Deleuze e Guattari (1999, p. 67) falam das *linhas costumeiras*, dos *segmentos duros* que compõem a subjetividade, que formam conjuntos ou elementos bem determinados, “em que tudo parece contável e previsto”. São linhas de segmentaridade dura, dos grandes conjuntos molares, da ordem binária, dividem a sociedade em estratos, como por exemplo, relações entre médicos e pacientes. Estão presente nas relações interpessoais fixando identidades e oposições fixas entre os lugares ocupados por elas. No entanto, outras linhas forçam passagem: as linhas de segmentaridade maleável, moleculares, em devir constante, impedem a rigidez total das linhas de segmentaridade dura, possibilitando variações. O movimento rizomático das linhas maleáveis permitem as desestratificações no campo micropolítico. Seu movimento, muitas vezes, é imperceptível (CASSIANO; FURLAN, 2013). Por fim, o terceiro tipo – as linhas de fuga –, que são desterritorializações radicais, não se prendem a nenhuma identidade, sendo da ordem do acontecimento.

Quanto às linhas de fuga, estas não consistem nunca em fugir do mundo, mas antes em fazê-lo fugir, como se estoura um cano, e não há sistema social que não fuja/escape por todas as extremidades, mesmo se seus segmentos não param de se endurecer para vedar as linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 78).

Todas as linhas estão presentes no processo de produção da realidade, ora produzindo fixações/estratificações, ora produzindo rupturas/desterritorializações. Neste sentido, os processos formativos podem se tornar um campo de exercício cartográfico que acompanha, interroga e analisa diferentes linhas de composição, nas dimensões macro e micropolítica, dos processos de trabalho, além de criar linhas de fuga. Esta última possibilidade é a mais atraente, já que os objetivos da proposta formativa, aqui em questão, concentram-se nos processos inventivos da aprendizagem, nas experiências de problematização (KASTRUP, 2001). Aos processos formativos cabem os investimentos no pensamento rizomático, desembaraçando linhas duras para captar novas linhas. Deleuze (1997) apostava no exercício do pensamento nômade, aquele que abandona antigos territórios, que se desterritorializa e desbloqueia as linhas de fuga. Trata-se de colocar o pensamento em relação com “o fora”, isto é, desfazer-se dos dogmatismos decorrentes da imagem do pensamento em torno do ‘eu’, das fixações antropomórficas – “desembaraçar-

se das divisões e regras artificiais, dos poderes, das instituições, dos impedimentos, das representações, das ideias feitas, dos clichês; de tudo que desvia e bloqueia os processos postos em movimento” (SCHÉRER, 2005, p. 1185).

As experiências de ruptura com o instituído são necessárias, sobretudo num campo minado por linhas duras do poder-saber biomédico, que por tanto tempo sustentou e foi sustentado por práticas totalitárias.

*[...] isso foi um divisor de águas na minha formação, porque, eu fui ler, por conta dessas formações, Foucault, Castel, Drummond, eu ia pro museu, tinha aula com o pessoal de antropologia do instituto de medicina social. Com isso, foi uma quebra, uma ferida narcísica muito grande, porque você sai de um meio que é todo quadrado, com uma sensação de que tá tudo certo, que é só classificar, enquadrar que você vai resolver a questão e, aí, isso dá uma sensação muito empoderada. (Psiquiatra B)*

É preciso quebrar, partir, para que outros sentidos emergjam e nisso, a formação tem papel inquestionável. Essas quebras se dão na experiência, no cotidiano, nas leituras, nos encontros. A história mostra processos de endurecimentos das linhas e momentos de rupturas. Nos últimos anos, linhas de fuga forçaram passagens no campo da saúde mental. Contudo, não há garantias dos efeitos produzidos por seu movimento.

*A gente tá num momento de muito retrocesso, principalmente de 2017 pra cá. [...] por mais que a reforma tenha avançado, acho que muita coisa se consolidou, mas, essa contrarreforma tá vindo com força, né? (TO D)<sup>30</sup>*

Trata-se de considerar a multiplicidade que as diferentes linhas comportam, isto é, todas elas estão presentes nos modos de vida, são interdependentes. Portanto, a lógica manicomial está em todo lugar, afinal o processo de desinstitucionalização não está dado *a priori* (ROTELLI, 1990).

### ***Linha B: Paradigma ético-estético-político***

Segundo Benevides e Passos (2005), o conceito de humanização, no campo da saúde, ganhou sentido normalizador, instituído, duro, preestabelecido, perdendo sua força instituinte, a mesma força que constituiu o SUS nas décadas de 70 e 80. A crítica dos

---

<sup>30</sup> O retrocesso, citado pela entrevistada, pode ser constatado, por exemplo, na Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017), publicada pelo MS em 2017, que determina a integração dos hospitais psiquiátricos à RAPS, com evidente incentivo às práticas de hospitalização.

autores recai sobre a visão idealizada de ser humano, sobre a noção de normalidade, não coincidindo com os movimentos da própria existência. A existência deve ser considerada em “sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos” (p. 391). O paradigma ético-estético-político diz respeito à capacidade de transformação da vida e coloca-se como perspectiva alternativa para a questão da humanização em saúde. É neste sentido que o mesmo paradigma também é proposto na formação profissional, opondo-se ao paradigma científico hegemônico, fundamentado em racionalização das práticas.

Em linhas gerais, a dimensão ética não se define por um conjunto de normas ou pela universalidade dos valores, mas diz respeito aos processos singulares. Diferente da moral, que impõe valores universais e se estabelece como sistema de verdades, a ética funda-se na alteridade, nos movimentos de invenção. A experiência ética, no campo da formação, cria mundos, aumenta a capacidade de agir e a potência de viver, coloca em ação a autonomia e os processos singulares. O sentido ético é aquele que está comprometido com a expansão da vida, e não com transmissão de conteúdo. É desta ética que os referenciais da cartografia, da Clínica da Atividade, da Análise Institucional, bem como as atuais propostas de humanização do SUS tratam. Ela é o exercício do pensamento crítico, pelo qual o conhecimento é construído, sempre coletivamente. Rodrigues e Tedesco sintetizam a noção de ética da seguinte maneira.

A ética será pensada como atitude crítica de si mesmo, relacionada às circunstâncias incomuns da vida de uma pessoa ou sociedade. Trata-se de situações que levam os envolvidos a uma reflexão sobre suas ações dada a necessidade de decidir como proceder, da melhor forma possível, diante de eventos inesperados. São circunstâncias singulares em que as certezas, garantidas por um julgamento anterior, foram destituídas e que, portanto, exigem de seus participantes a coragem de arriscarem novos modos de agir. Consequentemente podemos falar de acontecimentos que abrem uma distância entre aquilo que se é e aquilo que se pode vir a ser e inauguram novas possibilidades de vida. (RODRIGUES; TEDESCO, 2009, p. 77)

É a mesma ética, sob o ponto de vista do cuidado, que orienta as práticas recentes de desinstitucionalização, que dependem da invenção contínua de estratégias em busca das melhores alternativas, não só com interesses extra-hospitalares, mas de vida para esses pacientes.



*Uma coisa muito interessante, que aconteceu no processo de desins, foi a reinvenção do cotidiano. [...] a gente foi aprendendo uma metodologia [...]. Fomos construindo [...]. A gente foi inventando [...].* (Assistente social A)

A experiência ética produz conhecimento, sempre provisório, estabelecido, segundo Guattari ,(1992), a partir do reconhecimento da alteridade. “[...] É o compromisso com as forças que atravessam o campo, compondo os agenciamentos e multiplicando sentidos. É a valoração dos saberes nascidos das relações. Só será ético neste compromisso, se for estético e político no mesmo movimento (MUYLAERT, 2000, p. 81).

A dimensão estética, lembrando que só pode ser pensada junto às dimensões ética e política, consiste na produção de novas referências existenciais. Sua essência é criativa. Trata-se de reinvenção de novas possibilidades de vida, novos percursos, “produzindo novas formas de subjetivação e realidades, em um compromisso com o movimento contínuo, com o fluxo criativo” (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2015, p. 364). É a vida em seu sentido artístico, da ordem do acontecimento que transborda e desestabiliza as molduras que subjagam a existência. É agir como se a cada momento houvesse a necessidade de transformar a própria existência, como se ela fosse uma obra de arte, que implica uma estetização da vida, num criar-se a si mesmo em cada situação.

*Eu acho que tudo que a gente faz pra que a gente não estacione, eu acho que é importante pra saúde mental, no sentido de tá se movimentando, produzindo saber, produzindo conhecimento [...].* (TO)

O paradigma estético, em movimento com o ético-político, inclui a relação inventiva com as linhas duras do instituído, isto é, a partir das possibilidades que se abrem no jogo das forças, micro e macropolíticas. As aberturas são da ordem das multiplicidades, não se reduzem à ideia de indivíduo e suas vontades.

As multiplicidades são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 8)

A nova lógica de atenção em saúde mental impõe a produção de outras configurações dos espaços, dos relacionamentos, da gestão e do cuidado. Considerando as experiências de trabalho no processo de desinstitucionalização, algumas falas evidenciaram

momentos em que os trabalhadores enfrentaram intensas batalhas com o modelo hospitalocêntrico, agravadas pelas fragilidades da rede de atenção psicossocial e suas contradições. Verdadeiras lutas em busca de novos possíveis em situações pouco favoráveis, de conflitos e impasses. São experiências de grande relevância para o campo da formação, que devem ser compartilhadas no sentido de fortalecer o trabalhador e encorajar transformações em seu campo de práticas. “É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

O jogo entre as formas estáveis e o virtual está sempre presente no cotidiano, exigindo habilidade dos trabalhadores para lidarem com frustrações e, ao mesmo tempo, disposição para negociarem e captarem oportunidades de mudanças. Portanto a formação tem urgência na produção de conhecimento técnico-científico, de estratégias no campo da saúde mental para enfrentar e transformar antigas práticas que insistem em se manter.

O processo de desmonte da lógica asilar não se faz sem resistências e muita luta. Foi o que alguns entrevistados disseram ao passarem por período de transição de uma estrutura com características manicomial para a instalação de um novo serviço de acordo com o novo modelo de atenção.

*[...] muitas vezes os gestores vão tentando ver de que forma a gente burla algumas questões. Não é nem burlar, é ver as oportunidades que a gente tem para poder viabilizar a RAPS, porque senão a gente não vai conseguir fazer nada, e quando a gente não faz nada, a gente só fortalece o lugar do hospital psiquiátrico.[...] Mas a gente conseguiu desconstruir muita coisa em torno de alguns profissionais, que ainda resistiam, ou não acreditavam, que seria possível montar um CAPS ali. [...] Muitas resistências de profissionais, de usuários, famílias. [...] foram muitas mudanças, que não foram fáceis. [...]mas, a gente só sabe o que são as coisas depois que a gente vive elas. E hoje as pessoas agradecem: “você diziam que era diferente e é diferente mesmo! É outra coisa! Não tem grade [...]” (Psicóloga C)*

*Era muito difícil a gente bancar, a resistência era muito grande. (Psicóloga B)*

No âmbito das medidas de segurança, o desafio parece ainda maior, sobretudo pela não inserção significativa dessa população, até o momento, no movimento da RP, bem como pelas questões ligadas à interface entre saúde mental e justiça criminal. Narrativas de experiências sobre o processo de desinstitucionalização por motivo de fechamento de um hospital de custódia retrataram situações inesperadas e imprevisíveis vividas pelos

trabalhadores. Foram situações que exigiram estratégias constantes de reinvenção de novos caminhos ante o processo de desinternação dos pacientes.

*A gente foi construindo uma metodologia [...]. Eu acho que foi a partir das demandas [...].*  
(Psicóloga G)

*Nós tivemos duas experiências de teatro [...], nunca teve e foi interessante [...] a gente foi inventando atividades com eles.[...] e foi havendo uma modificação nesses pacientes [...]. O diretor ficou tão empolgado de ver a mudança que o teatro fez neles.* (TO C)

Considerar as falas desses profissionais é reiterar a pertinência desta temática nos processos de formação, sobretudo quando se refere à formação em serviço. As reflexões de Ceccim (2005, p, 162) sobre a EPS devem ser estendidas à esfera da medida de segurança.

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

O paradigma político, segundo Rolnik (1993), constitui-se pela luta que travamos contra as forças que, em nós, impedem a passagem dos fluxos da ordem do devir. A dimensão política não é da ordem das universalidades, nem, muito menos, das constâncias, mas das instabilidades, do plano das intensidades. No entanto, vale lembrar que nesta dimensão, como em qualquer experiência de vida, sempre estão presentes o confronto entre modos singulares e as totalizações, atravessamentos micro e macropolíticos.

A dimensão política da RP não se restringe aos aspectos legislativos nem muito menos às modificações estruturais nos serviços de saúde, mas refere-se, sobretudo, ao contexto de lutas, de convivência com o diferente, aos movimentos socio-históricos de embates entre forças macro e micropolítica presentes nos processos de trabalho. Para alguns autores, como Amarante (2003) e Yasui (2006), trata-se de movimentos que questionam as instituições da loucura, o saber e as práticas psiquiátricas, em busca de novas propostas de cuidado, pautadas pelo compromisso ético que aposta na construção da autonomia como princípio terapêutico e na abordagem psicossocial como processo civilizador.

Qual o sentido que a política tem para a prática profissional no contexto da RP? Qual a concepção de política dos profissionais de saúde mental? Essas foram questões que apareceram nas falas dos entrevistados, inclusive em uma entrevista coletiva com profissionais que atuam no campo das medidas de segurança.

*Isso aconteceu muito comigo, que sou assistente social. Um perito, com quem eu trabalhei me disse: “eu não concordo muito com você, porque você traz a política.” [...] porque eu falava de desigualdade social [...]. Esse médico me disse que eu justificava as coisas politicamente. [...] Porque não é a política partidária que a gente fala [...], tem uma coisa de fundamentação teórica que é diferente da política partidária. Não é disso que a gente tá falando. (Assistente social A)*

*[...] muitos colegas meus continuam com essa visão de psiquiatria fora da interface, como se pudesse ter um saber médico senso estrito, que fica dentro da coisa da organicidade, né? [...] infelizmente, a interface ficou confundida com política. [...] as pessoas de interface são vistas muito mais como pessoas de esquerda, petista, do que propriamente uma pessoa de interface. (Psiquiatra B)*

As entrevistadas continuaram debatendo sobre o lugar histórico-político ocupado por profissionais de uma determinada área, uma por ser assistente social e a outra, psiquiatra. Qual o sentido político desses lugares? A primeira mencionou as frequentes associações que fazem entre os aspectos meramente tutelar e assistencialista e a sua profissão de assistente social, que a colocam, sobretudo, no lugar do discurso em defesa dos menos favorecidos. Para ela, a concepção de política deve ser ampliada para além da visão partidária, ou seja, deve ser pensada a partir das relações sociais como um todo, em suas múltiplas expressões presentes, por exemplo, nas diferenças de classes sociais, no modo como a sociedade se organiza, nos movimentos sociais, nas ideias e no modo como o profissional atua. A segunda falou do lugar da psiquiatria tradicional que, ao longo da história, foi se colocando como um saber à parte, isolado das questões histórico-políticas e pouco sensível à diversidade humana. Questionou o fato de alguns profissionais confundirem a necessidade de estabelecer interface entre os diferentes aspectos teórico-práticos com posições partidárias. Foi possível observar em sua fala a ênfase dada à sua própria experiência com outros campos de saber que lhe propiciaram visão crítica, histórica e política do saber médico, produzindo efeitos em sua prática no âmbito da medida de segurança.

*[...] eu, necessariamente, acabei esbarrando muito nisso, porque quando eu resolvi me interessar pela periculosidade, eu queria saber que critério um perito utiliza pra dizer que*

*tá cessada a periculosidade. [...] eu tava tendo disciplina na época e tinha acabado de ser lançado “Razões da tutela”, do Pedro Gabriel Delgado. [...] o livro foi definitivo pra mim. [...] eu comecei a atuar como perita e foram muitas as cessações que eu dei. [...] eu sou uma das pessoas que vem tentando desconstruir completamente esse conceito errôneo de periculosidade. Então, já nessa época, eu percebi claramente, que era impossível pensar nessas coisas sem uma política que andasse junto. (Psiquiatra B)*

Separar a dimensão política de outras esferas sociais é proceder com o paradigma binário, que opera a partir de fragmentações, entre elas, aquela que separa macropolítica e micropolítica. Perspectivas que questionam o saber tradicional, representadas pelas obras de Foucault, Deleuze, Guattari, pelo movimento institucionalista e pela Clínica da Atividade, afirmam a indissociabilidade das forças produtoras da subjetividade, são forças sociais, econômicas, culturais, políticas, todas num movimento frenético de coengendramento.

São ideias que, no campo da saúde mental, provocam questões ético-estético-políticas, sobretudo no que diz respeito à produção de conhecimento técnico-científico condizentes com a nova lógica do cuidado, sensíveis às práticas antimanicomiais e interessadas em promover ações inovadoras e eficientes, no sentido de aumentar a capacidade de agir dos trabalhadores, de resistência aos modos de serialização dos corpos.

A dimensão política “prevê a constituição de um campo de intervenção, para o qual os sujeitos devem se voltar, a fim de problematizar e criticar a realidade” (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2015, p. 364). Esse é o caminho que Benevides e Passos (2005, p. 392) indicam para a implantação de mudanças nos processos de produção de saúde – realizar mudanças nos processos de subjetivação.

[...] os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos, o que faz da humanização um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS.

O paradigma ético-estético-político, ao ser adotado pelos processos formativos, diferente do paradigma científico tradicional que busca normas a serem obedecidas nas práticas profissionais, considera que é necessário estar atento às singularidades de cada contexto, tanto dos serviços como de cada região. Uma entrevistada demonstrou grande

preocupação com a formação dos profissionais, isto é, com o desenvolvimento da capacidade de problematização da realidade, para que não se tornem meros reprodutores de regras absolutas. Para ela, as formações, de um modo geral, ainda estão muito comprometidas com verdades universais e pouco discutem a indissociabilidade entre as diferentes dimensões do processo de consolidação da RP.

*[...] A reforma é diferente em cada lugar [...], tem as dificuldades específicas de cada lugar, com seus retrocessos e avanços. [...] são as reformas psiquiátricas que tem no Brasil. [...] depende muito dos governos, do contexto político. A ideia da reforma tá se fortalecendo, o que não impede que tenham pessoas que sejam contra a reforma, que tenham políticas contra a reforma sendo propostas e implementadas pelo governo. [...] Então, se a gente é ligado à comunidade, ao território, à cultura, o que afeta aí, vai afetar a gente também. [...] pra mim, a formação tem que trabalhar esse preparo do profissional pra lidar com essas questões, ter também uma visão mais abrangente [...]. (TO D)*

A experiência de trabalho do próximo entrevistado foi marcada pela luta política e pelo seu envolvimento com processos formativos (estágio, residência, centro de estudos), sempre se posicionando de modo crítico e contrário ao modelo hospitalocêntrico. Para ele, qualquer trabalho, especificamente em saúde mental, se dá num contexto sócio-político, no qual o trabalhador, inevitavelmente, está envolvido, de um modo ou de outro.

*[...] Faz parte da luta né? Ora tá por cima, ora tá por baixo. Eu não sei quando a gente trabalha mais, se é quando tá por cima ou por baixo. Quando tá por cima, tem que ocupar espaço, fazer projeto, implantar políticas e depois, quando tá por baixo, fazer oposição. (Psiquiatra C)*

A política está em qualquer produção humana, sempre conjugando os domínios macro e micropolíticos. A proposta formativa, que propõe a transformação das práticas, está mais interessada no plano micropolítico de produção de mundo, afinal, é nele que novos territórios existenciais são produzidos.

### ***Linha C: Aprendizagem inventiva***

A aprendizagem inventiva é indissociável do cotidiano, uma vez que, faz parte das experiências não só do trabalho, mas de todas as esferas da atividade humana. Não há trabalho sem invenção. O problema é como ampliar a capacidade inventiva do trabalhador. Esse é um dos principais objetivos das Clínicas do Trabalho que interliga trabalho,

subjetividade e saúde em torno da experiência de problematização das práticas instituídas, promovendo a invenção de novas possibilidades operacional-existenciais no e pelo trabalho (BARROS; AMADOR, 2017). Esse também é o interesse das estratégias formativas que apostam nos processos inventivos e no protagonismo daqueles para os quais a formação se dirige.

Kastrup (2008), apoiada na Teoria da Autopoiese, dos autores Maturana e Varela, recoloca o problema da cognição, afirmando que os processos cognitivos não estão submetidos a um domínio das representações, por se tratarem de processos de criação de si e do mundo. O processo de aprendizagem não se restringe à soluções de problemas nem à aquisição de conhecimento, mas compreende os processos de produção de subjetividade. A autora, ao buscar alguns intercessores para pensar a aprendizagem, encontra, também, em Deleuze e Guattari, argumentações sobre o processo de ensino/aprendizagem, sobretudo, em seus estudos sobre a produção da subjetividade. Com base nos dois autores, afirma que a cognição não é apenas uma capacidade de solução de problemas mas, sobretudo, de invenção de problemas. Acrescenta, ainda, que a invenção não é uma propriedade de um sujeito – “O sujeito, bem como o objeto, são efeitos, resultados do processo de invenção” (KASTRUP, 2005, p. 1275). Os processos de aprendizagem, portanto, não são operados por uma interioridade psíquica, visto que pensar consiste no encontro de signos e forças que ultrapassam o indivíduo, que pertencem à dimensão da intensividade. Essa dimensão é própria da educação que Deleuze chamou de *menor*. “Menor é tudo aquilo que escapa ou subverte um pensamento hegemônico [...]” (PASCUAL; JUSTA, 2009, p. 26).

As interconexões entre trabalho e formação em saúde, de um modo geral, tem mobilizado muitas discussões em todo o país, visto que o cenário recente da RP é repleto de contradições e impasses, ainda marcado pela longa história de produção de tecnologias de exclusão da loucura e predomínio da perspectiva biomédica. Tal cenário aumenta a responsabilidade que os processos formativos têm de investir na aprendizagem inventiva.

Os dizeres de entrevistados confirmaram essa responsabilidade à medida que relataram suas experiências no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, sobretudo aqueles em medida de segurança, internados em HCTP.

*Muita coisa a gente tinha que inventar [...], a gente não sabia o que fazer [...]. (Assistente social A)*

Alguns entrevistados que foram designados para a função de supervisores de desinstitucionalização, em virtude do desmantelamento de organizações manicomiais e da exigência de redução de leitos psiquiátricos, relataram episódios de grandes dificuldades frente à necessidade de inventar novos caminhos para reinserção psicossocial dos pacientes.

*Foi desse jeito que a gente conseguiu as coisas, vendo o que dava pra fazer com cada realidade, com cada paciente, com cada família. [...] cada caso tinha que ser trabalhado de forma diferente, dentro das necessidades daquele caso [...]. (Psicóloga F)*

Serviços com características asilares tiveram que se reinventar.

*[...] foi dentro das contradições que a gente buscou novas saídas. [...] a gente foi fechando serviços que eram prestados aqui e criando outras formas de atenção aos pacientes [...]. (Psicóloga C)*

A invenção faz parte da prática profissional, no entanto, no campo da RP, além de contar com a reinvenção contínua, muitas ações precisam de direção para que sejam fortalecidas, para que funcionem como orientações gerais a serem avaliadas e adaptadas às particularidades das condições locais da ação ou serviço. Refutar diretrizes protocolares, impostas de cima para baixo, a serem seguidas rigidamente, não significa fazer qualquer coisa, ou que qualquer modo de fazer ciência nesse campo sirva à abordagem psicossocial. Os procedimentos metodológicos seguem algumas orientações, tais como: acompanhar processos ao invés de recortar a realidade; recusar trabalhar com dados fixos, mas proceder com acompanhamento de processos no momento mesmo em que estes se dão; estar à espreita dos acontecimentos, abrindo espaços para a reflexão coletiva e decisão sobre os modos de ação; construir coletivamente um saber/fazer, sobretudo daqueles que estão imersos no campo de trabalho, buscando novos modos de atuar<sup>31</sup>.

Embora a necessidade de reinvenção aparecesse em muitas falas, foi no âmbito das medidas de segurança que essa ganhou notável destaque devido à interface entre saúde e justiça. Foram muitos relatos sobre o cotidiano complexo de atendimento ao indivíduo que cumpre medida de segurança em HCTPs, exigindo grande esforço para a construção de novas práticas em meio às dificuldades de acesso dessa população às propostas da RP.

---

<sup>31</sup> Muitas das propostas aqui apresentadas fazem parte das pesquisas e experiências do ONSMJC/UFF.



*A gente começou a perceber que poderia ir nas audiências, ninguém ia nas audiências de desinternação [...]. Ir nessas audiências foi muito importante, porque num primeiro momento o juiz não te escutava, ele queria escutar a mãe, o paciente e não te escutava. E aí a gente começou a fazer um trabalho muito junto com a defensoria e a promotoria pública, no sentido que a gente tinha o que dizer na audiência. E aí a gente começou a falar nas audiências, a fazer contratos nas audiências [...]. (TO B)*

Não só de protocolos se faz a RP, muito pelo contrário, eles mesmos precisam de avaliação contínua, precisam de ajustes, ou de reinvenção, por conta dos diferentes contextos, das mudanças que vão se impondo durante os percursos. Isso não significa minimizar sua importância para organização dos serviços e garantia dos avanços produzidos no campo da RP, mas manter uma posição crítica e aberta às mudanças. Essa foi uma das principais recomendações dos entrevistados - manter-se aberto a novas possibilidades de atuação. Como os processos formativos podem contribuir para isso? Priorizar as experiências dos trabalhadores é um importante passo, elas mostram que a invenção tem sido o recurso decisivo para continuar o trabalho de consolidação da RP, inclusive no âmbito da medida de segurança. O processo de desinstitucionalização não acontece sem invenção, sem quebras do antigo modelo.

São muitas as histórias de invenção, como observa Yasui e Pena (2015, p. 69), quando refletem sobre o cotidiano das práticas do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições.

[...] vemos trabalhadores que defendem o seu espaço, reivindicando reconhecimento e importância e, mais do que isso, buscando construir novos significados para a prática de cuidado, encarando a invenção de novos horizontes como estratégia de resistência às dificuldades de se manter profissional da saúde e cuidador.

Yasui e Pena fazem uma reflexão sobre dois filmes, *Tempos Modernos*, de Chaplin, e o videoclipe da música *Another Brick in the Wall*, da banda de rock Pink Floyd. No primeiro, refletem sobre a fragmentação e a especialização no trabalho. No segundo, apontam para a massificação e serialização dos processos educativos. As duas obras mostram a questão da repetição presente no trabalho e na Educação, sendo possível sua aplicação ou transposição para o campo da saúde. Dentre os muitos questionamentos que os autores fazem, um chama a atenção: “Como o trabalhador pode lidar com os entraves cotidianos, afirmar a gestão de seu próprio trabalho e renunciar à condição de ‘mais um tijolo no muro’ [...]?” (Ibid., p. 69). No âmbito dos processos formativos, tais inquietações

clamam por novos sentidos para as relações entre trabalho, saúde e produção de subjetividade. Seguindo as propostas dos autores, a formação precisa investir em processos de invenção que forcem os limites da repetição e aposte na alteridade como condição de trabalho. Yasui e Pena propõem espaços dialógicos, estratégias grupais, como rodas de conversa, oficinas, fóruns de discussão e tantas outras, para que se possa ampliar olhares e dizeres, multiplicar perspectivas em torno do fazer-saber do profissional de saúde.

Os processos inventivos, segundo Kastrup (2005, p. 1277), não se confundem com o mundo dos objetos e das formas, mas se dão em um campo de forças. “Aprender é, então, em seu sentido primordial, ser capaz de problematizar a partir do contato com uma matéria fluida, portadora de diferença e que não se confunde com o mundo dos objetos e das formas”. Tão somente, não se reduz à dimensão de um eu, uma interioridade e a trocas de informações entre pessoas. A aprendizagem inventiva, como potência de invenção e novidade, não é uma excepcionalidade, capacidade especial de artistas e cientistas, mas: “[...] está em nosso cotidiano e permeia o funcionamento cognitivo de todos nós” (LIBERMAN; LIMA; MAXIMINO; CARVALHO, 2017, p. 120).

Os processos formativos devem seguir os mesmos movimentos da vida, vibrar na mesma cadência dos processos pelos quais se interessa, incluindo o movimento daqueles que são alvo do cuidado. Como disse certa entrevistada sobre os pacientes:

*[...] eles estão sedentos por mudanças [...] e eles vão precisar de nossa ajuda pra isso [...].*  
(Assistente social B)

As políticas de formação estão permitindo que novos caminhos sejam trilhados que se constituem num entre forças e no embate com as formas já constituídas.

Assim, é num entre-lugar que esta formação se situa, posto que não se coloca numa perspectiva basista que corre o risco de perpetuar naturalizações e, tampouco, visa a fortalecer desqualificações da experiência concreta dos coletivos. O que se deseja é disparar processos de formação-intervenção que se construam por entre as formas dadas, incitando a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação. (HECKERT; NEVES, 2007, p. 152)

Aprender é aprender a pensar, e pensar é problematizar. É estar sensível e aberto aos encontros, às possibilidades do exercício do cuidado, afinal, a dinâmica do trabalho segue o movimento de fluxos inesperados, os quais não se deixam aprisionar por ações

protocolares, nem pela previsibilidade. Trata-se de um movimento rizomático, que brota nas frestas, no jogo entre as formas estáveis e virtuais. Neste sentido, os encontros formativos podem ser um momento de partilha dessas experiências, com intuito de afirmar a variabilidade das situações vividas, suas contingências e singularidades. São encontros que, segundo Merhy (2015), não necessariamente precisam ser formalizados e organizados para esse fim. Para ele, o mundo do trabalho sempre implica processos formativos. “Ali, como uma escola permanente, o mundo do trabalho sempre implica processos formativos, e mais, necessários para a própria atualização da prática de um certo grupo de trabalhadores” (p. 9).

## **5.6 Pista 5 – Formação como plano de construção e desconstrução contínua**

### ***Linha A: Perspectiva histórico-cultural dos conceitos***

O dilema central das formações tradicionais, de caráter academicista e transmissionista, é fortalecer o binômio teoria/prática, ou ciência/técnica, como polos de uma relação para o desenvolvimento de competências. Daí surgem estratégias lineares, predominantemente técnicas, de ordem racional-cognitivas, para colocar em ação procedimentos de homogeneização do conhecimento, fragmentando, especializando e hierarquizando as relações de saber. Esse é, em geral, o modelo hegemônico das formações, inclusive no campo da saúde, poderosa máquina de produção de subjetividades sujeitadas. “A absolutização dos conhecimentos, as certezas prescritivas, as explicações unidimensionais e unirreferenciais colaboram para uma formação pouco crítica e fomentam a ideologia do controle e da simplificação dos fenômenos” (BAGNATO; MONTEIRO, 2006, p. 248). O modelo tradicional não atende aos propósitos da nova lógica de atenção em saúde mental e da atenção básica, aliás, à produção de conhecimento.

Inclui-se nas pistas que solicitam novos modos de produção de conhecimento, expressas nos referenciais teóricos desta pesquisa, bem como nos muitos dizeres dos profissionais entrevistados, a problematização de conceitos produzidos ao longo da história que perpetuam práticas excludentes e criminalizadoras, *Conceito-sintoma* é a expressão usada por Benevides e Passos (2005), quanto ao tema da humanização, que traduz bem a ideia de que certas noções paralisam e reproduzem um sentido já dado. Tem-se como exemplo a própria noção de loucura e os procedimentos de tratamento, que foram citados pelos entrevistados como convicções que precisam ser problematizadas.

*Eu acho que a gente tem sempre que começar falando da história, pra chocar mesmo. [...] pra saber como a loucura era tratada [...]. Trazer essa história, porque a gente tá num momento de retrocesso e a luta é não deixar que isso volte. Acho que essa trajetória histórica tem que ser bem marcada mesmo, de como era vista a loucura. (Enfermeira)*

*A história da loucura é um tema importante, história dos manicômios, o que foi produzido. (Psicóloga E)*

Embora a última pista aborde com mais detalhes questões sobre a medida de segurança e os processos formativos, vale antecipar algumas falas por tratarem de aspectos conceituais, como a noção de periculosidade e sua relação com a loucura.

*Eu acho que a gente tem que colocar os conceitos em xeque [...]. Trazer os conceitos que a gente lida no cotidiano. [...] algumas questões conceituais, a gente vai percebendo que a gente não precisa trabalhar com elas, apesar delas serem fundantes no campo jurídico, por exemplo, como periculosidade. [...] a gente não trabalha com a ideia de cessação de periculosidade, apesar do título dos nossos relatórios falar, porque tem que falar, porque vai pra perícia. (Psicóloga C)*

A noção de periculosidade foi bastante questionada pelos entrevistados que atuam no âmbito da medida de segurança, sobretudo pelos efeitos que produz na vida dos indivíduos, exigindo constante vigilância e justificando medidas de internação, por algo que eles possam vir a ser ou fazer. Para Foucault (2002, p.88), trata-se de controle das virtualidades que “[...] se ordena em torno da norma, em termos do que é normal ou não, correto ou não, do que se deve ou não fazer.”

*Eu acho que é um conceito que merece ser aprofundado. [...] por que que tem essa questão da periculosidade na medida de segurança? [...] os profissionais que questionam, conseguem entender a questão da periculosidade de uma outra forma. Agora, outros profissionais tem uma visão muito comprometida da periculosidade [...]. Eu acho que deve ser desconstruída essa noção de periculosidade e pra isso você tem que estudar, saber [...]. (TO A)*

A produção de conhecimento requer um trabalho contínuo de invenção de conceitos, construídos, ao mesmo tempo, por forças micro e macropolíticas. Sua engenharia não é estática e nem possui garantias de duração. Portanto, os processos formativos devem acompanhar seus desdobramentos histórico-político-sociais e sua manutenção nas

diferentes esferas sociais, investindo no processo de desmontagem de alguns e construção de outros.

Para Deleuze e Guattari, todo conceito é fugidio, rizomático e múltiplo. Os conceitos são da ordem da multiplicidade, operam nas e pelas singularidades, são polifônicos, deslizando entre as dimensões molares e moleculares, criando imanências, ao invés de terem origem própria. Trata-se de pensar os conceitos como operadores de realidade. “Neste sentido, eles nos chegam como ferramentas. Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77).

Os dizeres dos entrevistados ganham relevância nesta pesquisa ao participarem do processo de construção de pistas para a formação, que incluem propostas temáticas, não como parte de um programa molar de obediência às ideias, mas como projeto molecular, como experimentação que desconfia das essencialidades e problematiza, coletivamente, os processos de subjetivação. São dizeres que tomam força por serem produzidos pelos próprios trabalhadores em seus contextos de trabalho, diferente de conceitos abstratos, ou dados a serem constatados. No processo de construção do pensamento, o que está em jogo, segundo Passos e Barros, é o movimento de intercessão dos conceitos por serem construídos num certo regime de forças. “Não são abstratos, não são dados, não são preexistentes. Eles compõem, o tempo todo, um sistema aberto relacionado a circunstâncias, e não mais a essências” (p. 77).

### ***Linha B: Propostas temáticas***

A proposta de formação em serviço tem como principal objetivo a promoção de espaços que permitam a construção do conhecimento por meio das experiências concretas e locais de trabalho. Portanto, estabelecer um plano linear, que se limita à transmissão de informações não é apropriado, afinal, não se está propondo um modelo padronizado de ensino-aprendizagem. Trata-se de trabalhar com a variabilidade das situações vividas pelos trabalhadores, as contingências das experiências singulares. Tal proposta não se efetiva segundo protocolos disciplinares, conteudistas, afinal, é impossível tentar normalizar o que é da ordem da variabilidade.

Muitas vezes, é extremamente difícil colocar em palavras o engajamento corporal numa determinada situação, uma vez que ele escapa à lógica racional, que se fixa nas redes conceituais. A lógica da atividade sempre a transborda. No entanto, seguindo a perspectiva

dialógica, os encontros formativos podem viabilizar a atualização de virtualidades, isto é, abrir espaço para que outros projetos de mundo possam emergir.

Importante reconhecer que as transformações são construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente “em laboratório” ou “ambientes especiais”, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade. É na micropolítica do aprender, cuidar e produzir conhecimentos que podem ser produzidos movimentos de territorialização e desterritorialização também neste âmbito. (FEUERWERKER, 2014, p. 130)

O encontro formativo pode ser um momento de conhecer como se efetiva a organização de trabalho de cada serviço, partilhar dúvidas e anseios, estreitar e fortalecer laços profissionais. Um dos interesses manifestos pelos entrevistados no campo da formação, está associado ao processo de construção do saber teórico-conceitual que determina e sustenta visões de mundo. A proposta é incentivar práticas formativas que incluam o diálogo entre os saberes acadêmico/científicos e os saberes incorporados nas experiências do trabalho.

*[...] a gente precisa debater os conceitos [...], a gente corre o risco de cair no senso comum [...] pensar de forma preconceituosa, cair nas falácias [...]. (TO D)*

Yasui (2006), com base em Amarante, destaca uma das dimensões fundamentais do processo de consolidação da RP, a dimensão epistemológica. Trata-se do campo referente à produção de saberes, sobretudo, para desconstruir a perspectiva tradicional do saber biomédico. “Não se trata apenas de negar, romper, mas também de produzir novas noções e conceitos, tecendo linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas, num esforço de construir um novo paradigma no campo da saúde mental” (Ibid., p. 98).

Os entrevistados manifestaram interesse por temas a serem explorados nos processos formativos, entendendo que eles fazem parte da prática profissional, interferindo nos modos de trabalhar e de ser trabalhador em saúde mental. Em cada sugestão de temas aparece a necessidade de articular conceito e realidade vivida, em busca de modos mais potentes de atuação a partir da nova lógica de atenção em saúde mental, considerando que esta lógica está em permanente processo de construção.

Dar visibilidade às propostas temáticas dos entrevistados, seguir pistas nos seus dizeres, faz parte do processo de construção de estratégias formativas que privilegiam o

saber-fazer desses trabalhadores. Trata-se de apostar na construção coletiva da formação, no plano comum que envolve todos os participantes com suas semióticas singulares e as complexidades da realidade. Assim, reforça-se a inseparabilidade entre conhecer e intervir que reposiciona todos os envolvidos no processo de formação num mesmo plano de coemergência.

As propostas temáticas surgiram ao longo das entrevistas, sem necessariamente terem sido provocadas por alguma pergunta específica, mas num contexto de discussões sobre a importância de se estudar, de um modo geral, campos de conhecimento sobre a saúde, conceitos que circulam no campo da saúde mental, incluindo sua interface com a justiça, além de temáticas que envolvem relações sociais. Temas esses que foram tangenciando as pistas, aparecendo em algumas linhas. Em todo momento, a importância dada à articulação entre conteúdos teóricos e o contexto de trabalho, fazer relações com conhecimentos preestabelecidos por parte do trabalhador, o interesse em percorrer as linhas de produção de uma determinada ideia, sem perder de vista a criação de novos pensamentos e conceitos.

Essas foram as temáticas mais indicadas a serem trabalhadas na formação profissional: (1) Funcionamento da RAPS e do SUS; (2) Direitos Humanos; (3) Legislação; (4) Uso abusivo de drogas, incluindo discussões sobre população de rua; (5) Medida de segurança; (6) Estratégias de atuação, com foco nos dispositivos grupais; (7) Perspectivas teórico-metodológicas críticas, isto é, que rompem com o modelo tradicional de ciência.

Vale lembrar que alguns consideraram a necessidade de avançar em pesquisas, em produção bibliográfica, na mesma medida que a RP, trazendo temáticas contextualizadas e atuais, que levem em conta os problemas da prática profissional e da sociedade em geral, em sua complexidade, que atravessam a prática de todos os trabalhadores, não só da saúde mental, mas da justiça e da assistência social. Isso porque, o processo de construção das práticas em saúde deve ser entendido em sua processualidade e complexidade, sempre inacabado, aumentando, ainda mais, a necessidade dos processos formativos investirem, não só no conhecimento dos fundamentos já formalizados e instituídos na rede pública de atenção à saúde e em outros serviços, como também em novos modos de trabalhar.

### ***Linha C: Dimensões técnico-assistencial e sociocultural da RP***

A desinstitucionalização, proposta pela RP, é um processo social complexo que exige mudanças profundas, as quais Amarante (2003), envolvem quatro dimensões:

jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural. As duas últimas foram as mais comentadas pelos entrevistados. A dimensão técnico-assistencial foi a que mais se aproximou dos dizeres dos entrevistados por estar vinculada à sua própria prática profissional. Trata-se da desconstrução de sistemas de saberes e práticas que sustentam a lógica manicomial, ao mesmo tempo que propõe uma nova lógica de atenção à saúde mental e inclui todo o sistema de saúde. Segundo Yasui (2006, p. 105), trata-se de uma práxis: “conceitos que nascem de uma prática de mudança da assistência em saúde mental e que se transmutam em instrumentos teóricos e técnicos para transformar esta mesma prática.”

Nesse sentido, o avanço da RP depende, não só de uma nova organização dos serviços, mas do preparo dos profissionais para lidarem com essa nova realidade, a partir do conhecimento técnico-científico pertinente ao realinhamento das práticas em saúde mental. Portanto os processos formativos devem investir em estratégias de sensibilização do profissional com o objetivo de fortalecer sua capacidade de análise do trabalho, sobretudo para evitar as possibilidades de reprodução da lógica manicomial, ainda que travestida em ações aparentemente inovadoras.

A temática sobre o processo de desinstitucionalização foi bastante comentada pelos entrevistados quando falavam sobre suas experiências de trabalho. São experiências que, às vezes, são pouco reconhecidas, ou colocadas no plano das informalidades do cotidiano do trabalho, mas que deveriam ocupar lugar de destaque, sobretudo, pelas estratégias formativas. Muitas dessas experiências estão relacionadas ao processo de desinstitucionalização do próprio profissional, sem o qual a RP não avança, pelo contrário, reproduz o antigo modelo, ainda que em novos espaços. Vale lembrar dos manicômios mentais mencionados por Pelbart (2001), que estão em toda parte.

Uma entrevistada, que abordou essa questão, falou sobre sua categoria profissional de enfermeira, incluindo os técnicos de enfermagem, que têm profundas raízes no modelo hospitalocêntrico, sendo uma formação, sobretudo, marcada pela repetição de protocolos. A entrevistada, no entanto, questionou esse modelo, ainda muito presente nas formações e nas práticas profissionais, dizendo que ele é inviável no atual cenário da saúde mental, além de obstaculizar o realinhamento das práticas. No entanto, observou que o perfil dos profissionais vem se modificando a partir das mais recentes formações em saúde mental e atenção básica.



*Eu acho que a minha escolha pra saúde mental foi também um processo de desinstitucionalização. [...] a lei 10.216 é muito recente [...]. A gente vem desde sempre com internação psiquiátrica, que segue esse modelo da enfermagem dura, enfermagem que medica, que contem. A enfermagem que contem por castigo, que diz: “não vai ficar quieto não? Vou te amarrar.” [...] Ainda tem muito esse pensamento mais endurecido, mais de castigo, mais punição, dos modelos dos hospitais psiquiátricos fechados. Eu acho que tem vindo agora formações em saúde mental, residentes multiprofissionais, que tá formando enfermeiros um pouco mais diferenciados. [...] técnicos de enfermagem, em especial, normalmente é uma galera que trabalhou a vida inteira em diferentes hospitais e não tem uma formação pra técnico de enfermagem em saúde mental, diferente do nível superior. (Enfermeira)*

Para outro entrevistado, que tem experiência em consultório de rua, quando o profissional tem contato direto com determinadas realidades durante a formação, isso pode auxiliá-lo na desmontagem de ideias preconcebidas e permitir uma melhor compreensão das dificuldades e possibilidades do campo de trabalho. O entrevistado ressaltou, por exemplo, a importância dos processos formativos investirem nas experiências concretas de trabalho, por tornarem o profissional mais sensível às diferentes situações, muitas das quais aprendeu a ignorar ou, até mesmo, execrar. Ele enfatizou a importância dessa proposta formativa contando alguns episódios ocorridos no período em que trabalhou com formação em saúde. Duas participantes ficaram impactadas com a situação de abandono dessa população.

*[...] uma delas morava na comunidade perto da unidade, e tinha um pessoal que ficava na rua bebendo o dia todo. No final do curso, ela quis fazer uma intervenção com aquelas pessoas. A questão dela era assim: “minha mãe sempre me disse que não era pra eu me aproximar dessas pessoas.” Quando a gente chegou lá, foi diferente. Caiu completamente, né? As pessoas receberam bem [...]. Teve uma história que ela ficou muito chocada, que era de um rapaz que tinha um problema de dente e foi pro nordeste pra arrancar todos os dentes. E na clínica que ela trabalhava tinha dentista. Aquilo chocou ela, porque, aí, eu acho que ela entendeu o que que é acesso. Então, isso mudou a visão que ela tinha, uma coisa que foi transmitida pra ela desde pequena. [...] uma outra começou a chorar muito e eu perguntei o que que houve e ela disse que não sabia que tinha gente que vivia com tão pouco. São exemplos que mudam nossa perspectiva. (Psicólogo D)*

Para Ramminger e Nardi (2007, p. 682), com base nos estudos de Foucault, o processo de desinstitucionalização só se legitima com “a mudança efetiva na rede de relações de poder, o que inclui tanto a relação entre os trabalhadores como a destes com os gestores e com os usuários.” Seguindo nesse raciocínio, vale mencionar a observação que um entrevistado fez sobre o cuidado que o trabalhador tem que ter para não reproduzir,

cegamente, o saber institucionalizado, ou o conhecimento tutelado por uma estrutura organizacional de ensino. Para ele, é importante maior autonomia de pensamento e de ação. Trata-se do cuidado que se deve ter com as capturas técnico-metodológicas que imprimem uma rigidez à prática profissional e mantém a lógica tradicional de cuidado por meio de relações de saber-poder.

*[...] já tinha passado por alguma formações [...], mas acho que certo distanciamento me dava também uma independência de pensamento. (Psiquiatra C)*

Muitos entrevistados chamaram a atenção para o risco do enrijecimento da prática profissional por suprimir a natureza inventiva e processual da RP, concernente à produção rizomática dos agenciamentos de relações e ações que se dão nas situações de trabalho, que se contrapõem às lógicas binária e linear. Essa rigidez empobrece a capacidade de problematização da própria prática, além de recortar a realidade em estados estanques a serem tomados como verdades absolutas.

O que fazer com tantos protocolos gerados pela própria RP e, tantos outros, típicos das categorias profissionais? São questões que foram apontadas por alguns entrevistados. Muitas dessas questões já foram discutidas na pista sobre a desierarquização do trabalho em equipe, mas que aqui valem como importante observação sobre a necessidade de ruptura com o modelo rígido de atuar em saúde mental.

*[...] a formação do enfermeiro é muito protocolada. [...] tem uma tradição e ninguém questiona, e quando você questiona isso, a resposta é: “é assim, porque é assim.” Porque, você tem que ter uma postura, porque, você tem que andar alinhada, porque você tem que representar a roupa branca. Eu sempre questionei isso [...]. Na saúde mental a gente também indaga isso, porque vestir jaleco, vestir branco? [...] ter uma formação que não te ensina pensar, que te ensina a seguir protocolos enormes, eu acho que não é válido. [...] nunca tinha pensado nisso, mas acho que eu também fiz esse processo de desinstitucionalização da minha profissão. (Enfermeira)*

O cotidiano de trabalho do profissional, segundo alguns entrevistados, se constitui, na maior parte, por afazeres preestabelecidos, que em muitas situações impedem iniciativas que atendam às necessidades mais urgentes. “É tanta quantidade de papel pra preencher que você fica doida!” São dizeres que reclamam da quantidade de tarefas seriadas e rígidas. Para exemplificar, uma entrevistada citou a limitação da quantidade de visitas domiciliares, que devem ser realizadas na rotina do serviço e que, muitas vezes, não se pode fazer mais ou deve-se dar preferência para uma situação de urgência, porque tem que seguir o

protocolo. Disse que certas situações, às vezes, têm mais necessidade de atendimento e que não podem ser atendidas porque a fila está muito grande. Em seguida, falou de certas atividades que rompem, inicialmente, com o modelo tradicional de atendimento, mas que no cotidiano vão se transformando em protocolos, perdendo o sentido problematizador da atividade.

*Aí, tem lá a discussão sobre a importância de fazer grupos, mas, fica tudo como se fosse um protocolo. [...] aí, chega pro grupo falando que é muito importante fazer grupos, que as pessoas se encontram [...], mas, é prescrito. Você não vê nesses espaços, eu vi muito pouco, você botar as pessoas sentadas e discutir aquilo, por exemplo, que sempre me toca muito, o que afeta as pessoas. [...] por exemplo, em alguns espaços, a redução de danos veio como se fosse um protocolo e, aí, ter que dizer que ela não é uma técnica, que eu não vou chegar junto com o meu saber. Dizer que é uma cultura da saúde, é um modelo de abordagem, é uma outra forma de entender, inclusive, o mundo. (Psicóloga B)*

Alguns dizeres dos entrevistados apontaram para a necessidade do profissional de saúde mental atentar para o processo de desinstitucionalização social, que pode ser aqui associado à dimensão sociocultural definida por Amarante. O trabalho junto à família, à comunidade, às instituições de ensino e judiciais, foram as áreas mais citadas. Segundo Amarante (2007, p. 73), a dimensão sociocultural é “[...] uma dimensão estratégica, e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica.” Enquanto não mudar a concepção de loucura no âmbito cultural, nas relações com o louco, não haverá reforma consolidada. Uma das entrevistadas disse que seu maior desafio é “fazer essa desins com a sociedade”.

*[...] o maior desafio não é fazer essa desins com eles (pacientes), é fazer essa desins com a sociedade. [...] que a sociedade esteja preparada pra recebê-los [...]. É o compartilhar os espaços públicos. [...] Eles vão precisar da nossa intermediação, mas é a sociedade que tem que ser mais focada. Quando você fala de um treinamento profissional, é muito importante que a gente saiba como fazer isso. [...] mais ainda, é o fora, sabe? Como é que a gente faz isso? [...] tem que ser extramuros também. (Assistente social B)*

Essa fala trata do trabalho profissional que, segundo a entrevistada, deve se estender para além do ambiente dos serviços. O cuidado requer o trabalho junto à comunidade, à família, envolve conversas cotidianas, esclarecimentos sobre possibilidades de convivência com a loucura, comunicação com diferentes setores de prestação de serviços que esses pacientes terão que acionar. São intervenções voltadas para o fora, para o território existencial do paciente. A necessidade do trabalho extramuro apareceu em muitas

narrativas, como parte do processo de consolidação da RP, no sentido de se trabalhar a percepção social da loucura, que, na maioria das vezes, desqualifica, exclui, teme e infantiliza a figura do louco (YASUI, 2006). As muitas histórias narradas pelos entrevistados mostraram a importância desse trabalho sociocultural, do qual o trabalhador também faz parte. Muitas vezes o profissional tinha que dialogar com pessoas de um determinado lugar que o paciente frequentava para ajudar na compreensão dessas pessoas sobre a situação do paciente. Às vezes, informando que o paciente não é perigoso ou mesmo ajudando a lidarem com ele.

Uma entrevistada falou sobre a conversa que teve com sua própria mãe a qual achava que ela, um dia, seria morta pelos pacientes dentro do hospital psiquiátrico. Histórias que falam da necessidade de dialogar com a sociedade sobre a loucura a partir da perspectiva psicossocial.

*O grande impasse atual é mostrar pra sociedade que nem todo louco mata, nem todo mundo que mata é louco. Que o louco tem direito de ir ao cinema sim, que o louco tem direito de morar no Humaitá sim<sup>32</sup>. [...] onde é o lugar deles, no hospital psiquiátrico? [...] a missão da reforma é a rua, é o social [...]. A reforma psiquiátrica é muito recente, então, ninguém sabe que que é CAPS, que tem outra forma de cuidar, que não seja hospital psiquiátrico, que não seja internação. Que tem acolhimento noturno, que é diferente da internação. Eu acho que a intervenção da saúde mental é também no social. (Enfermeira)*

Foram falas que sinalizaram a importância do profissional participar de diferentes contextos, de dialogar com diferentes pessoas no intuito de provocar outras práticas e saberes por parte da sociedade. É como se posiciona frente a certas situações, como confronto a lógica manicomial no seu dia a dia, para além dos espaços instituídos de trabalho. Uma situação desse tipo foi lembrada por uma entrevistada.

*[...] outro dia, eu ouvi o Boechat no rádio denunciando a redução de leitos pediátricos e psiquiátricos. Eu liguei pra lá, imediatamente, e falei: “olha só, a redução de leito psiquiátrico é boa, viu? Não é ruim não. Não é desassistência.” Porque, eles acharam que era desassistência. (Psicóloga F)*

É como se dissessem que ser trabalhador de saúde mental é estar sempre ‘a postos’, e não apenas ocupar um ‘posto’.

---

<sup>32</sup> A entrevistada fez referência a um relato sobre uma experiência que teve com moradia assistida no bairro do Humaitá, quando alguns da vizinhança reclamaram da presença dos pacientes.

Há uma ética que perpassa todo esse trabalho. Ele só pode ser concretizado como uma prática social que sonha utopias, que trabalha e acredita em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite radicalmente as diferenças. Só pode ser então uma prática norteada pela perspectiva da transformação social, ainda que ela seja uma utopia. Mas que seja uma utopia ativa, cujo percurso se concretiza a cada gesto cotidiano de cuidado com o sofrimento psíquico. (YASUI, 2006, p. 104)

## 5.7 Pista 6 – Formação-interventiva

### *Linha A: Formação como ação transformadora*

Partindo da máxima que toda atividade é interventiva, incluindo aí as atividades de formação como conjunto de tecnologias voltadas para a produção de conhecimento que se dá na experiência do trabalho, é possível apostar no desafio metodológico o qual toma a realidade como ponto de partida para problematizações que visam à transformação da própria realidade. Isto significa romper com os modelos tradicionais da representação. “Conhecer não é representar a realidade de dado objeto, mas é lançar-se em uma experiência de criação de si e do mundo conhecido” (BARROS; PASSOS; EIRADO, 2014, p. 151).

Voltando às considerações da cartografia e da Clínica da Atividade, vale lembrar que a produção de conhecimento é sempre coletiva e singular e que esse conhecimento não é sobre algo que já esteja dado *a priori*, ou seja, não diz respeito ao conhecimento como representação da realidade, mas consiste no conhecimento produzido no traçado de um plano comum que coloca em ação diferentes territórios e semióticas singulares (KASTRUP; PASSOS, 2014). Toda produção de conhecimento coloca em movimento processos que são indissociáveis como a relação teoria-prática, estudo-intervenção, sujeito-objeto. Esta é a proposta da formação-intervenção indicada pela PNH.

Assim, seria uma experiência ancorada no entendimento de que a formação é uma instituição, e, portanto, representa práticas sociais historicamente construídas, que produzem verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação, precisando então ser problematizadas para que não se transformem em prescritoras de regras absolutas ou de proibições definitivas. Uma formação assim fundamentada teria potência para produzir movimentos afirmadores da vida, ao contagiar e perturbar os processos instituídos, agindo como força de intervenção. (VERDI et al, 2014, p. 30-31)

A PNH tem como princípio o paradigma ético-estético-político inspirado em Guattari, que se opõe ao paradigma científico. O desafio volta-se para a emancipação dos sujeitos por meio, sobretudo, da proposta dialógica. Trata-se de afirmar a formação como ação transformadora, que tem caráter interventivo, gerador de novos modos de subjetivação. A formação que visa apenas à apropriação de conhecimentos técnico-científicos não é suficiente para provocar mudanças de práticas. A natureza interventiva da formação supõe que todo processo de conhecimento é um fazer e que neste processo não há divisão entre aquele que sabe e o que não sabe, nem recortes binarizantes do conhecimento. Neste sentido, a formação é constituída por uma prática coletiva de trabalho, nos mesmos moldes do trabalho do cartógrafo, no qual conhecer implica ação e intervenção no plano do instituído (BARROS; SILVA, 2014).

A formação-interventiva só se efetiva no campo da micropolítica, conectada aos processos de trabalho locais. “É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais” (HECKERT; NEVES, 2007, p. 146-147). O caráter interventivo ganha força à medida que a formação abre caminho para novas práticas e saberes, sendo uma produção do grupo envolvido no processo formativo.

Corroborando com a visão interventiva da formação, estão algumas falas dos entrevistados, que evidenciaram a necessidade de problematização de si e da realidade no contexto das práticas formativas. Uma delas diz respeito ao processo de construção de estratégias para formação de agentes comunitários.

*Montamos uma oficina que era pra capacitar os agentes comunitários de saúde pra identificar situações de pessoas que estariam apresentando ansiedade, depressão, situações de saúde mental, em decorrência da violência. E fomos fazendo as oficinas com eles e o que que aconteceu? No primeiro dia eles desabaram. Eles começaram a se apresentar, e a falar deles, que eles não dormiam, do sofrimento deles [...]. (Psicóloga H)*

É interessante observar que, inicialmente, é citado que havia um fio condutor para o desenvolvimento do processo formativo com os agentes comunitários, mas que foi se modificando à medida que as demandas desses trabalhadores emergiam e sinalizam outra direção. As demandas por espaços de trocas nos quais pudessem falar de si, de como o trabalho estava afetando a vida deles, superou a proposta inicial do trabalho formativo. Percebe-se, neste relato de experiência, que os processos formativos não seguiram

protocolos rígidos a serem obedecidos, sem que houvesse a corresponsabilização e o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de formação-intervenção. A formação foi uma experiência coletiva, sensível às demandas do gênero profissional, às singularidades da região afetada pela violência, aos impactos do trabalho na própria atividade dos trabalhadores. Segundo a entrevistada, a experiência formativa produziu efeitos multiplicadores, isto é, foram elaborados projetos, cartilhas, manuais, e realizadas muitas discussões em torno da saúde mental dos agentes comunitários.

Na formação-interventiva não há critérios que determinam a relação entre aquele que detém o saber e aquele que precisa aprender. Portanto a produção e a apropriação do saber fazem parte do mesmo movimento: o de habitar territórios coletivos de formação que mantêm, continuamente, um campo problemático intenso e vivo (DIAS, 2015, p. 194). Esta proposta de formação dispara movimentos de mudança nos processos de trabalho e na produção de subjetividade, forçando passagens nas formas cristalizadas de saber-fazer, aumentando o poder de agir dos trabalhadores, sobretudo ao propor que a busca de soluções para os impasses pertence ao coletivo desses mesmos trabalhadores. Assim, reforça-se os dizeres dos entrevistados que, ao pensarem em formação, imediatamente, pensaram, em sua grande maioria, em troca de experiência nos coletivos de trabalhadores, como estratégia de análises crítico-propositivas, ao invés de subserviência a condutas protocolares.

É preciso manter vivo o pensamento freireano de uma formação revolucionária, contextualizada sócio-histórico-culturalmente, fundamentada na realidade dos aprendizes, de modo igualitário, para além da tutela do Estado, mas aquela que se produz sob o comando unicamente do povo e para o povo (FREIRE, 1983). Parafraseando: uma formação sob o comando dos coletivos de trabalhadores; sob o comando unicamente do trabalhador e para o trabalhador.

### ***Linha B: O exercício da análise de implicação***

O desafio de construir processos formativos contra-hegemônicos exige um trabalho contínuo de afirmação da perspectiva processual da vida, de sua complexidade e de sua força criadora. Superar o modelo tradicional de formação não é tarefa fácil, requer o exercício permanente do pensamento que prioriza a experiência como possibilidade para o redesenho de novos mapas para a formação. Existem conceitos que são ferramentas importantes para este trabalho de construção. É o caso do conceito de implicação proposto pela AI e pela cartografia, utilizado na pesquisa-intervenção como ferramenta de análise

das múltiplas forças que atravessam a realidade, rompendo de vez com a polarização sujeito-objeto, típica da perspectiva tradicional de pesquisa e seu paradigma da neutralidade científica.

Lourau utilizou a análise de implicação, junto com Lapassade, em intervenções institucionais, chamada por eles de Socioanálise (MONCEAU, 2008). A análise de implicação inclui a análise das funções que se ocupa nas relações sociais. Implicação, segundo Monceau, tem a ver com as relações de poder que os indivíduos desenvolvem com a instituição, não sendo um ato da volição individual, porém, necessariamente, uma condição na qual todos estão imersos de modo coletivo e micropolítico, ainda que não percebam.

Qual seria a importância da análise de implicação para os processos formativos no campo da saúde mental? Vale reforçar que tal análise não se reduz à dimensão de um eu, mas às forças que estão presentes em um determinado contexto. Neste sentido, implicados, todos sempre estamos. Lembrando o que já foi exposto em capítulo anterior sobre a noção de implicação:

A implicação denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação. Assim, é a análise da implicação que permite acessar a instituição, produzir conhecimento a partir de suas contradições [...]. (ROMAGNOLI, 2014, p. 47)

Embora os dizeres dos entrevistados não tenham abordado diretamente a implicação no sentido institucionalista do termo, algumas ideias podem ser associadas às considerações teóricas que tratam deste conceito. Os autores que trabalham com análise de implicação afirmam ser uma ferramenta indispensável a qualquer processo de intervenção. Seu uso nos processos formativos no campo do trabalho em saúde coloca em análise diferentes dimensões das relações de trabalho, relações entre os trabalhadores, destes com os usuários, relações com os gestores, com o Estado, enfim todos os atravessamentos políticos, sociais e históricos que compõem os processos de produção da saúde.

Ao admitir que não há neutralidade em nenhuma relação, que todos estamos implicados em tudo o que fazemos, de um modo ou de outro, a formação passa a ter um papel importante como momento pertinente à análise dessas implicações, sobretudo pelas problematizações promovidas em torno das situações vividas no trabalho. “Estar implicado



(realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim e ao cabo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc” (LOURAU, 2004c, p.147-148).

Um entrevistado chegou a usar o termo implicação, inicialmente, mas relacionado à ideia de engajamento, distanciando-se do sentido proposto pela AI. Contudo, no transcorrer de sua fala, ele foi comentando sobre o modo como era afetado pelas situações de trabalho, colocando-se em relação com os acontecimentos da cidade onde mora e trabalha. Falou que no começo de suas experiências de trabalho não percebia essas interferências.

*[...] eu queria me implicar mais com a cidade onde eu moro. Meu trabalho com álcool e drogas, teve muito a ver com isso. [...] a gente sabe que existe, mas a gente não vive muito isso. Eu tenho a ver com isso, eu produzo isso e eu não via isso [...]. Foi uma coisa que mudou minha perspectiva nesse sentido, porque eu comecei a questionar muito a sociedade que a gente vive. Não acho que seja só um serviço ou alguns serviços que vão modificar, acho que tem uma coisa que é estrutural [...]. Eu não sei se as pessoas têm noção de que a gente é responsável por isso. (Psicólogo D)*

Tal qual o cartógrafo, o trabalhador pode se valer da análise de implicação para distinguir as forças que atravessam as relações, sejam as do trabalhador com a população que atende, as relações que essa população estabelece com as instituições, porque, segundo Monceau (2008, p. 22), “essa implicação tem efeitos mesmo que nós não saibamos.” Elas, as forças moleculares e molares, estão sempre presentes em toda a rede social e têm efeitos na prática profissional. A análise de implicação amplia o campo de visão dos muitos determinantes da intervenção e viabiliza transformações no trabalho, provoca a demanda por novos vetores de ação. A fala do entrevistado traz muitos questionamentos que o levaram a admitir, como nas palavras de Lourau (2004b), que ele é objetivado por aquilo que pretende objetivar.

Monceau (2015, p. 198) afirma que “[...] a implicação profissional é o conjunto das relações que o sujeito estabelece com a profissão (pensada como instituição com sua dinâmica própria) à qual ele pertence, e com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão.” A importância da análise de implicação está em sua força problematizadora capaz de provocar mudanças nos rumos de uma intervenção, fazer circular forças instituintes, além das instituídas. A metodologia mais indicada para acessá-la é o dialogismo promovido pelos encontros formativos que viabilizam a troca de experiências, ampliando a reflexão e a crítica acerca dos processos de trabalho. Para uma

das entrevistadas, é necessário que a formação invista mais em estratégias de problematização daquilo que está instituído nas práticas do trabalho, para que os profissionais tenham maior capacidade de analisar e interrogar os processos de subjetivação que estão em jogo em sua prática profissional. Ela comentou que não precisa ser um “*expert*” em análise institucional, mas:

*[...] minimamente saber sobre as práticas e os efeitos que elas produzem, que processo é esse, as implicações. (Psicóloga B)*

Algumas falas que estão presentes nas linhas que compõem a pista 3, sobre a desconstrução da perspectiva biomédica, tratam de questões importantes para a análise de implicação, sobretudo por questionarem o saber científico tradicional sustentado pelo paradigma da objetividade e neutralidade, além do lugar do especialista e detentor do saber. Essa é uma das principais contribuições da noção de implicação para a formação, pois desmonta as hierarquias e fragmentações do conhecimento. Guattari adverte:

*[...] devemos interpelar todos aqueles que ocupam uma posição de ensino nas ciências sociais e psicológicas, ou no campo do trabalho social, todos aqueles cuja profissão consiste em se interessar pelo discurso do outro. Eles se encontram numa encruzilhada política e micropolítica fundamental. Ou vão fazer o jogo dessa reprodução de modelos que não nos permitem criar saídas para os processos de singularização ou, ao contrário, vão estar trabalhando para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar. Isso quer dizer que não há objetividade científica alguma nesse campo [...]. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 37)*

### ***Linha C: Estratégias de formação***

As propostas atuais de formação em serviço com trabalhadores da saúde privilegiam as estratégias grupais como ferramenta de produção de conhecimento a partir das experiências do trabalho. Ou seja, o conhecimento é gestado nas experiências práticas daqueles que estão imersos no mundo do trabalho. Tais estratégias convocam o protagonismo dos trabalhadores, seu saber-fazer, descartando qualquer tentativa de monopólio do conhecimento, buscando, por meio da intervenção coletiva, transformações nas condições de trabalho. Todavia, o trabalho grupal não busca apenas ouvir os trabalhadores no sentido racional-cognitivo, nem estabelecer relações no plano das individualidades. Barros (2009, p. 318) faz o seguinte questionamento:

Não seria, portanto o caso de problematizar a própria noção de indivíduo e, pela mesma via, a de grupo? Não se haveriam forjado, ao longo dos séculos, modos de subjetivação constituidores tanto do indivíduo quanto do grupo, em uma mesma matriz? Como produzir um modo de subjetivação conectado ao devir e à multiplicidade, onde o grupo se pusesse como dispositivo para novos processos de constituição de subjetividade.

É nesta direção que seguem as propostas grupais as quais se definem como campo das multiplicidades de devires, por movimentos da ordem extraindividual, compostos por sistemas maquínicos econômicos, sociais, tecnológicos, ecológicos, bem como por movimentos da ordem infrapessoal, compostos por sistemas perceptivos, de afeto, desejo, enfim, movimentos que colocam em xeque a perspectiva binária que sustenta a dicotomia indivíduo/grupo (BARROS, 2009). Neste sentido, as práticas grupais não estão em busca de significados, mas da produção de novos sentidos, que se dão na transmissão de gestos, que implica postura dos corpos, troca de sinais, sintonia, afetação.

Trata-se de afirmar o grupo como dispositivo, no sentido foucaultiano do termo, que contrapõe a ideia de grupo como uma entidade *a priori* estabelecida pela lógica dominante de caráter adaptativo e normalizador. Ao contrário, a noção de dispositivo atribui sentido processual às práticas grupais que, entendidas no plano da imanência, produzem transformações nas relações instituídas, transformam-se em espaço de passagem de forças que desestabilizam estruturas rígidas, promovendo novos modos de pensar e fazer na saúde. Deleuze (1990, p. 155) diz que Foucault define a noção de dispositivo como “máquinas de fazer ver e de fazer falar”.

Assim foram recebidas as muitas falas dos entrevistados, as quais indicaram o dispositivo grupal como principal estratégia de formação. Mencionaram as rodas de conversa, oficinas, fóruns de debate, além de citarem termos como sensibilização, encontros, coletivos, metodologias ativas, sempre reforçando a imprescindibilidade da circulação do saber, da democratização das falas, do protagonismo dos trabalhadores, das trocas de experiências e da construção coletiva do saber/fazer.

*[...] quando você senta em roda e pergunta a opinião, abre pro outro, acho que isso inclui mais. (Enfermeira)*

*[...] a gente precisa fazer muitos encontros [...], refletir nos coletivos, construir junto [...], conversar, tirar dúvidas, desmanchar fantasmas, pensar os conflitos, os embates. (Psicóloga A)*

*[...] tem que sentar junto. (Psicóloga B)*

*[...] é importante fazer roda de conversa, debates, oficinas [...] são espaços de sensibilização. (Psicóloga C)*

*[...] eu sempre indico o formato de oficinas de troca de experiências [...] quando você faz isso, você abre espaço para as pessoas falarem delas. [...] acho muito interessante quando você trabalha a partir daquilo que cada um tem, aquilo que cada um sabe. (Psicóloga H)*

*Tem que abrir espaço pra aquele outro que tá lá te ouvindo, que você possa injetar algo diferente do que só ouvir. [...] lançar mão de estratégias mais provocativas [...]. Você tem que deixar as pessoas falarem sobre o que afeta elas. (TO A)*

São falas que se articulam às orientações das propostas teórico-metodológicas defendidas nesta pesquisa, a saber: Clínica da Atividade, método cartográfico, Análise Institucional, diretrizes da EPS e outras mencionadas pelos entrevistados como as metodologias ativas. Todos esses referenciais metodológicos conversam entre si ao indicarem o trabalho coletivo no campo micropolítico das relações, a partir da experiência, como estratégia de produção de conhecimento que visa a transformações no cotidiano de trabalho. Muitos aspectos teóricos já foram explicitados nos capítulos e pistas anteriores, portanto o objetivo é expor um pouco mais do funcionamento das estratégias de intervenção dessas metodologias.

A Clínica da Atividade propõe estratégias que possam aumentar o poder de agir do trabalhador pelo desenvolvimento de recursos para a ação (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015). São estratégias que visam à revitalização da atividade dos trabalhadores e à produção de conhecimento dos processos em jogo. Para tal, desenvolve técnicas de maneira indireta, visto que o real da atividade só é acessado pela/na atividade realizada.

Alcançar o real da atividade implica, então, proceder de maneira indireta. É preciso “provocar” o desenvolvimento para poder estudá-lo e compreender seus movimentos. [...] Essa metodologia cria processos que permitem, dentro de um contexto regulado, fazer emergir uma nova atividade que, de uma maneira ou de outra, retomará e fará surgirem os conflitos técnicos, sociais ou pessoais do real da atividade e as soluções que são apresentadas. (ROGER, 2013, p. 113)

As técnicas mais conhecidas são a autoconfrontação, instruções ao sócia e outras técnicas de análise a partir de falas, imagens feitas em áudio, vídeo, fotografias e outras, desde que provoquem o surgimento do novo. O processo é sempre dialógico, grupal, com a participação de todos os envolvidos.

Na mesma esteira, segue o método cartográfico, pois cartografar é acompanhar processos, é habitar um território existencial. Neste sentido, pretende-se acessar o plano do coletivo de forças por meio do encontro, mapeando novas paisagens, mergulhando na geografia dos movimentos, dos afetos e das intensidades. A perspectiva da cartografia pode ser praticada em tipos diferentes de atividade como as de pesquisa, de formação e na própria atividade profissional do trabalhador de saúde, até porque essas atividades se misturam, de um modo ou de outro. Toda prática profissional implica um posicionamento cartográfico. Barros e Silva (2014, p. 131), ao se referirem às práticas de pesquisa, destacam que “a cartografia toma a atividade como fenômeno a ser investigado [...]”, considerando que “os atos dos cartógrafos participam e intervêm nas mudanças”. Na articulação entre as Clínicas do Trabalho e a cartografia, o método envolve a construção coletiva, refuta especialismos, procede com a análise das situações concretas de trabalho em sua processualidade e aposta nos encontros constituídos no cotidiano do trabalho.

Da mesma forma, a AI propõe “o manejo de técnicas operatórias experimentais sobre diferentes domínios” (MONCEAU, 2015, p. 197). Trabalha a partir de encomendas feitas por estabelecimentos ou organizações, considerando as forças instituídas e instituintes que as atravessam, valendo-se de alguns instrumentos como: auto-análise, autogestão, análise de implicação e dos analisadores<sup>33</sup>, não só em busca do conhecimento de sua própria realidade, como também na construção de autonomias e possibilidades de invenção de novos dispositivos para enfrentar seus problemas. O movimento institucionalista operacionaliza seus métodos e suas técnicas nas inserções sociais, no contato direto com os coletivos, colocando em prática a autogestão e autoanálise, de modo simultâneo, como processos que propiciam a um determinado grupo produzir saber sobre seus problemas e a construção de recursos para enfrentá-los. Para tanto, a AI aposta na organização de grupos de discussão, assembleias, sempre de modo coletivo e participativo (BAREMBLITT, 2002). Mais especificamente, a análise de implicação possibilita que o trabalhador produza conhecimento sobre o lugar que ocupa nas relações de trabalho.

---

<sup>33</sup> Entende-se por analisadores qualquer elemento da realidade social que evidencia as contradições das instituições, podendo ser históricos ou construídos. Estão na ordem das multiplicidades e funcionam como dispositivos (ROSSI; PASSOS, 2014). “Os analisadores irrompem nas organizações de forma a mostrar que elas não apenas reproduzem o que já estava previsto, mas também produzem o impensado, o conflitivo, revelando a ação *instituinte*, possibilitada pelo aflorar do negativo não integrado no equilíbrio institucional” (ROMAGNOLI, 2014, p. 47).

Como já visto, a EPS é uma proposta de formação no trabalho voltada para o fortalecimento das práticas em saúde no SUS (BRASIL, 2018). Sua prioridade está na problematização do processo de trabalho e, para isso, busca construir espaços coletivos de discussão e práticas interprofissionais e intersetoriais. Em suas estratégias de intervenção predomina o uso das metodologias ativas que visam minimizar a distância entre formação e realidade dos serviços de saúde e maximizar a saúde em rede. Com sua proposta descentralizadora, “[...] visto que se pretende realizar o planejamento e a execução das ações de forma compartilhada, de modo a atender às necessidades e demandas locais” (Ibidem, p. 15), convoca a participação dos trabalhadores nos processos formativos. As propostas de educação estão articuladas às diretrizes da PNH, unindo o campo da educação, da saúde e do trabalho. A operacionalização de estratégias que considere esta interface tem sido um desafio e encontra muitas dificuldades. Uma das estratégias para lidar com este novo cenário metodológico é proposto na seguinte citação:

Reafirmamos, a partir da PNH, que os processos de trabalho estão inseridos em contextos “multivetorializados”. Esse referencial é tomado como princípio para operarmos com “rodas” no cotidiano dos serviços – onde os trabalhadores se encontram para levantar problemas vividos, suas dores e “impossibilidades”, com dificuldades de tratar as situações –, a partir de um método de inclusão (dos problemas-conflito e de todos os sujeitos; inclusão dos jeitos de trabalhar, de se relacionar e de viver). Ou seja, partir do concreto da experiência, das variabilidades e imprevisibilidades que se expressam, e tecer processos de trabalho, partir do saber da experiência que será problematizado. (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 610)

As rodas de conversa potencializam os processos dialógicos, criando possibilidades de produção de sentidos, de saberes a partir das experiências dos trabalhadores. Elas facilitam a horizontalização das relações de poder (SAMPAIO; SANTOS; AGOSTINI; SALVADOR, 2014). Embora os aspectos teóricos tenham grande relevância, inclusive nos dizeres dos profissionais, o modo de trabalhá-los faz toda a diferença, comparado aos modos tradicionais de ensino, uma vez que devam ser articulados às experiências do cotidiano do trabalho. Alguns entrevistados chamaram a atenção para a importância do uso de linguagem acessível e condizente com as diferentes características dos profissionais.

*Precisa de um diálogo mais simples. Eu vejo muito na saúde mental, o pessoal começa a falar de nome de pai, começa a falar de uma porção de termos que a gente não entende e os técnicos menos ainda. Então, não acessa. Eu acho que precisa de uma linguagem mais*

*acessível, porque eu fico muito chateada quando me dão um texto pra ler, aí, começa a falar de transferência, de nome de pai, de Édipo. Eu falo assim: “quem é esse Édipo que tá em todos os textos?” [...] eu acho que dificulta muito. Eu tô falando muito da enfermagem, dos técnicos [...]. (Enfermeira)*

Importante também comentar que muitos entrevistados ressaltaram que, junto às questões teóricas, deveriam ser trabalhadas as angústias, as expectativas do trabalhador, que ele tivesse espaço para compartilhar seus dilemas com a profissão. Teve quem recomendasse o atendimento psicoterápico para que o trabalhador pudesse ampliar o conhecimento de si em relação ao trabalho.

*[...] acho importante você também estar diante das suas questões, porque o estudo, na verdade, você adquiri um conhecimento, mas o preconceito, as marcas de sua vida, os seus sintomas estão ali com você. [...] pra mim foi muito bom, minha análise de 15 anos, pra tentar lidar com a minha profissão. (TO A)*

Formar é fazer dialogar os saberes e experiências, não em busca de confirmações ou verificação ‘piedosa’ de determinados procedimentos, mas apostar em uma prática formativa ‘impiedosa’, isto é, “[...] que não busca observar uma trajetória, mas nela interferir produzindo desvios, desnaturalizando o que parece confortável” (HECKERT; NEVES, 2007, p. 152). O movimento dialógico amplia as perspectivas dos trabalhadores sobre seu trabalho, é uma via de acesso à novas experiências criando novos recursos para a ação, incluindo as controvérsias que são inerentes à produção de novos sentidos.

A metodologia em clínica da atividade busca dar maior intensidade à controvérsia, trazer para o diálogo proposições, suas variações, concordâncias e principalmente divergências, para que desse embate possam surgir novos enunciados. Nesse viés, o método proposto para análise do trabalho pode tornar-se o disparador de mudanças do sentido da atividade, viabilizando novas significações ao desmontar sentidos que impediam a atividade e, com isso, ampliar os recursos para a ação. (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015, p. 15)

Interessante comentar que a formação, com suas tecnologias coletivas, pode produzir saúde, quando viabiliza novas possibilidades para o trabalho, permitindo que o trabalhador o recrie constantemente, ao invés de apenas se adaptar a ele. Não se trata de fazer com que o profissional se desenvolva, em termos de aumento de conhecimento, ou maior competência, mas que seja capaz de se metamorfosear nos processos de trabalho. A experiência coletiva aumenta o poder de ser afetado dos trabalhadores, levando ao

desenvolvimento do seu poder de agir. Nada mais potente do que o poder de ser afetado para provocar mudanças.

O trabalho nos coloca a todo instante frente a impasses. Se os trabalhadores não dispõem de recursos para ultrapassá-los, ou de meios para desenvolver tais recursos, estão em situação de atividade impedida ou contrariada. O trabalho, portanto, só produz saúde quando há atividade, sendo que a situação de atividade impedida é uma situação de sofrimento e desgaste. (SILVA; RAMMINGER, 2014, p. 4756)

## **5.8 Pista 7 – Inclusão da medida de segurança nos processos formativos**

### ***Linha A: Conhecimento sobre o cenário da medida de segurança***

A elaboração dessa pista tem importância especial no contexto geral da pesquisa, visto que a população em medida de segurança tem pouca visibilidade no processo de reorientação das práticas em saúde mental, muito menos ainda no campo formativo. As contradições da proposta terapêutica da medida de segurança colocam em xeque o processo de ressocialização e de tratamento dessa população, sobretudo pela segregação e estigma impostos a ela. A interface entre saúde mental e justiça criminal é um fator agravante que obstaculiza ações antimanicomiais.

Diante deste cenário, a formação coloca-se como importante estratégia de ampliação da reforma junto a esses indivíduos, à medida que traz para os campos da visibilidade e dizibilidade situações pouco conhecidas, ou mesmo desconhecidas, na esfera da saúde mental, afinal, a responsabilidade por esses pacientes era exclusiva dos ECTPs. A medida de segurança ainda é uma temática obscura para os profissionais de saúde mental.

*[...] eles falavam na reunião: “a audiência”; “a medida de segurança”. Eu não consigo me situar ainda. (Psicólogo D)*

As entrevistas mostraram que os profissionais da saúde mental pouco sabem do contexto das medidas de segurança, embora tenham contato com alguns pacientes em conflito com a lei, e os profissionais que atuam diretamente com esses pacientes têm necessidade de estratégias formativas para efetivarem o processo de desinstitucionalização de modo mais apropriado segundo a RP.



Segundo um dos entrevistados, com longa experiência em medida de segurança, as formações, em geral, não investem nesse campo, apenas as instituições responsáveis por essa população. Para ele, essas instituições devem priorizar a visão histórica e crítica, ao invés de se restringirem à prática pericial. Em seu ponto de vista, essas instituições estão buscando mudanças, isto é, os avanços nesta área estão ocorrendo mais por um movimento de dentro pra fora.

*As instituições que trabalham especificamente com medida de segurança têm a obrigação de abrir essas portas e pensar numa formação bem interessante pra essa clientela. [...], até porque, não tem nada na rede de oferta de experiência em medida de segurança. [...] o único lugar, único campo de trabalho, de prática, que se tem, pelo menos aqui no estado, é nesses lugares [...]. Mas, não é pro cara ficar fazendo exame pericial como já é feito. Ele tem que entender esse sistema todo, como isso caminhou, como é que se chegou até aqui e porque a necessidade de mudança. (Psiquiatra A)*

A escassez de espaços de reflexão no âmbito das medidas de segurança tem sido um grande obstáculo para o avanço da RP junto a essa população. Contudo, algumas iniciativas estão em andamento, inclusive em espaços com característica penal-manicomial, por exemplo, o HCTP-HR, que vem realizando um fórum mensal de discussões intersetoriais, reunindo profissionais das áreas de saúde mental, da assistência, da justiça e dos direitos. Os encontros, que começaram no dia 10 de junho de 2015<sup>34</sup>, transformaram-se em lugar de discussão e trocas de experiências a respeito dos avanços e impasses da atenção em saúde mental às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Neste sentido, o Centro de Estudos vem se tornando um espaço de mobilização desses profissionais em direção à proposta de desinstitucionalização e ao diálogo sobre estratégias substitutivas ao modelo hospitalocêntrico.

É tema recorrente dos encontros a necessidade de processos formativos que priorizem essa população, que invistam em estratégias de atuação com base na nova lógica de atenção em saúde mental, criando redes de comunicação entre os diferentes setores e equipes de trabalho. Tanto os entrevistados que lidam com medidas de segurança como aqueles que não atuam diretamente neste campo afirmaram que o processo de formação é um dos principais dispositivos para a construção de estratégias de desinstitucionalização dessa população, complementando que não existe formação específica neste sentido. O

---

<sup>34</sup> Os encontros do Centro de Estudos do HCTP-HR foram reativados a partir de uma pesquisa-intervenção do ONSMJC/UFF voltada para o acompanhamento do trabalho das equipes clínicas, em especial, suas ações referentes à etapa de desinstitucionalização dos pacientes.

grande interesse girou em torno do atendimento dessa população no contexto da RP, tendo em vista a pouca atenção que recebe nas formações tradicionais que, em geral, dão mais atenção ao movimento da RP junto aos pacientes sem conflito com a lei.

Uma entrevistada, com experiência em processos de desinstitucionalização de pacientes comuns e aqueles em medida de segurança, falou sobre a necessidade de debater mais sobre este assunto, sobretudo com os profissionais da RAPS, criando ou fortalecendo espaços de discussão, incluindo mais profissionais, sendo necessário mais encontros, para além daqueles nos quais já acontecem essa discussão.

*[...] o que pode ser feito em relação a qualificação da rede, por exemplo, é fazer muitos encontros, incluir os profissionais da rede nessas discussões que a gente vem fazendo, mas que tem ainda uma participação restrita das pessoas que tem interesse pelo tema, que já tão engajadas. Muita gente desconhece que isso acontece. A gente poderia incluir mais profissionais e falar mais desse tema. [...] o mundo da medida de segurança é muito novo pra saúde mental, muito desconhecido. A própria desinstitucionalização é recente na saúde mental [...]. A gente precisa falar mais disso, precisa ter mais encontros, mais frentes de atuação pra que isso vire prática, pra que isso seja inserido na cultura. (Psicóloga A)*

Outra entrevistada, que atualmente trabalha em CAPS III, também comentou sobre o desconhecimento e a falta de formação e informação nessa área. Contou que quando foi trabalhar com desinternação de pacientes em medida de segurança não tinha a menor ideia do que se tratava. Sugeriu que as formações poderiam incluir conhecimento da área jurídica e que houvesse participação dos profissionais do judiciário nos processos formativos para propiciar maior diálogo entre saúde e justiça, visto que ambas têm pouco conhecimento sobre o trabalho que cada uma faz.

*A formação deveria incluir o conhecimento sobre as leis, portarias [...], ter alguém da justiça junto, que faça parte da formação, que trabalhe essa questão da legislação, da história do manicômio judiciário. [...] quando eu entrei lá eu não sabia nada [...]. Eu sei daqui, da lógica psiquiátrica, lei da reforma, mas isso no judiciário, eu não sabia o que que era. (Psicóloga F)*

As discussões que vêm ocorrendo no Centro de Estudos do HCTP-HR faz parte de um movimento novo, que demonstra o interesse dos profissionais em compartilhar conhecimento e experiências para pensarem coletivamente como enfrentar o desafio do processo de desinstitucionalização desses pacientes.

*Essa entrada é importantíssima. Não tinha antigamente, as pessoas entrarem pra discutirem o sistema, pra discutir o que tem o que não tem, o que está acontecendo. Até para entrar ali era complicado. Hoje em dia isso tá mais facilitado. (Psiquiatra A)*

A dinâmica dos encontros do Centro de Estudos prioriza o protagonismo de todos os profissionais e propicia o exercício dialógico, isto é, a multiplicação dos discursos sobre as atividades cotidianas junto àqueles que cumprem medidas de segurança, desde o processo inicial de entrada no sistema jurídico – o trabalho que é feito pelos estabelecimentos de custódia – até sua saída e atendimento na RAPS. Multiplicam-se olhares, perspectivas, que ao se atritarem criam condições para questionamentos, para interrogação que desestabilizam velhos saberes, abrindo vias para o ainda não pensado e não experimentado por meio da invenção coletiva de outras possibilidades. O fórum cumpre função formativa ao reunir todas as condições necessárias para a construção de estratégias coletivas que implicam transformação dos processos de trabalho. Como dispositivo formativo e interventivo, o fórum viabiliza as afetações que se dão no e pelo encontro, disparando processos de subjetivação constitutivas da aprendizagem intensiva.

Essa aprendizagem se dá pelo corpo sensível, porque se aprende pelos afetos associados a um suposto saber. Trata-se de uma forma de educação com base nas vivências e na exposição ao mundo, na experimentação, que é capaz de atravessar o corpo, modificando-o, e não apenas um aprendizado cognoscente, que se refere à representação do mundo já modificado pelos filtros naturais da razão. (FRANCO, 2016, p. 12)

### ***Linha B: Especificidades do paciente em conflito com a lei***

A situação do paciente que cumpre medida de segurança, como já mencionada, apresenta algumas peculiaridades que dificultam o processo de reinserção social. Segundo Silva (2010a), a Lei 10.216 engloba a medida de segurança, quando faz referência à internação compulsória. Neste caso, quando o juiz determina a internação, esta deve seguir os princípios da referida lei, que, diferente da pena, visa ao tratamento que terá como objetivo a reinserção social. Lembrando que a lei veda as internações em instituições com características asilares, portanto:

Diante da Lei 10.216, sequer se cogita do recolhimento do paciente submetido à medida de segurança em manicômio judiciário, hospital de custódia psiquiátrica, cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada face à não implementação

de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, constitui ainda *crime de tortura*, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º). (SILVA, 2010a, p. 113)

Todas essas contradições tornam a medida de segurança incompatível com as propostas da RP. No entanto, a falta de conhecimento sobre o universo dessa medida e as ideias preconcebidas em torno da periculosidade provocam reações diferentes nos profissionais. A entrevistada seguinte, que atua em CAPS III, disse que, embora atenda alguns pacientes em conflito com a lei, ainda sente-se pouco confortável com as questões que envolvem a medida de segurança. Mencionou que tem muitas dúvidas sobre o processo de desinstitucionalização dessa população, expressando muitos questionamentos, sobretudo, por não conseguir pensar em como lidar com os casos emblemáticos, citando, como exemplo, o caso “Champinha”<sup>35</sup>. Concluiu que é uma dificuldade pessoal, que se sente angustiada com o tema, que acha delicado, cercado de tabus e pouco debatido.

*Nunca soube muito o que pensar sobre isso. [...] quando eu recebo algum usuário aqui, uma pessoa que já agrediu alguém, que já matou alguém [...], dá medo, e o medo é real, e o medo serve pra proteger a gente. Pra mim, é um assunto muito nebuloso. [...] será que prender é algo efetivo? Mas, ao mesmo tempo, se não prender, o que se faz com essas pessoas que cometem delito? [...] mas, vai manter essas pessoas eternamente presas, porque um dia cometeram um crime? [...] tem os casos que eu acho muito difíceis, que são casos emblemáticos aí na mídia, como o caso do Champinha [...]. O que que se faz? A própria saúde mental, eu acho, que tem pouca propriedade. [...] mas, eu acho que é uma coisa importantíssima a gente pensar, inclusive, na formação do profissional de saúde mental. A gente fala muito pouco do conflito com a lei [...]. (TO D)*

Uma das questões abordadas nas entrevistas foi se os profissionais achavam que era diferente o cuidado com o paciente em medida de segurança, se observavam alguma resistência dos profissionais da saúde mental, sobretudo quanto ao preconceito ou receio que alguns trabalhadores dos serviços poderiam ter em atuar com essa clientela. Para uma das entrevistadas, que atua no processo de desinstitucionalização dessa população, essa distinção, atualmente, não é mais tão visível entre os profissionais.

<sup>35</sup> Em 2003, o jovem apelidado “Champinha” participou de dois assassinatos em Embu-Guaçu, São Paulo, provocando grande repercussão na mídia e indignação social.

*Eu acho que isso tem avançado um pouquinho. As pessoas não ousam mais dizer isso. Antes diziam, acho que não dizem mais não. Eu nunca ouvi um CAPS dizer: “ah não! É um louco infrator, cometeu um crime, não é aqui, não posso, não tenho coragem, tenho medo.” Nunca ouvi isso. É lógico que isso existe, mas isso não é mais dito, porque eu acho que se entende que o mandato é esse. (Psicóloga A)*

Muitas falas expressaram questionamentos em torno do que representa o crime na vida do paciente. Isso o torna uma ameaça à segurança dos profissionais? Os profissionais devem ficar ‘atentos’ a qualquer mudança de comportamento? Nesses casos, deve-se ter uma atenção diferenciada, uma formação e um trabalho específicos? Certamente, são questões que ainda precisam de muito debate, visto que, a presença dessa população nos serviços tende a ficar mais constante e devido à necessidade de problematização em torno da noção-fantasma de periculosidade que ronda esses indivíduos.

*Eu acho que quando o paciente chega nessa medida de justiça tem um certo peso do que que tá acontecendo. Mas, a gente tem trabalhado muito na direção de entender que isso pode acontecer com qualquer um. A gente tem vivido com alguns pacientes que passou por isso, e, na medida que a gente tem essa experiência, a gente sabe que isso pode acontecer com qualquer um e que não significa que seja uma pessoa de alta periculosidade. A gente recebe, algumas vezes, um cara que cometeu um crime de violência, matou alguém, e vai pro serviço. É natural que, mesmo que as pessoas tenham um preparo, às vezes, algumas pessoas, ou por experiência de vida, tenha uma certa dificuldade com isso. Mas, é uma coisa que os CAPSs estão trabalhando e tão absorvendo essa história, tentando lidar com essa história. (Psicóloga I)*

Outra entrevistada, que atua em CAPS III, disse que, em seu ponto de vista, não há uma diferença no cuidado porque a pessoa cometeu um crime, mas uma atenção maior em situações de crise, sobretudo quando existem episódios de agressividade, o que já é feito com todos os pacientes. Em sua opinião, dispensar tratamento diferente ao louco infrator aumentaria, ainda mais, o estigma que esses pacientes já sofrem.

*A gente atende alguns que vieram do Heitor Carrilho. Eu recebo um usuário que há vinte anos atrás, num surto matou a mãe, matou a tia e parece que foi um crime bem violento [...] Ele ficou vinte anos internado [...]. Ele tá vindo hoje e fica todo mundo tenso. Curioso, porque ele é um amor, ele é super gentil. Mas, quando ele entra em crise fica extremamente violento. Ele começa a falar de medida preventiva, do exército, do Heitor Carrilho. [...] ele passa do seu lado, bem discreto, e fala: “vou te esquartejar.” Eu não vejo uma diferenciação, pelo menos aqui no CAPS, do cuidado com ele. A gente fica mais atento, porque ele tira estrado da cama pra bater nos outros, ele arranca porta pra tacar nos outros. A gente fica mais atento, mas eu não vejo uma diferenciação, de alguém falar que não vai cuidar dele, porque ele fez isso, ou “eu tenho medo.” Porque a gente conhece ele*

*quando não tá em crise. A gente consegue entender que aquilo ali é um momento que a gente tem que ficar um pouco mais atento, mas não por ele ter matado alguém antes, mas porque ele tá em crise e fica agressivo, independentemente de ter cometido um crime ou não. [...] tem o José também, que é um usuário. Ele roubou um celular e ficou a vida inteira preso. [...] também, não muda muito o cuidado [...]. Acho que tem que ter uma atenção maior, porque é um momento de crise e se nessa crise aparecer episódios mais agressivos. Acho que se tiver tratamento diferente pode estigmatizar mais. (Enfermeira)*

As questões sobre o cuidado com o louco infrator ainda são pouco discutidas, sobretudo, no que tange à reorientação do modelo de atenção em saúde, que garanta seu acesso ao tratamento em serviços substitutivos. “Afinal, a reorientação da atenção às pessoas com transtorno mental que cometem delitos exige o enfrentamento de tantos tabus, que nunca parece chegada a hora de enfrentá-los!” (KOLKER, 2016, p. 206). Mesmo que os HCTPs já tenham sido considerados estabelecimentos ilegais, segundo a Lei 10.216/2001, o processo de reinserção social dessa população é lento, e tem se complicado pela mudança de perfil devido ao uso abusivo de drogas. Este complicador tem desafiado ainda mais a saúde mental.

*Eu acho que ainda não se encontrou uma maneira de cuidar do dependente químico. [...] acho que precisa de muita estrada pra gente amadurecer como seriam esses dispositivos que poderiam dar conta desse sofrimento psíquico com a interface da dependência química. [...] eu acho que a gente ainda não tem uma resposta amadurecida de rede [...] é muito difícil lidar com o que é compulsório no tratamento [...]. (Psiquiatra C)*

Há muito que se avançar nesse campo e, sem dúvida, a formação tem um papel importante no processo de construção de estratégias de cuidado. Entretanto juntamente com o trabalho de construção está o desafio da desconstrução da noção de periculosidade, sendo um dos maiores obstáculos para a produção de novas perspectivas.

### ***Linha C: Problematização da noção de periculosidade***

Barros-Brisset (2011, p. 37), em suas experiências no PAI-PJ, relata que nunca se baseou na ideia de periculosidade como referência para o acompanhamento dos indivíduos em medida de segurança, diferente dos âmbitos judiciário e psiquiátrico, assim como na sociedade de um modo geral, que associam, ‘naturalmente’, loucura e periculosidade.

Se na experiência do acompanhamento no PAI-PJ essa ideia não era evidente, nas instituições, as normas e os mecanismos sociais que circundavam o problema do sujeito designado por “louco e criminoso” se estruturaram a partir da referência à ideia de periculosidade destes.

O trabalho do PAI-PJ se concentra na produção coletiva de mapas para o acompanhamento do paciente judiciário, incluindo as pistas que os próprios pacientes indicam, isto é, mapas produzidos a partir das singularidades clínica e social do paciente judiciário dentro do mundo jurídico (BARROS-BRISSET, 2010). Contudo, desde o início das suas atividades, o fantasma da periculosidade sempre rondava as equipes interinstitucionais, ameaçando o projeto de inclusão do paciente na construção de seu próprio mapa existencial. As experiências foram mostrando que o manicômio judiciário era dispensável e que a inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde, com o acompanhamento jurídico, simultaneamente, era o melhor caminho.

Deste modo, criaram-se as condições necessárias para que o paciente judiciário receba seu tratamento em saúde mental e tenha um acompanhamento de sua sanção penal de modo individualizado, particular, na medida de sua possibilidade, capacidade e responsabilidade. (p. 123)

O PAILI também coloca em xeque o modelo manicomial ao construir alternativas inovadoras de trabalho com a população em medida de segurança. Embora o PAILI seja um programa inserido na saúde e o PAI-PJ na justiça, suas propostas não fazem uso da noção de periculosidade, inclusive, o primeiro contesta o exame de cessação da periculosidade trabalhando com outro tipo de análise: o exame de avaliação psicossocial. Trata-se da ampliação dos critérios de análise, não se restringindo à avaliação psiquiátrica.

Os dois programas desenvolvem suas atividades coletivamente, investem no trabalho em rede, trabalham com a intersetorialidade e integralidade e inserem o indivíduo na rede pública de atenção em saúde mental e em outros serviços disponíveis que possam auxiliar no projeto de reinserção social, do mesmo modo que outros usuários dos serviços. Os resultados apontam baixo índice de reincidência nos dois programas, o que contribui para o questionamento da lógica que associa periculosidade ao transtorno mental, bem como procedimentos de privação de liberdade.

O estigma da periculosidade do paciente em conflito com a lei foi uma temática recorrente nas entrevistas e que, segundo a maioria dos entrevistados, deve ser discutida,

não só na formação, mas com a sociedade em geral. Alguns profissionais, com ou sem experiência em medida de segurança, comentaram que as pessoas costumam fazer a seguinte conclusão: são perigosos, portanto devem ser retiradas do convívio social, sendo muito frequente a associação com a ideia popular de psicopata. Essa discussão aparece nos seguintes recortes de falas:

*[...] como fica aquela marca: “se matou, vai matar sempre”? [...] Acho que ainda tem muito preconceito com as pessoas que vem do sistema prisional, não tenho dúvida. (Psicóloga B)*

*[...] o grande problema é o preconceito. Eu também tinha. A gente, quando não conhece o manicômio judiciário, e noventa por cento da equipe de saúde mental não conhece, acha que lá dentro estão os psicopatas, os facínoras. [...] você já deve ter ouvido isso: “fulano matou a mãe”, “fulano esfaqueou o pai.” Aí, você diz: “ah, que absurdo! Um parricídio, matricídio!” Não. Geralmente, o psicótico, ele vai se isolando, vai ficando sozinho na casa com a pessoa mais próxima dele, e é essa que vai virar o perseguidor [...]. A pessoa mais próxima dele é, justamente, a pessoa que em um determinado momento, se ele não tá sendo tratado, vai virar um perseguidor. [...] a dificuldade era conseguir que o CAPS, ou outro serviço, recebesse esse paciente [...]. [...] esse cara matou a mãe, então, qualquer alteração dele ali, eles achavam que ia matar alguém. Então, tem um preconceito, até hoje. É difícil lidar com isso. (Psicóloga F)*

*Tem isso também, muito comum ouvir, que quem comete crime é psicopata. (Psicóloga C)*

Como lidar com esses “fantasmas” ainda tão presentes nas esferas social e do trabalho? Como enfrentar discursos de verdade que fazem da periculosidade um modo de justificar o controle e a exclusão social, que inviabilizam investimentos em formas mais adequadas de tratamento, insistindo nas propostas pseudocientíficas? Para uma entrevistada, que atua com pacientes em medida de segurança, o profissional deve colocar o paradigma da periculosidade em xeque, da mesma forma que coloca a doença mental. O profissional, ainda segundo ela, deve sempre priorizar o contexto de cada situação, inclusive nas situações em que ocorre crime, de tal modo que toda a história do sujeito seja considerada e não apenas o episódio delituoso.

*[...] acho que é um ranço acadêmico, conceitual que o social sustenta, também dentro da nossa formação. [...] A gente precisa falar do sujeito que a gente vê. Lembrar que a reforma psiquiátrica, a visão basagliana, a ideia de colocar a doença entre parênteses, é fundamental. Então, eu preciso colocar o crime também entre parênteses [...]. Na medida de segurança eu tenho que colocar entre parênteses o crime e a doença mental. [...] o fato da pessoa ter cometido um crime, não quer dizer que ela seja perigosa. Uma pessoa que matou outra pessoa não quer dizer que ela seja uma matadora em série, que ela vá voltar*



*a matar. [...] é importante compreender em que contexto esse crime aconteceu, a história do sujeito. (Psicóloga C)*

Além de abordar o problema do estigma, a entrevistada seguinte, que trabalha em CAPS III, também questionou o sistema jurídico e sua dificuldade em lidar com o paciente psiquiátrico.

*A lei não sabe lidar com esse tipo de paciente. Ela tá despreparada. Muita gente tá despreparada pra lidar [...]. O Almir, que ficou sete ou oito anos no hospital psiquiátrico por um furto de celular. Será que isso foi compatível à pena? Ele sofre duas vezes: a exclusão e o estigma por ser psiquiátrico. [...] vai carregar o estigma a vida toda. (Nutricionista)*

Os modelos etiológicos predominantes da psiquiatria contemporânea destacam os fatores biológicos e psicoafetivos do louco-criminoso, sem, contudo, oferecerem nenhum fundamento científico para a periculosidade. Seguem servindo à justiça e à sociedade no intuito de protegerem não só a própria sociedade, mas o louco de sua condição perigosa.

Segundo Silva (2010b, p. 667), o duplo estigma louco-criminoso é muito resistente a mudanças.

Ainda mais quando o pressuposto da periculosidade se confirma, quando o medo de que se trata de alguém imprevisível ganha volume, ou seja, quando aquele sobre quem pesa a suspeita de ser um pouco ou muito “doido”, “desequilibrado” ou “com o sistema nervoso abalado” comete um ato infracional. Há que se lidar, pelo menos, com muita resistência por parte da opinião pública de modo geral, bem como das comunidades e famílias a que pertencem pessoas em medida de segurança.

#### ***Linha D: Da lógica compartilhada***

Embora os avanços da RP ainda sejam ínfimos no campo das medidas de segurança, algumas providências podem ser constatadas, como, por exemplo, a construção de normas por parte do Ministério da Saúde para a adequação das medidas de segurança aos princípios do SUS e da RP. São normativas que, a partir da Lei 10.216/2001, a qual estabelece o fechamento gradativo dos HCTPs, determinam “[...] a substituição das atuais modalidades de medida de segurança por medidas terapêuticas de base comunitária com investimento em programas para desinstitucionalização e reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2014a, p. 11).

Como já apresentado em capítulo anterior, os programas exitosos do PAI-PJ e do PAILI também serviram de base para as deliberações em torno da atenção às pessoas em medida de segurança, contribuindo para a elaboração das atribuições dos Serviços/Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP). Tais atribuições estão voltadas para o acompanhamento dessa população, em meio aberto, e atua, sobretudo, como dispositivo conector entre a Justiça Criminal, RAS, RAPS e o SUAS. A proposta conectiva é igual para todos os tipos de pacientes, com ou sem problemas com a justiça, todavia aqueles que se encontram em medida de segurança estão vinculados ao órgão da justiça criminal.

Esta linha de discussão se direciona mais para a conexão entre os sistemas da saúde e da justiça criminal, visto que essa interface deve receber atenção especial de qualquer iniciativa que pretenda produzir ações antimanicomiais junto aos pacientes em conflito com a lei. Um aspecto ressaltado nas entrevistas diz respeito aos conflitos entre as perspectivas da saúde e da justiça, sobretudo quanto ao uso de certas noções como a de periculosidade. As diferentes visões sobre o fenômeno loucura/delito criam obstáculos ao processo de desinstitucionalização dessa população, particularmente no que se refere ao trabalho da perícia, assim como interferem na comunicação entre os dois domínios de saber/fazer.

De acordo com a experiência de uma profissional, que trabalha com pacientes internados em HCTP, há uma discrepância entre as perspectivas da perícia e a equipe multiprofissional, uma tem a periculosidade como critério para avaliação e a outra prioriza a vulnerabilidade como princípio norteador do trabalho com os pacientes.

*[...] o grande entrave é quando a perícia discorda da equipe. Porque a perícia vai no viés da periculosidade e a gente vai muito mais pela vulnerabilidade e quais são os mecanismos do território que vão poder acolher esse sujeito que tá aqui. E, muitas vezes, a gente avança e a perícia com esse olhar mais da periculosidade, ela não vê todo esse entorno e todo esse trabalho que já foi feito pela equipe. (TO B)*

Alguns dizeres dos entrevistados apontaram dificuldades de comunicação entre os sistemas da saúde e da justiça, sinalizando que a lógica de cada uma é diferente, sendo necessário criar condições de diálogo para que o trabalho em parceria possa caminhar. Essa é a aposta que o Centro de Estudos do HCTP-HR vem tentando colocar em andamento, ao promover o encontro de diferentes seguimentos para construir, coletivamente, possibilidades para o processo de desinstitucionalização desses pacientes.

“Não é uma questão de entendimento, é de transmissão.” Frase dita por uma entrevistada quando se referiu ao modo como deve ser entendida a relação de trabalho entre saúde e justiça. Para ela, a formação poderia contribuir para a construção dessa lógica entre os dois domínios de saber/fazer, haja vista existirem dificuldades de comunicação entre eles que colocam a organização do trabalho em risco. O contexto de trabalho da saúde mental nem sempre é considerado, ou mesmo compreendido, no âmbito da justiça. Inclusive, o tempo é diferente. Não é só uma questão de entendimento sobre as regras prescritas de cada função. Uma das dificuldades é transmitir o que se passa na dimensão clínica e social do indivíduo para a justiça, de modo que a experiência de desinstitucionalização do paciente seja um processo cuidadoso, ético, que realmente promova sua reinserção psicossocial.

*Você só tem contato com a justiça quando geralmente tem alguma intercorrência criminal. E aí ter que transmitir pra justiça a nossa lógica de desins, que não é uma simples desospitalização. [...] não é um sabonete que você vai tirar de uma estante e colocar na outra. [...] porque a justiça cobrava a saída do paciente e a gente dizia que tinha um processo, que o paciente tinha que se preparar, porque ele se sentia seguro naquele lugar onde ele morou trinta anos, ali era a casa dele. [...] tinha que explicar pra justiça porque que ele não tava indo, e eu tinha que fazer isso a partir da clínica. (Psicóloga F)*

Contudo, relatou uma experiência de trabalho, bastante exitosa, que teve com uma promotora do MP, a qual entendia a situação clínica dos pacientes, ainda que sua função fosse a de cobrar a desinternação deles.

*A gente conseguiu transmitir pra ela essa lógica [...] Ela dizia: “então, tá marcado aqui pra dezembro.” A gente olhava pra ela e dizia: “pois é, mas o fulano...” E ela dizia: “já sei, a clínica, né? Fulano não tá conseguindo ir.” A gente dizia: “a gente tentou que ele fosse pra RT, chegou na RT, ele bateu no outro paciente e voltou pro hospital [...]” E ela dizia: “tá bom, vamos dar mais um prazo aí.” Então, foi muito bom porque a gente pôde transmitir isso. Agora, com os juízes não deu. (Psicóloga F)*

Como trabalhar com perspectivas diferentes das do processo de desinstitucionalização? Como colocar em diálogo os trabalhadores de variados gênero profissional a fim de produzir ajustes em seus repertórios laborais em busca de um objetivo comum: a desinstitucionalização em suas diferentes dimensões?

A RP depende de muitas estratégias para sua consolidação, sendo uma delas a intersetorialidade, que tem como proposta a articulação entre serviços, pessoas e políticas.

Essa proposta inclui assistência social, cultura, segurança pública, justiça, economia, etc, concebidos como parceiros intersetoriais (ROMAGNOLI et al., 2017). Essa é a lógica que deve atravessar todos os órgãos envolvidos na desinstitucionalização.

Para os entrevistados que abordaram a questão da intersetorialidade, as ações em saúde mental ainda ocorrem de modo muito fragmentado, tornando-se um grande dilema para a promoção da nova lógica de atenção em saúde. O modelo de funcionamento das diferentes organizações sociais ainda segue a lógica setorial e a das relações hierarquizadas, aumentando ainda mais os níveis de dificuldade para obtenção de êxito nas práticas de reorientação da atenção em saúde mental.

Alguns profissionais da equipe multiprofissional de HCTP comentaram sobre problemas na relação com os peritos, considerando que seria importante que eles fizessem parte dos processos formativos.

*Às vezes, o perito considera nosso relatório, às vezes, não. Às vezes, acha que não temos subsídios. Às vezes, o paciente chega mal na perícia. O perito olha como se a gente não tivesse cuidado daquele sujeito. Não consegue entender que uma pessoa que tem transtorno mental, eventualmente, vai ficar mal [...]. Acho muito difícil que eles participem de algum debate [...]. (Psicóloga C)*

Como sensibilizar esses profissionais para as novas propostas da saúde mental? Discutir suas práticas, já que lhes cabe determinar se o indivíduo deve cumprir medida de segurança pelo viés da periculosidade? (SILVA, 2010b).

### ***Linha E: Construindo caminhos***

Essa linha pretende destacar dois aspectos importantes para o avanço do processo de desinstitucionalização dos pacientes em conflito com a lei, não só com base nos dizeres dos profissionais, mas também nos programas exitosos existentes no país. O objetivo é complementar e reforçar aspectos ligados à construção de novos modos de atenção no campo da medida de segurança a serem trabalhados nos processos formativos.

O primeiro diz respeito à **sensibilização dos profissionais da saúde mental**, sobretudo, para a corresponsabilidade do cuidado à população em medida de segurança. Neste sentido, o Centro de Estudos do HCTP-HR, é um espaço que conta com a participação dos trabalhadores da saúde mental, tendo como uma das finalidades a sensibilização desses trabalhadores para a corresponsabilidade no atendimento dos pacientes, ao mesmo tempo, promovendo a descentralização gradativa do papel do HCTP

neste processo. O que não pode ser feito sem o compromisso ético de oferecer um cuidado condizente com a proposta da RP, que requer, dentre muitas mudanças, o deslocamento da noção de periculosidade para a noção de vulnerabilidade, a problematização da lógica hospitalocêntrica e a contestação de atitudes excessivamente preconceituosas e criminalizadoras.

*[...] os municípios estão recebendo judicialmente o projeto terapêutico do paciente que tá internado. [...] mas a gente sabe que a responsabilidade jurídica sem uma responsabilidade ética, não adianta. [...]. Tem municípios que já conseguem perceber que a questão da periculosidade tem muito mais a ver com a vulnerabilidade. Esse paciente, se estivesse assistido, se estivesse sendo cuidado, ele, provavelmente, não cometeria o delito. A gente já teve CAPS de chegar e perguntar qual o grau de periculosidade. [...] é o duplo estigma. Vem a criminalização por causa do delito, e acham que esse sujeito é diferente dos outros sujeitos que estão lá na atenção diária. (TO B)*

Inclui-se na fala desta entrevistada a recomendação para que os processos formativos trabalhem com algumas orientações mais específicas em torno do processo de desinstitucionalização dos pacientes internados em HCTP, sugerindo a construção coletiva de um protocolo básico<sup>36</sup>, um projeto que oriente os serviços, por ser um trabalho pouco conhecido, sobretudo, em alguns municípios. O segundo diz respeito ao **fechamento da porta de entrada dos ECTPs**, sendo um dos desafios, ainda pouco debatido, visto que, as estratégias do processo de desinstitucionalização, no contexto da RP, voltaram-se mais para os indivíduos internados, ou seja, para a otimização da porta de saída. O processo de desinstitucionalização dessa população é recente e lento, não tendo ainda avanços significativos em termos de redução programada de leitos/vagas. Quanto a essa questão, a próxima entrevistada ressaltou a importância do trabalho que vem sendo feito pelo Instituto de Perícias Heitor Carrilho no manejo da porta de entrada via internação.

*[...] são várias as frentes de trabalho, essa é uma delas. Mas, isso vem sendo construído a partir dos encontros [...]. É um trabalho muito novo, eu não conhecia esse campo e aí passei a ter contato com o pessoal do Instituto de Perícia Heitor Carrilho, que propõe que a perícia seja um processo muito mais cuidadoso [...]. (Psicóloga A)*

---

<sup>36</sup> A entrevistada comentou sobre o pacto, que está em construção, entre a medida de segurança e os serviços territoriais, o que, em seu ponto de vista, representa um avanço.

Em seguida, abordou uma questão importante para os debates de cunho formativo, sobre a interface com o judiciário, inclusive mencionando outras possibilidades de trabalho como, por exemplo, o desenvolvido pelo PAILI, além de continuar insistindo que o paciente em conflito com a lei é de responsabilidade da RAPS.

*O nosso grande desafio agora é trabalhar com o judiciário, informando sobre a proposta de trabalho em meio aberto. Existe o PAILI, que funciona muito bem. O paciente é da rede. [...] quem vai dizer que tratamento é, como é, como funciona, é a saúde. Como é que a justiça vai determinar onde o cara vai se tratar e como? É um contrassenso! Mas, essa aproximação com o judiciário ainda tá muito incipiente. A gente precisa conversar com os juízes, mas, a questão é como acessar os juízes. (Psicóloga A)*

A fala de outro entrevistado, que possui longa experiência com pacientes em medida de segurança, pôde esclarecer um pouco mais a respeito da porta de entrada dos indivíduos no regime de internação, especialmente, com relação ao atual trabalho da equipe multidisciplinar do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Para ele, o trabalho que tem sido feito deve ser debatido nas formações, sobretudo para transmitir e examinar a proposta do acompanhamento das pessoas que estão agendadas para a perícia antes que esta seja realizada. Explicou que a equipe se desloca até o local onde essas pessoas estão aguardando perícia, faz contato com a rede, verifica se elas tinham inserção em algum serviço de saúde mental, qual é o contexto familiar, social, cultural, ou seja, investiga todo o entorno do paciente antes de ele fazer o exame, para, aí sim, preparar um laudo para ser incluído na perícia final. Isso traz informações importantes para o perito decidir com mais embasamento e trabalhar no sentido da construção de um laudo coletivo, não só com o olhar médico e, sim, um registro fruto dessa ‘equipe multi’, para que um laudo mais completo seja encaminhado ao juiz.

O entrevistado considerou a importância de se investir na multidisciplinaridade, ao invés de uma formação voltada para a confecção, às vezes muito rápida e pontual, de laudos periciais centrados apenas nos aspectos psicopatológicos. Acrescentou que todos os profissionais que se interessam por essa área, durante a formação, deveriam acompanhar essa perícia multidisciplinar, tanto no Heitor Carrilho, como nos outros HCTPs, isto é, quando o indivíduo vai fazer a perícia no Heitor Carrilho, ou quando está acautelado no Roberto Medeiros, ou quando já está cumprindo a medida de segurança no Henrique Roxo. Isso para que os profissionais em formação possam, em sua opinião, “[...] vivenciar todas as distorções da assistência dentro de um manicômio judiciário e pra que eles possam, num

futuro, seja trabalhando na rede ou nesses outros espaços citados, ter um olhar mais claro do que é esse trabalho.” Concluiu afirmando: “isso nunca aconteceu, e a gente tem aí uns dez anos mais ou menos, de abertura das portas dos hospitais de custódia pra rede, porque era muito fechado.”

De acordo não só com os dizeres dos profissionais, mas, com a nova lógica de atenção em saúde mental, a RP precisa incluir esses indivíduos por meio da reorganização do serviço público de saúde, em especial a rede de saúde mental, além de outros setores, para que se possa efetivamente proceder com o fechamento da porta de entrada e maximização da porta de saída e, assim, serem extintos os ECTPs. É preciso lidar “[...] com a questão da responsabilidade, não tanto pela via das obrigações e deveres cumpridos, mas do engajamento e compromisso adquiridos” (SILVA, 2010c, p. 104).

Esse investimento exige mudanças políticas, clínicas e jurídicas. Sem essas mudanças, sobretudo na lógica dos sentidos nos quais os atores envolvidos se encontrem imersos, sem investimento intenso nos processos de sensibilização, sem parcerias potentes, as ações de reorientação produzirão poucos ou nenhum efeito.

É essa a direção que os processos formativos precisam tomar: investir na formação dos profissionais que atuam, também, na porta de entrada, colocando em questão, sobretudo, os paradigmas que orientam os modos de cuidado, superar o modelo de tratamento/custódia e fortalecer o conceito de rede. Rede que produz um novo contorno, novos sentidos para a loucura, fazendo parte dela, ou não, o episódio delituoso.

## CONCLUSÃO

*Diferente é o rizoma, mapa e não decalque.*

*Fazer o mapa, não o decalque.*

*(DELEUZE e GUATTARI, 2000, p. 22)*

Diante do desafio de finalizar essa pesquisa, o esforço volta-se para o que foi produzido com os dizeres dos entrevistados. Acompanhar suas narrativas provocou questionamentos, instigou o pensar sobre as práticas, as ações que as compõem e sobre novas possibilidades de trabalho. Esses dizeres articulados às ideias propostas pelos autores da pesquisa, tomaram forma de pistas constituídas a partir da pluralidade de vozes que, entrelaçadas, foram apontando orientações para o processo formativo. Tratou-se de afirmar o saber-fazer do gênero profissional desses entrevistados, considerando que eles, mais do que ninguém, estão sensíveis ao problema proposto pela pesquisa referente à formação dos profissionais de saúde mental.

As pistas para a formação profissional não visam o estabelecimento de regras ou protocolos previamente elaborados, não possuem caráter prescritivo. São recomendações para o desenvolvimento de processos formativos a partir de um novo paradigma de produção de conhecimento que contraria as propostas autoritárias de padronização. Elas partem da perspectiva processual de aprendizagem que fragiliza toda tentativa de modelização dos comportamentos humanos. Não cabem prescrições de regras fixas, mas a construção coletiva do conhecimento, considerando suas modulações, singularidades e transitoriedade. É importante também destacar que o processo de construção das pistas ocorre a partir de um movimento de baixo para cima, ou seja, é produzido nas e pelas experiências de trabalho dos profissionais, de acordo com as suas demandas, inquietações e problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. O conhecimento é gerado no conjunto dos dizeres e fazeres coletivos que não se submetem às certezas ou ideias absolutas.

Revisitar cada uma das pistas propostas, nesse momento final da pesquisa, tem como finalidade indicar o que elas têm de mais potente para o desenvolvimento de práticas formativas e, mais uma vez, destacar a importância e a urgência de sua implementação no âmbito da saúde, reforçando o paradigma ético-estético-político que sustenta a proposição de cada uma delas em conformidade com a nova lógica de atenção em saúde mental segundo a perspectiva do SUS e suas estratégias de formação permanente.



**A Pista 1 – Alternância entre encontros presenciais e experimentações no trabalho** – foi elaborada a partir da questão colocada pela indissociabilidade entre formação e trabalho presente nos referenciais teórico-metodológicos, nas políticas de humanização do SUS, na EPS e nos dizeres dos entrevistados. A pista articulou os dizeres dos entrevistados às leituras em torno das recentes propostas de formação no âmbito da saúde e das perspectivas que lançam mão da experiência concreta como plano de construção de saber. Destacou-se que os processos formativos devem dialogar com o concreto das experiências dos trabalhadores. Para tanto, uma estratégia interessante seria instituir práticas de alternância nas formações profissionais: encontros presenciais e momentos em que os trabalhadores possam operar no seu cotidiano de trabalho com os conceitos discutidos nesses encontros. Os saberes acadêmicos/científicos precisam dialogar com os saberes incorporados da experiência do trabalho, considerando que os sentidos produzidos nesse diálogo só acontecem de modo articulado.

Algumas ações vêm ganhando espaço como, por exemplo, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem aplicadas à formação em saúde (MITRE, S, M et al, 2008; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BATISTA; GONÇALVES, 2011). São propostas que visam à participação intensa dos trabalhadores, que colocam em evidência suas experiências do cotidiano dos serviços em espaços de compartilhamento do saber-fazer. Além de criar novos espaços, é preciso investir nos já existentes, potencializá-los. É importante ressaltar que para os entrevistados a formação deve alternar encontros de profissionais e a experiência no campo concreto das práticas, seja em programas de residência profissional, em cursos, em supervisões clínicas, em rodas de conversa: qualquer evento formativo no campo da saúde deve priorizar a experiência do trabalho. São dizeres que sublinharam o poder de afetação provocado pelos processos formativos quando estão comprometidos com o dia a dia do trabalhador, com suas inquietações, suas necessidades locais e a possibilidade dessas experiências produzirem conhecimento e transformações na atenção em saúde mental. Concretizar as ideias dessa primeira pista é uma das discussões feitas na pista 6 que aborda a formação inventiva.

Outro aspecto sublinhado foi a importância dos processos formativos seguirem a orientação cartográfica, interessando-se pelas pistas que os acontecimentos sinalizam, sobretudo no campo da saúde mental, campo este em constante movimento, que requer novos modos de produção de subjetividade – “Desejo de uma educação rizomática, contágio-educação que mobilize conexões de uma reforma geral da subjetividade” (CECCIM, 2007, p. 13).

## **A Pista 2 – Produção e potencialização dos dispositivos dialógicos de formação**

– prosseguiu afirmando o caráter coletivo da formação que acontece nos encontros, no compartilhamento das inquietações dos trabalhadores em busca da construção do gênero profissional. A perspectiva da Clínica da Atividade contribuiu para as propostas discutidas nessa pista, sobretudo pela visão mais ampla do trabalho, como atividade que supera a relação contratual de emprego, constituindo-se pelas relações que o trabalhador desenvolve consigo mesmo e aqueles com quem trabalha. A Clínica da Atividade procede com a análise do trabalho a partir da maneira pela qual o trabalhador, em sua singularidade, atualiza a atividade em uma dada experiência (CLOT, 2007). O sentido da análise não se reduz às atividades prescritas, mas interessa-se pelo modo singular do trabalhador atualizar a atividade laboral. Foi essa a direção indicada nesta pista que buscou afirmar a imprescindibilidade de os processos formativos desenvolverem o gênero profissional a partir da experiência que singulariza o trabalho.

No acesso a essa experiência, não basta considerar a atividade explícita e delimitada do trabalho – as tarefas –, é preciso tomá-la como um devir, sempre incompleto, inesperado, em uma visada processual, dirigida a alguém. Nessa perspectiva, o objeto da psicologia do trabalho não é exatamente a atividade como tal, mas o desenvolvimento das atividades, seus impedimentos e, sobretudo, a dinâmica de realização dessa experiência que não se esgota na realização da tarefa. (BARROS; PASSOS; EIRADO, 2014, p. 151)

Só é possível construir o gênero profissional por meio de práticas dialógicas que não envolvem apenas troca verbal, isto é, troca de informações entre indivíduos ou grupos, mas inclui processos histórico-políticos complexos e extralinguísticos. Os processos formativos devem levar em conta que a atividade laboral não se limita ao que deve ser executado, ou seja, ao trabalho prescrito, mas abarca tudo aquilo que foi ignorado para que uma atividade fosse posta em ação. Nesse sentido, a contribuição da Clínica da Atividade deve-se à ideia de real da atividade que se refere à própria transformação e construção da realidade (ZAMBONI, 2014), a ser considerada pelos processos formativos no contexto da RP, que tem como principal desafio a desconstrução do modelo asilar e a construção de novas práticas em saúde mental. Os dizeres dos profissionais apontaram para a necessidade de espaços de trocas, tais como fóruns, oficinas, rodas de conversa, nos quais o saber-fazer dos trabalhadores possam ser priorizados no processo de formação. Esses espaços favorecem a dimensão relacional e processual da formação, no qual não há conhecimento

prévio a ser transmitido, mas um saber que emerge da formação como exercício dialógico, que permite a experimentação.

Os estudos de Bakhtin (1992) sobre a linguagem mostraram que toda forma de comunicação é dialógica, no sentido relacional, que nunca se esgota, visto que, ao partir de discursos já enunciados no meio social, ao ser dirigido a alguém, sempre assume novos contornos. Não há limites para as práticas dialógicas, não há nem primeira palavra nem última a serem ditas. As palavras são como pontes que ligam os sujeitos em um território comum, o que significa afirmar que todo discurso constitui-se a partir de relações diversas entre os diferentes participantes. A palavra é lugar de encontros, de enfrentamentos e de tensões. Neste sentido, o momento da formação compreende os processos de composição polifônica dos discursos em que as enunciações, sem autoria, misturam-se umas às outras (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014). O objetivo formativo é a produção de novos sentidos que ocorrem a partir da interferência recíproca dos discursos, das múltiplas vozes.

A argumentação teórico-metodológica que serviu de base para a reflexão crítica dos processos formativos, juntamente com os dizeres dos profissionais entrevistados, vieram ao encontro do que se tem buscado no contexto da RP: (1) produção de novos conhecimentos; (2) fortalecimento do gênero profissional; (3) construção de alianças com os diferentes campos de saber-fazer; (4) desenvolvimento do poder de agir do trabalhador; (5) protagonismo dos diferentes atores, no caso, dos profissionais de saúde mental. Quanto a este último ponto, é importante destacar sua relação com o desenvolvimento da autonomia e a participação nos processos de trabalho como uma das estratégias de resistência ao modelo de atuação cristalizado e cronificado dos serviços substitutivos. Embora a RP tenha avançado no terreno macropolítico, ainda são muitos os desafios que se encontram na dimensão micropolítica das relações cotidianas de trabalho que, segundo Barros (2003), correm o risco constante de reproduzir a lógica asilar da qual quer e precisa se escapar. O principal desafio é inventar práticas que evitem o engessamento da potência instituinte das práticas em saúde mental.

A **Pista 3 – Desconstrução da perspectiva biomédica** – voltou-se, especificamente, para o questionamento das práticas em saúde mental dominadas pelo saber hegemônico da psiquiatria. A pista teve como objetivo principal chamar a atenção para a necessidade dos processos formativos considerarem a produção histórica dessa hegemonia, compreender e relacionar os fundamentos do paradigma biomédico aos aspectos determinantes das relações de trabalho. Os entrevistados alertaram para o predomínio, ainda hoje, da perspectiva biomédica na formação profissional, o que é um

problema para a consolidação da nova lógica de atenção em saúde mental. Portanto, é mais do que urgente propor outros referenciais teórico-práticos em torno da loucura no campo da formação para que seus efeitos possam promover novas ações. Para os entrevistados, é preciso que a formação exponha e debata sobre a exclusão, abusos e controle da loucura ao longo da história, sendo essa uma das estratégias de sensibilização às práticas antimanicomiais, principalmente nos tempos atuais da política e dos questionamentos sociais, que ainda veem no modelo hospitalocêntrico o ideal de tratamento da loucura, correndo-se o risco de se reestabelecer com grande força. Foi interessante observar os questionamentos dos profissionais em torno da lógica biomédica e a demanda por estratégias formativas coerentes com a RP, sinalizando que a formação ainda está aquém das propostas do novo modelo de atenção. O conhecimento dos aspectos históricos contribuem para a análise das relações que se estabelecem no cotidiano, muitas vezes, sendo reproduzidas sem nenhuma contestação. Alguns conceitos precisam ser problematizados, pois, muitas vezes, são utilizados pelos profissionais sustentando antigas práticas em torno da loucura, discussão que foi retomada na pista 5.

Vale ressaltar que o processo de desmonte da lógica biomédica é contínuo e precisa fazer parte do dia a dia do trabalho. Segundo muitos entrevistados, este é um dos maiores desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais, sobretudo no que diz respeito à tradicional hierarquia nas relações profissionais e à fragmentação do conhecimento. Esse desafio aumenta quando se trata das medidas de segurança por comportar em sua história a lógica hospitalocêntrica e judicializante.

A intersetorialidade e a integralidade, previstas nas diretrizes atuais das políticas públicas de saúde, são estratégias importantes a serem priorizadas pelos processos formativos, sobretudo pelo compromisso ético que representam na efetivação da nova lógica de cuidado aos pacientes com transtorno mental. Existe muito material escrito e relatos de experiências sobre os efeitos exitosos de tais estratégias, no entanto constatam-se inúmeros problemas para colocá-las em prática nos serviços. Esta é uma das pistas mais importantes dos processos formativos para o realinhamento das práticas em saúde mental: potencializar e implementar as propostas do SUS e da RAPS no sentido de desconstruir relações hierarquizadas e combater a fragmentação do saber-fazer. São princípios que se contrapõem à perspectiva reducionista do modelo biomédico.

A transdisciplinaridade também não foi ignorada por ser uma noção que sustenta o trabalho articulado das equipes profissionais a fim de promover estratégias de coparticipação, valorizando o saber-fazer de todos os profissionais, além de possibilitar a

construção de novas frentes de atuação, a serem postas em funcionamento na formação e no campo das práticas em saúde mental.

A produção da **Pista 4 – Formação inventiva** – teve como eixo central os estudos de Kastrup e suas considerações sobre as ideias de, especialmente, Deleuze, Guattari, Foucault, Varela e Maturana. As linhas de sustentação desta pista estiveram comprometidas com a proposta de transformação das práticas no plano das micropolíticas de produção de mundos. A formação inventiva é indissociável do cotidiano concreto de trabalho e efetiva-se a partir da correlação das dimensões ética, estética e política. Intensificou-se, assim, a crítica ao paradigma da ciência positivista. As propostas apresentadas indicaram que todo conhecimento é provisório e implica movimento permanente de criação. A aposta no paradigma ético-estético-político atravessa todos os campos em questão: da formação e do trabalho, indicando a interconexão entre eles e a necessidade de coengendramento contínuo. Ao vibrarem na mesma cadência, aumentam as possibilidades de novos modos de subjetivação dos profissionais em formação, voltados para a ampliação da vida, desfazendo os processos de captura das linhas de fuga e potencializando a variabilidade da existência. Trabalho e formação fazem parte de um processo recíproco de múltiplas interferências, no qual a invenção é um exercício de problematização e de produção de novas estratégias de intervenção.

A aprendizagem inventiva é uma capacidade fundamental para o exercício da prática profissional alinhada com as diretrizes de reorganização da atenção em saúde no Brasil, tendo em vista, sobretudo, a necessidade de superar a perspectiva puramente curativa e biomédica ainda predominante nos serviços de saúde. O desafio atual volta-se não apenas para as demandas de adoecimentos e seus prejuízos, mas para a implantação da abordagem psicossocial que se faz de modo regionalizado, que prioriza o exercício clínico de inserção do indivíduo em seu território existencial. Isso não se faz de modo protocolar ou sem flexibilização das ações. Valem, então, os procedimentos que funcionem como orientações gerais a serem avaliadas e adaptadas às particularidades de cada contexto de atendimento. O paradigma ético-estético-político é a base de sustentação da capacidade inventiva do trabalhador, de seu olhar sensível às diferenças, inclusive às suas próprias. Essa não é uma tarefa fácil, mas imprescindível, sem a qual não há Reforma.

Segundo os dizeres dos profissionais entrevistados, os processos formativos ainda mostram-se ineficientes e inapropriados ante à nova realidade dos serviços, uma vez que o modelo tradicional, centrado na transmissão de informações e voltado para o domínio técnico-científico da profissão, é o predominante. Para os entrevistados, a formação torna-

se efetiva quando viabiliza a participação de todos na construção de problemas, quando favorece a circulação do conhecimento e a troca de experiências, considerando que ninguém possui exclusividade sobre um determinado saber. A dinâmica formativa deve seguir os mesmos princípios do que se deseja da prática do profissional, como por exemplo, o exercício da capacidade inventiva. Seguindo as ideias de Kastrup (2001), poderia se dizer que tanto o contexto da formação como o do trabalho devem ser lugares de visitaçao, isto é, de passagem, nos quais a novidade força novas práticas e o trabalhador é um viajante.

Quando viajamos somos forçados a conviver com uma certa errância, a perder tempo, a explorar o meio com olhos atentos aos signos e a penetrar em semióticas novas. Somos forçados a pensar, a aprender e a construir um novo domínio cognitivo e uma outra maneira de realizar atividades que eram tão simples e corriqueiras que havíamos esquecido seu caráter inventado. A viagem surge, então, como ocasião de uma aprendizagem, pois o viajante não se dava conta de que as relações que tomava como óbvias e garantidas eram, a rigor, construídas e inventadas. Tal aprendizagem não se esgota na solução dos problemas imediatos, mas prolonga seus efeitos e sua potência de problematização. (KASTRUP, 2001, p. 17)

As linhas que constituíram a **Pista 5 – Formação como plano de construção e desconstrução contínua** – sublinharam a importância do conhecimento a respeito da construção histórica dos conceitos, sobretudo aqueles que são inerentes a antigas práticas no campo da saúde mental. Essa é uma questão que, segundo os entrevistados, não pode ser ignorada pelos processos formativos. Conhecer o contexto histórico-político-social no qual um conceito foi produzido faz parte do processo de problematização da realidade, de desconstrução de ideias que foram e vão se tornando absolutas e universais, como é o caso das noções de loucura e periculosidade. Para eles, esse deve ser um dos principais objetivos dos processos formativos: problematizar os conceitos, colocá-los em xeque.

Tais conceitos não possuem sentido em si mesmos, nem surgem “do nada”. “Evidentemente todo conceito tem uma história” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 29). São construídos e desconstruídos em um movimento contínuo de conexões e superposições de componentes com formas irregulares e múltiplas. Cabe à formação colocá-los em movimento, buscar entender seus contornos, não para chegar a uma essência, mas entendê-los como ferramentas que funcionam a partir dos acontecimentos. Assim como podem produzir oclusões, também podem funcionar como novas possibilidades de relação com o mundo. “Cada conceito talha o acontecimento, o retalha à sua maneira” (Ibid., p. 47).

Conhecer não é representar o mundo, nem implica aquisição de saber, mas invenção de problemas, sem porto de chegada ou um fim a ser alcançado. Ela implica produção de subjetividade, processos de invenção de si e do mundo (KASTRUP, 2005). Seu interesse volta-se para a articulação entre os conceitos e seus problemas que não se esgota nas soluções, mas se abre para novos problemas.

O aprendizado jamais é concluído e sempre abre para um novo aprendizado. Ele é contínuo e permanente, não se fechando numa solução e não se totalizando em sua atualização, precisando por isso ser sempre reativado. (Ibidem, 2005, p. 1280)

Além de recomendar a desconstrução de certos conceitos atrelados à perspectiva manicomial e à construção de novos saberes conforme os atuais problemas colocados pela reorientação da atenção em saúde mental, a pista incluiu alguns temas sugeridos pelos entrevistados a serem apreciados pelos processos formativos. Muitos entrevistados demonstraram preocupação com a formação dos trabalhadores ante à proposta de desinstitucionalização, sinalizando algumas fragilidades que se intensificam quando abrange a interface com a justiça. Enquanto apresentavam as questões a serem trabalhadas na formação, sinalizavam a necessidade de elas estarem sempre articuladas às experiências cotidianas do profissional, até porque, os temas foram surgindo à medida que situações eram relatadas, que dificuldades eram apontadas como obstáculos ao processo de desinstitucionalização, inclusive dos pacientes em conflito com a lei.

Vale ressaltar que a experiência de desinstitucionalização é muito recente no país e, portanto, o acúmulo de saber-fazer, no que se refere à formação de profissionais da rede de saúde mental, ainda é insuficiente. De acordo com os dizeres dos entrevistados, o profissional tem que conhecer melhor o funcionamento da RAPS e do SUS, atuar de acordo com os fundamentos dos Direitos Humanos, acompanhar e discutir as novas problemáticas no campo da saúde, como o uso abusivo de drogas e atendimento à população de rua, etc. Todos foram unânimes ao reconhecer a importância da formação desenvolver tais temáticas e incluir em suas discussões o contexto da medida de segurança. É importante repetir que não se trata de um exercício de ação pedagógica transmissionista, conteudista, prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento. A aposta volta-se para uma formação como estratégia de intervenção coletiva e que implique alterações nas condições de trabalho, isto é, na construção de um novo sentido para o trabalho com a loucura.

Em suma, destacou-se nessa pista, também, dentre as quatro dimensões que abrangem a RP, as dimensões técnico-assistencial e sociocultural, descritas por Amarante, como fundamentais para o processo de desinstitucionalização. É importante lembrar que para Amarante o processo de desinstitucionalização envolve desconstruções de sistemas de saber e práticas que sustentam a lógica manicomial e a construção de novas perspectivas.

**A Pista 6 – Formação-interventiva** – sublinhou o caráter interventivo da formação a partir das considerações de autores que fazem uso dos recursos metodológicos da cartografia, da pesquisa-intervenção, da análise de implicação proposta pela Análise Institucional e da Clínica da Atividade. Esses referenciais teórico-metodológicos utilizam o dispositivo grupal como estratégia para o desenvolvimento de suas propostas e tomam a experiência coletiva como ponto de partida para problematizações da realidade, sendo essa manobra um importante passo para sustentar a formação como ação transformadora. A montagem da pista buscou reiterar a indissociabilidade entre processo de produção de conhecimento e transformação da realidade, que inclui todos os envolvidos no processo. A produção de conhecimento é sempre coletiva e singular, isto é, diz respeito a um certo momento de configurações de forças, reforçando a ideia de que o conhecimento não pode ser inteiramente reproduzido nem é propriedade de alguém.

Um dos desafios dessa pista foi atentar para estratégias que coloquem em funcionamento a análise de implicação, sobretudo pela ruptura que esta faz com a ideia de neutralidade em qualquer tipo de trabalho, pois implicados todos sempre estamos pelas forças do instituído, que definem os lugares que se ocupa nas relações sociais, não apenas no campo da intervenção que se realiza, no caso, as referentes aos processos formativos. Quanto mais a formação lançar mão da análise de implicação, mais condição o profissional terá para perceber os determinantes de seu contexto de trabalho, maior será a sua capacidade de problematizar as práticas de saber-poder e seus efeitos, conseqüentemente amplia o poder de ação e de transformação do profissional.

Posteriormente, algumas das estratégias da Clínica da Atividade foram destacadas e, por fim, algumas estratégias grupais, sendo a roda de conversa uma das mais citadas, não só por pesquisas e intervenções na área da saúde, como pelos próprios entrevistados. As tecnologias coletivas, sobretudo das metodologias ativas, potencializam os processos dialógicos, aumentam as possibilidades de produção de sentidos sobre o trabalho, conseqüentemente mudanças no âmbito da saúde mental. A construção de processos formativos contra-hegemônicos só se efetiva a partir do exercício dialógico no qual, segundo Bakhtin (1992), coexistem discursos que são polifônicos. A proposta de promover



o diálogo entre os trabalhadores no contexto da formação não tem como objetivo o consenso ou o apaziguamento dos diferentes dizeres, senão, o confronto, que por meio do dialogismo poderá acessar as contradições, os conflitos das atividades que aparecem em seus dizeres. Interessa à formação a composição plural de discursos que constituem-se como um coletivo de forças em relação de reciprocidade, na qual as interferências de um sobre os outros produz novos sentidos, que racham as tão sonhadas unificações das propostas tradicionais de ensino-aprendizagem.

A aposta central da formação está no coletivo das falas a partir de um plano comum, que não se restringe à reunião de pessoas para falarem de suas experiências. A proposta de formação que se apresentou foi aquela que se interessa pela experiência na fala, e não a fala sobre a experiência.

Experimental o coletivo é aceder ao plano do impessoal, das diferenças coexistentes. Envolve um plano que só é comum justamente porque atravessa a todos, mas não é de ninguém. É comum por estar além e aquém da dimensão pessoal, da dimensão das individualidades. No encontro entre diferenças irreduzíveis o coletivo se realiza. (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014, p. 120)

**A Pista 7 – Inclusão da medida de segurança nos processos formativos** – presente desde o início no projeto desta pesquisa, cumpriu sua função de dar maior visibilidade à situação atual dos pacientes em conflito com a lei, uma vez que essa população não foi incluída, de modo significativo na RP. Tudo o que diz respeito ao campo da medida de segurança ainda gera dilemas que envolve desconhecimento, somado a preconceitos, medo e preocupação com a ameaça que esses indivíduos representariam para a sociedade, cenário que alimenta procedimentos de segregação, limita o alcance da RP e obstaculiza mudanças no domínio de saber/fazer referentes à interface entre os campos da saúde e da justiça. Desconstruir a noção de medida de segurança como modalidade de tratamento no campo da formação deve ser visto como parte fundamental do processo de desinstitucionalização em andamento no país e um grande desafio para as propostas de transformação das práticas em saúde mental.

As entrevistas evidenciaram um desconhecimento significativo por parte dos profissionais, especialmente, aqueles que não atuam diretamente no campo das medidas de segurança, o que acarreta inquietações infundadas sobre os pacientes em conflito com a lei. Pareceu ser geral a afirmação de que este seja um tema importante para ser tratado com

mais atenção nos processos formativos. Noções, inadequadamente, construídas, como a de periculosidade, precisam de discussão urgente na medida em que sustentam e são sustentadas por lógicas não científicas, causando prejuízos ao cuidado efetivo desta população. A noção de periculosidade, é bom lembrar, justifica a medida de segurança, que por não poder ser considerada como medida de tratamento, é ilegal e contraditória do ponto de vista da nova lógica de atenção em saúde mental.

A formação só pode cumprir sua função no cenário da RP se ela estiver fundamentada nos princípios que regem a concepção de subjetividade pertinentes ao realinhamento das práticas em saúde mental. Neste realinhamento o que está em jogo é uma nova visão de sujeito e de relação da sociedade com a loucura, a qual requer um novo paradigma de produção de conhecimento. O modo de formar também tem que mudar, suas proposições, seus objetivos e estratégias. Neste sentido, as pistas apresentadas visaram argumentar, por meio de referenciais teórico-metodológicos e dos dizeres dos entrevistados, algumas das condições pelas quais a formação pode se efetivar no contexto da RP, considerando não só o processo, mas também temáticas importantes a serem trabalhadas em seu percurso, sempre dialogando com o concreto das experiências dos trabalhadores.

Propor pistas para a formação no novo cenário de atenção em saúde mental não coincide com a ideia de transmissão prescritiva de estratégias de capacitação. O sentido aponta para a perspectiva cartográfica da formação que, em um movimento de baixo para cima, busca aberturas para experimentações. A formação é campo de luta, que guiada por pistas, constrói-se no processo de trabalho do profissional, de modo artesanal, por movimentos que se contrapõem à velocidade contemporânea do produtivismo.

As pistas, em síntese, apostam em uma formação que se efetiva na transmissão de um gesto individual-coletivo, de incorporação, de negociação com o próprio corpo, de sabedoria que se constrói na confluência do biológico, do sensorial, do psíquico, do cultural, do histórico, do intuitivo... uma integração multissensorial que permite perceber um movimento no qual coletivo e singularidade não se dissociam. A formação é encontro que viabiliza a produção de gestos e a atualização das virtualidades, é momento de contágio.

Esse modo de transmissão requer tempo, pois prescinde da rapidez dos tecnicismos ao se prolongar indefinidamente. O que interessa não é transmitir o 'puro em si', como uma informação ou um relatório. Inclui, também, um mergulho na vida daquele que transmite,

ou seja, se dá como um processo de subjetivação. Portanto, é produzir uma inflexão na pressa dos cotidianos dos serviços, impondo um outro ritmo ao processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos de análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. 2ª Reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

ALVES, E. A.; OSÓRIO DA SILVA, C. Clínica da atividade e oficina de fotos: eletricitistas em foco. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 2, p. 62-71, 2014.

AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Atividade: o trabalho sob o signo do inacabamento. In: ROSEMBERG, D, S.; FILHO, J. R.; BARROS. (Orgs.). **Trabalho docente e poder de agir: clínica da atividade, devires e análises**. Vitória: EDUFES, 2014, p. 19-46.

\_\_\_\_\_. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 30-37, 2009.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, 2009. 1 CD-ROM.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 735-759.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 45-65.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

\_\_\_\_\_. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ANJOS, D. D. O ingresso na atividade de orientação pedagógica: entre o gênero e o estilo profissional. **Educação em Revista**, Marília, v. 14, n. 2, p. 61-74, 2014.

ANJOS, D. D.; MAGRO, R. S. A função psicológica do trabalho. **Pró-Posições**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 221-224, 2008.

BAGNATO, M. H. S.; MONTEIRO, M. I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 247-258, 2006.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1992.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte: Editora Instituto Felix Guattari, 2002.

BARROS, M. E. B.; AMADOR, F. S. Clínicas do Trabalho: abordagens e contribuições da Análise Institucional ao problema clínico do trabalho. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 55-69, 2017.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, edição especial, p. 15-20, 2010.

BARROS, M. E. B.; LOUZADA, A. P.; VASCONCELLOS, D. Clínica da atividade em uma via deleuziana: por uma psicologia do trabalho. **Informática na Educação: teoria e prática**, Porto Alegre, v. 11, n.1, p. 14-27, 2008.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011.

BARROS, M. E. B.; PASSOS, E.; EIRADO, A. Psicologia e trabalho docente: intercessões com a clínica da atividade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe, p. 150-160, 2014.

BARROS, M. E. B.; SILVA, F. H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 128-152, v. 2.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2009.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, n. 19-20, p. 159-171, 2004.

BARROS-BRISSET, F. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, 2011.

\_\_\_\_\_. O. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJ-MG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010.

BARROSO, S. M; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BEZERRA, B, J. Desafios da reforma psiquiátrica do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BIAJOLI, F. V. Sobre políticas de cognição e formação inventiva. In: BARROS, M. E. B.; PEDRINI, M. D. (Orgs.). **Experimentações de uma disciplina**: desafios na construção de conhecimento. Vitória: Saberes Instituto de Ensino, 2013, p. 11-12.

BIRMAN, J; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018** – Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 dez. 2017. Seção 1, p. 236-238.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O trabalho como fonte de formação**: um movimento em construção no

Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 fev. 2014b. Seção 1, p. 59-60.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Seção 1, p. 40.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 dez. 2011a. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 233-234.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e Intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Seção 1, p. 80.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 ago. 2007. Seção 1, p. 34-38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 jul. 2005. Seção 1, p. 38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 fev. 2004. Seção 1, p. 37-41.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 ago. 2003a. Seção 1, p. 3.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 25 ago, 2003 b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1984a. Seção 1, p. 38.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1984b. Seção 1, p. 10227.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

\_\_\_\_\_. **Crime e Loucura: aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP, 1998.

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a Esquizoanálise. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 373-378, 2013.

CECCIM, R. B. Reforma geral da subjetividade: por uma educação rizomática da saúde mental. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007, p. 11-17.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.



CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CINTRA, A. M. S.; MESQUITA, L. P.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 29, n. 1, p. 45-53, 2017.

CLOT, Y. Gêneros e estilos profissionais. **Laboreal**, Porto, v. 10, n. 1, p. 95-97, 2014.

\_\_\_\_\_. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013.

\_\_\_\_\_. **O trabalho e o poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

\_\_\_\_\_. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. Entrevista: Ives Clot. **Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, 2006, p. 99-107.

\_\_\_\_\_. Clínica do trabalho, clínica do real. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker. Revisão: Cláudia Osório. **Le Journal des Psychologues**, Paris, n. 185, 2001.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (orgs.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Niterói: EdUFF, 2008, p. 143-153.

CORDIOLI, M. S.; BORENSTEIN, M. S.; RIBEIRO, A. A. Hospital de Custódia: os direitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica e a realidade dos internos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, 2006.

CORRÊA, G. T.; RIBEIRO, V. M. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 331-41, 2012.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M.; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1995-2012, 2007.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, 2012.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia e prática. São Paulo: Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. **Empirismo e subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: Editora 34, 2001.

\_\_\_\_\_. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_. O que é um dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161.

\_\_\_\_\_. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2ª Reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2002, v. 2.

\_\_\_\_\_. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2000, v. 1.

\_\_\_\_\_. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1ª reimpressão. São Paulo: Editora 34, 1999, v. 3.

\_\_\_\_\_. **O que é a filosofia**. 1ª Reimpressão. São Paulo: Editora 34, 1993.

DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DIAS, R. Pesquisa-intervenção e formação inventiva de professores. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 193-209, 2015.

DIDI-HUBERMAN, G. **Sobrevivência dos vagalumes**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2011.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009. 1 CD-ROM

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.

ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. H. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 92-108.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-75, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FILHO, K. P; LOBO, L, F; LEMOS, F, C, S. A história do presente em Foucault e as lutas atuais. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 26, n. 1, p. 29-42, 2014.

FILHO, N. C. A.; SOUZA. A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017.

FONSECA, T. M. G. A reforma psiquiátrica e a difícil reconciliação. In: FONSECA, T. M. G; ENGELMAN, S; PERRONE, C. M. (orgs.). **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. Porto Alegre: Sulinas/UFRGS, 2007, p. 29-51.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 12ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FRANCO, T. B. Formação em saúde como acontecimento: os cenários da atenção básica e o dispositivo do encontro. In: SODRÉ, F; ANDRADE, M. A; LIMA, R. C; GARCIA, A. C. (Orgs.). **Formação em saúde**: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva. Vitória: EDUFES, 2016, p. 11-29.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva: São Paulo, 1974.

GOMES, R.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Orgs.).

**Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007, p. 19-35.

GUARESCHI, N. M. F. et al. Formação em psicologia: o princípio da integralidade e a teoria da autopoiese. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 18-27, 2014.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade:** ensaios de análise institucional. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. **Caosmose.** 4ª Reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUEDES, C. R; PITOMBO, L. B; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

HECKERT, A. L. C; NEVES, C. A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. et al. (OrgS.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2007, p. 145-160.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço social) – PUC-RS. Porto alegre, 2007.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 32-51.

\_\_\_\_\_. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da cognição.** Porto Alegre: Sulina, 2008, p. 93-112.

\_\_\_\_\_. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, 2005.

\_\_\_\_\_. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede.** Porto Alegre: Sulina, 2004, p. 80-90.

\_\_\_\_\_. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, 2001.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: \_\_\_\_\_. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 76-91.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 15-41, v. 2.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-70, 2001.

KOLKER, T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: VENTURINI, E; DE MATTOS, V; OLIVEIRA, R, T. (Orgs.). **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília: CFP, 2016, p. 204-230.

LEBRE, M. Medidas de Segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, 2013.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A.; MAXIMINO, V, S.; CARVALHO, Y, M. Práticas corporais e artísticas, aprendizagem inventiva e cuidado de si. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 29, n. 2 , p. 118-126, 2017.

LIMA, M. E. A. Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 99-107, 2007.

LINS, A. M. ; CECÍLIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004a, p. 47-65.

\_\_\_\_\_. Uma apresentação da Análise Institucional. In: \_\_\_\_\_. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b, p. 128-139.

\_\_\_\_\_. O Estado na análise institucional. In: \_\_\_\_\_. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c, p. 140-153.

\_\_\_\_\_. **Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1993.

LOURENÇO, S. **Análise da crítica de Deleuze e Guattari à noção psicanalítica de sexualidade como modo de constituição da subjetividade**. 2006. 153f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

LOURENÇO, L. C.; AGUIAR, M. C. **Paradoxo ou Ambivalência? Hospício e prisão: o caso do Hospital de Custódia e Tratamento - HCT/BA.** XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Curitiba (PR), GT21 - Segregação Social, Políticas Públicas e Direitos Humanos, 2011.

LUCENA, M. A. S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2447-2456, 2012.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano.** Campinas: Psy II, 1995.

MEDEIROS, G. T.; NASCIMENTO, F. A. F.; PAVÒN, R. G.; SILVEIRA, F. A. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-83, 2016.

MENEGAT, D. R. A desinstitucionalização do portador de doença mental e a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 66, p. 33-64, 2010.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015.

\_\_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007, p. 55-66.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, E. E., FRANCO, T.B. Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno- 205 assistenciais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 316-323, 2003.

MITRE, S, M et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MONCEAU, G. Técnicas socioanalíticas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 197-217, 2015.

\_\_\_\_\_. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015.

MUYLAERT, M. **Intermezzo**: mestiçagem nos encontros clínicos. 2000. 152f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

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.

PASCUAL, J. G.; JUSTA, R. A aprendizagem inventiva no ensino da Psicologia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 23-34, 2009.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012a, p. 17-31.

\_\_\_\_\_. Por uma política da narratividade. In: \_\_\_\_\_. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012b, p. 150-171.

\_\_\_\_\_. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Dossiê cartografia: pistas do método da cartografia – Vol. II. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v.25, n.2, p. 217-219, 2013.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; CAMPOS, R. O. Estratégia congestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Ecos – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 5-17, 2013.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 131-138.

\_\_\_\_\_. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, 2008.

PERES, M. F. T. Erasmo: o estranho da loucura criminal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 121-143, 1999.

PERES, M. F. T.; FILHO, A. N. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 335-55, 2002.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PINHEIRO, F. P.; COSTA, M. F.; MELO, P. B.; AQUINO, C. A. Clínica da Atividade: conceitos e fundamentos teóricos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 110-124, 2016.

PINTO, F. M.; HECKERT, A. L. C. Notas sobre Sociedade de Controle Contínuo e sobreimplicação. **Ecopolítica**, São Paulo, n. 18, p. 46-64, 2017.

POZZANA, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 2ª Reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 52-75.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: análise das Conferências Nacionais Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 4, p. 680-693, 2007.

RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

\_\_\_\_\_. Notas sobre o tratamento das pessoas atingidas pela violência institucionalizada. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 3-10, 2001.

RAUTER, C.; PEIXOTO, P. T. C. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, 2009.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, 2016.

RIBEIRO, P. C. A medida de segurança de internação no contexto do Estado Democrático de Direito. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 3, n. 3, p. 39-59, 2008.

RODRIGUES, H.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (Orgs). **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

RODRIGUES C; TEDESCO S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado. In: TEDESCO, S; NASCIMENTO, M, L. (Orgs). **Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre, Sulinas, 2009, p. 74-95.

ROGER, J. L. Metodologia e métodos de análise em Clínica da Atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 111-120, 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

\_\_\_\_\_. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 137-274, 1993.



ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 44-52, 2014.

\_\_\_\_\_. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 157-168, 2017.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

ROTELLI, F. *et al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; FILHO, S. B. S. A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 1041-52, 2014.

SADE, C.; FERRAZ, G.; ROCHA, J.M. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 66-91, v. 2.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G, C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1312, 2014.

SANTOS, A. A.; DALLA VECHIA, M. Oficina de formação em saúde mental como estratégia de Educação Permanente em Saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 69-82, 2016.

SANTOS, A. L. G. dos.; FARIAS, F. R. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 515-527, 2014.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, C. O.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014.

SILVA, É. Q.; BRANDI, C. Q. A. C. S. “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?” – interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3947-3954, 2014.

SILVA, H. C. da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010a.

SILVA, M. B. B. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010b.

SILVA, M. B. B. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95- 105, 2010c.

SILVA, E. V.; RIBEIRO, M. C.; SOUZA, M. C. S. O cuidado e os processos de trabalho em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de seus trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 315-327, 2018.

SCHÉRER, R. Aprender com Deleuze. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1183-1194, 2005.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, 2014.

\_\_\_\_\_. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.457-466, 2006.

SOUTO, A. P.; LIMA, K. M. N. M.; OSÓRIO, C. Reflexões sobre a metodologia da clínica da atividade: diálogo e criação no meio de trabalho. **Laboreal**, Porto, v. 11, n. 1, p. 11-22, 2015.

TEDESCO, S. H. Repensando as políticas públicas na interface entre saúde, justiça e direitos. In: MIRANDA, A. E; RANGES, C; COSTA-MOURA, R. (Orgs.). Questões sobre Direitos Humanos: Justiça, Saúde e Meio Ambiente. Vitória: UFES - Proex, 2018, p. 84-101.

\_\_\_\_\_. A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo. In: VENTURINI, E; OLIVEIRA, R; MATTOS, V. (Orgs.). **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília: CFP, 2016, p. 258-287.

\_\_\_\_\_. A ética da pesquisa e a perspectiva da cartografia: algumas considerações. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 32-47, 2015.

\_\_\_\_\_. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 10, n. 2, p. 357-362, 2006.

\_\_\_\_\_. A natureza coletiva do elo linguagem-subjetividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 85-89, 2003.

\_\_\_\_\_. Estilo-subjetividade: o tema da criação nos estudos da Psicologia da Linguagem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 29-38, 2001.

TEDESCO, S. H; SADE, C; CALIMAN, L.V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 92-127, v. 2.

TEDESCO, S. H; VALVIÉSSE, K. Linguagem e criação: considerações a partir da pragmática e da filosofia de Bergson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-12, 2009.

TEIXEIRA, D. V.; BARROS, M. E. B. Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 81-90, 2009.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, A. C. L.; MUNIZ, H. P. O corpo psíquico e histórico no trabalho: corpo subjetivo e corpo-si. **Ecos – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 2, p. 319-328, 2017.

VERDI, M. et al. Em foco a dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: efeitos dos processos de formação de apoiadores da PNH nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 29-38, 2014.

VERDI, M.; FINKLER, M.; MATIAS, M, C, S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2015.

VIDAL, C. E. L; BANDEIRA, M; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57 n. 1, p. 70-79, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S.; PENA, R. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 01, n. 02, p. 66- 78, 2015.

ZAFFARONI, E. R. **O inimigo no direito penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAMBONI, J. Gênero profissional como multiplicidade. **Ecos – Estudos Contemporâneos da subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 101-109, 2014.