

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

Graziela Pereira Lopes

**O OFICINAR COMO POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO
DA COGNIÇÃO ENATIVA**

Porto Alegre

2009

GRAZIELA PEREIRA LOPES

**O OFICINAR COMO POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO
DA COGNIÇÃO ENATIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Cleci Maraschin

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu marido Adalberto pelo estímulo e carinho, pela paciência, atenção e compreensão. Obrigado amor!

Agradeço a meus pais pelo afeto e apoio.

Agradeço a minha orientadora, Cleci Maraschin, por ter me ensinado através das orientações, dos encontros e das discussões, a problematizar a vida, a praticar a cognição fundada na troca e na relação.

Agradeço aos meus colegas de pesquisa e orientação pela paciência e ensinamentos trocados. Em especial a Tatiane Vianna pelo acolhimento, carinho e momentos de desabafo.

Agradeço as minhas amigas e companheiras, Thiele e Renata, as quais o mestrado me oportunizou conhecer, reencontrar e conviver. Vocês fazem parte desta caminhada.

Agradeço ao professor Omar Alejandro Bravo pelos ensinamentos e questionamentos feitos como professor; e ao bom amigo que demonstrou ser nos diálogos que os encontros nos proporcionaram.

Agradeço aos meus colegas de trabalho do Central por terem permitido e apoiado esta pesquisa, mesmo, muitas vezes, sem compreender no que ela resultaria.

Agradeço a todos os participantes da oficina por me proporcionarem crescimento, alegria e prazer no pesquisar.

Não considero necessário saber exatamente quem sou. O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início. Se, ao começar a escrever um livro, você soubesse o que irá dizer no final, acredita que teria coragem de escrevê-lo? O que vale para a escrita e a relação amorosa vale também para a vida. Só vale a pena na medida em que se ignora como terminará.

(Michel Foucault)

RESUMO

O uso de substâncias químicas tem sido relatado em diferentes culturas e períodos históricos; entretanto os tipos de substâncias utilizadas, o contexto social, as práticas de consumo e o que é considerado excesso, bem como as práticas de seu controle e os modos de intervenção, apresentam especificidades. Deparamo-nos hoje com o fato de que o uso considerado abusivo pode ser caracterizado como doença (dependência). Para os sujeitos nessa condição de existência, existe toda uma estrutura de poderes (Ministério da Saúde e Ministério Público) e saberes (médico, jurídico, psicológico, religioso, etc.) propondo instituições e modelos de tratamento. Através da inserção em uma dessas instituições de tratamento para dependentes químicos e da análise dos modos de subjetivação e das políticas cognitivas, propomos uma pesquisa-intervenção, com a finalidade de possibilitar o exercício da cognição enativa/inventiva. Adotar como perspectiva a cognição enativa/inventiva implica estabelecer outra relação de conhecimento, baseada na produção de si próprio (autopoiese) e daquilo que tomamos por realidade em distintas redes de conversação. Dessa forma, as oficinas de máscaras surgem como uma proposta de pesquisa-intervenção que tem como objetivo mapear e acompanhar os movimentos cognitivos emergentes nas mesmas, inseridas no marco institucional de um serviço para dependentes de substâncias químicas. Tomamos como foco de estudo os modos pelos quais os usuários desse serviço de saúde que participam da oficina (intervenção) de produção de máscaras colocam questões e compartilham emoções - por eles consideradas pertinentes - em relação às experiências pessoal, institucional e com as tecnologias. Buscamos ainda, avaliar os efeitos da emergência de uma política de cognição enativa em um contexto terapêutico predominantemente recognitivo. Para a análise das oficinas, tomamos o conceito de cognição enativa como uma ferramenta metodológica que nos potencialize distinguir momentos em uma rede de produção-conversação nos quais exista um linguajar que vitalize coordenações de ações até então inusitadas na história desse coletivo e um emocionar no qual a experiência do outro possa ser aceita como legítima.

Palavras-chave

Modos de subjetivação; políticas cognitivas da cognição; reconhecimento (representacional) e invenção (enação); autopoiese; redes de conversação.

ABSTRACT

The use of chemical substances has been reported in different cultures and historical periods. However, the types of substances used, the social context, the consumption practices and what is considered excessive, as well as control practices and means of intervention present specificities. Nowadays, we face the fact that the use considered abusive may be characterized as a disease (dependence). There is a structure of powers (Health Ministry and Public Ministry) and knowledge (medical, legal, psychological, religious, etc.) proposing institutions and treatment models concerning subjects who live under such conditions. Through the insertion in one of such treatment institutions for chemical dependents and through the analysis of the subjectivation forms and of the cognitive policies, we propose an intervention-research, aiming to enable the assignment of the inventive/enactive cognition. Adopting the inventive/enactive cognition as a perspective implies to establish another knowledge relation based on the production of oneself (autopoiesis) and on what we take as reality in distinct conversation networks. Thus, the mask workshops rise as a proposal of intervention-research that have as their aim to map and follow the cognitive movements emerging from them, inserted on the institutional placement of a service for chemical substance dependents. Our study focuses on the means by which the users of this health service that take part on the mask production workshop (intervention) lay questions and share emotions – considered relevant by them – concerning personal and institutional experiences, as well as the experiences regarding technologies. Yet, we pursue to evaluate the effects of the emergency of enactive cognition policies in a predominantly recognitive therapeutic context. Regarding the analysis of the workshops, we take the concept of enactive cognition as a methodological tool that potentializes the distinction of moments in a production-conversation network in which there is an expression through the language that vitalizes unusual coordination of actions in the history of this group and an emotional stimulation in which the experience of the other ones may be accepted as legitimate.

Keywords:

Subjectivation forms; cognitive policies of cognition; (representational) cognition and (enaction) invention; autopoiesis; networks of conversation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS: USO, DIAGNÓSTICO, INSTITUIÇÕES E TRATAMENTOS	14
2.1 Sobre o diagnóstico	17
2.2 O “atual” indisciplinado.....	20
2.3 As instituições para os “atuais” indisciplinados.....	22
3 CENTRO REGIONAL DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DO ALCOOLISMO	30
3.1 Modos de subjetivação e políticas cognitivas no tratamento do Central.....	32
4 RUMO A UMA COGNIÇÃO INVENTIVA.....	46
5 METODOLOGIA	50
5.1 A instituição.....	56
5.2 Sobre a pesquisadora	56
5.3 O oficiar como possibilidade de operar enativamente	59
5.4 As oficinas	61
6 IMPLICAÇÕES	64
6.1 A oficina e a instituição	64
6.2 A oficina na instituição	66
6.3 “Oficinando”	68
7 ANALISANDO AS OFICINAS	73
7.1 As tecnologias da informação e comunicação (TIC) como dispositivos das redes de conversação	73
7.2 As máscaras como dispositivo operativo das redes de conversação	80
7.3 Repercussões.....	84
7.4 Deslocamentos	91
7.5 Reconhecimento.....	93
8 CONSIDERAÇÕES	95
9 REFERÊNCIAS	102
ANEXO	107

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias químicas¹ tem sido relatado em diferentes culturas e períodos históricos; entretanto os tipos de substâncias utilizadas, o contexto social, as práticas de consumo e o que é considerado excesso, bem como as práticas de seu controle e os modos de intervenção, apresentam especificidades.

Deparamo-nos hoje com o fato de que o uso abusivo tem-se tornado objeto de análise, vinculado aos saberes psiquiátrico, psicológico e jurídico juntamente com os saberes religioso e moral. O uso excessivo, que pode ser caracterizado como dependência de substâncias químicas², é considerado atualmente uma doença e um problema de saúde pública e como tal deve ser tratado. Na intenção de combater esse problema público e essa doença, unem-se forças (conhecimentos e saberes) que disponibilizam e mantêm várias instituições e tratamentos. Entretanto, dentro desse discurso da doença, existe a produção de sujeitos³, e estes são o principal motivo deste trabalho. Foram eles que inspiraram o surgimento do que está escrito nestas folhas.

A Dissertação de Mestrado emerge da experiência profissional desta pesquisadora com sujeitos internados devido ao uso abusivo de substâncias químicas. A pesquisa nasceu do incômodo, tanto dos internos⁴ do Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo (Central⁵) quanto da pesquisadora - psicóloga da instituição -, sobre o fato de que o que impera no discurso social e

¹ O termo inclui quase todas as substâncias químicas lícitas (exceto cigarro) e as ilícitas.

² Considerada doença.

³ Com uma história de vida além da doença que pode estar doente, mas não é a doença.

⁴ Internos, dependentes de substâncias químicas, pacientes, indisciplinados são denominações usadas para fazer referência aos sujeitos considerados doentes.

⁵ Instituição de tratamento para dependentes de substâncias químicas.

institucional é a dependência de substâncias e não o modo como esses sujeitos são constituídos. Na maioria dos casos, o indivíduo só existe enquanto patologia. O foco do tratamento são as características da doença, suas conseqüências, como lidar com ela e como consertar o que foi destruído. Essa ênfase é mantida por várias questões, tanto institucional/social quanto de relação com a substância que consome a vida do sujeito por muito tempo. Esse tipo de discurso em que o foco da atenção é a doença e não o sujeito tem um percurso histórico que acaba por lhe conferir valor de verdade.

A fim de contextualizar esse tema, iniciamos o trabalho tratando do diagnóstico de dependência de substâncias químicas e dos sujeitos portadores do mesmo, os quais denominamos de o “atual” indisciplinado. Diante dessa posição subjetiva, existe toda uma estrutura de poderes (Ministério da Saúde e Ministério Público) e saberes (médico, jurídico, psicológico, religioso, etc) propondo instituições e modelos de tratamento, a fim de conter esse “indisciplinado”. As instituições têm apresentado várias modalidades possíveis de tratamento. Entretanto, nesse trabalho, damos maior relevância, a internação e o ambulatório, com a idéia de que a “recuperação” pode ocorrer respectivamente, através de intervenções⁶ focadas na abstinência total ou na Redução de Danos.

A intervenção proposta pela instituição onde a pesquisa foi realizada acontece na modalidade de internação, visando à abstinência total de substâncias químicas. Assim, diante do modelo proposto pela Central, e a fim de melhor compreendermos os objetivos deste trabalho, descrevemos, em seguida, como ocorre essa intervenção na rotina de tratamento, qual o modo de subjetivação e qual a política cognitiva presente. Sabemos que as práticas, nesse tratamento, se materializam em

⁶ Segundo a teoria e para fins didáticos dividimos as intervenções. Entretanto, essa rigidez divisória nem sempre ocorre na prática. Tanto a modalidade de internação como a de ambulatório procuram na prática flexibilizar as intervenções, a fim de ajudar aqueles que delas fazem uso.

um conjunto de regras e normas que devem ser seguidas - como forma de “salvação” para essa “doença incurável” -, através de uma disciplinarização do corpo/mente. Propomos que esses são modos de subjetivação que se dão através da política recognitiva da cognição.

A reflexão dos modos de subjetivação é fundamentada na teoria de Michel Foucault, cujo foco de atenção é o domínio foucaultiano do ser-consigo. Trata-se de um conjunto de técnicas, das quais as técnicas de si norteiam esta discussão. Entre estas últimas estão a confissão, o autoconhecimento pela introspecção e o auto-exame de consciência, através das quais o sujeito pode alcançar a normalidade e a saúde mental.

Esses modos de subjetivação fundados nas técnicas de si podem ser compreendidos através de duas políticas cognitivas proposta por Virgínia Kastrup: a política de reconhecimento (que fundamenta o tratamento do Central) e a política de invenção (proposta de intervenção deste trabalho). A reconhecimento dá-se por uma política despótica e opressiva em que há ausência de potencial problematizador e de virtualização da ação, de modo que a aprendizagem é um meio de obtenção de um saber. Já a invenção propõe uma política de abertura da cognição às experiências não recognitivas e ao devir; mantendo a aprendizagem sempre em curso e construção. Contribui igualmente para essa discussão Francisco Varela com os conceitos de cognição representacional e cognição enativa. Após essa contextualização, apresentamos o início da trajetória rumo à cognição enativa/inventiva.

Existem diferentes perspectivas teóricas pelas quais se estuda a cognição. A perspectiva adotada nesta pesquisa encara a cognição como produzida nas (e resultante das) interseções entre as contingências biológicas, institucionais e

tecnológicas, de tal modo que ela é compreendida dentro da teoria da Ecologia Cognitiva proposta por Pierre Lévy. Do ponto de vista singular, a cognição tem um componente autoprodutivo, autopoietico, proposto por Humberto Maturana e Francisco Varela, que possibilita o exercício de uma cognição enativa de acordo com a teoria de Francisco Varela. Tomar como perspectiva a cognição enativa/inventiva implica estabelecer outra relação de conhecimento, baseada na produção de si próprio e daquilo que tomamos por realidade em distintas redes de conversação. Apesar de várias serem as implicações, daremos ênfase aos modos de conversação (descritos por Humberto Maturana) em que se toma a cognição não somente como auto-regulação da vida, mas como auto-produção da vida.

Dessa forma, as **oficinas de máscaras** surgem como uma proposta de pesquisa-intervenção que tem como objetivo mapear e acompanhar os movimentos cognitivos emergentes nas mesmas, inseridas no marco institucional de um serviço para dependentes de substâncias químicas. Tomamos como foco de estudo os modos pelos quais os usuários desse serviço de saúde que participam de uma oficina (intervenção) de produção de máscaras colocam questões e compartilham emoções - por eles consideradas pertinentes – em relação às experiências pessoal, institucional e com as tecnologias. Buscamos ainda avaliar os efeitos da emergência de uma política de cognição enativa em um contexto terapêutico predominantemente cognitivo.

Pretendemos, diante desse objetivo, discutir a convivência de diferentes políticas cognitivas que embasam a intervenção em uma mesma instituição; identificar as questões e emoções que emergem nas oficinas e sua pertinência pelas repercussões⁷ causadas nos participantes⁸; analisar se essas questões e emoções

⁷ Repercutir: refletir, continuar a se fazer sentir ou se propagar, fazer sentir indiretamente sua ação ou influência (Ferreira, 2004).

operam deslocamentos⁹ nos modos de agir e nas concepções de si e do mundo enunciadas nas oficinas; e mapear as repetições e recorrências que dificultam os deslocamentos (cognição recognitiva).

Para a análise das oficinas, tomamos o conceito de cognição enativa como uma ferramenta metodológica que nos potencialize distinguir momentos em uma rede de produção-conversaão nos quais exista um linguajar que vitalize coordenações de ações até então inusitadas na história desse coletivo e um emocionar no qual a experiência do outro possa ser aceita como legítima.

Acreditamos que a partir do incômodo desta pesquisadora como psicóloga da instituição, pudemos usar o ato de pesquisar como uma tática para criar, juntamente com os pacientes, a oficinas de máscaras, onde, segundo Certeau (1999), são possíveis outras “maneiras de fazer”.

[...] pelo fato do seu não-lugar, a tática depende do tempo, vigiando para “captar no vôo” possibilidade de ganho. O que ela ganha, não o guarda. Tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em “ocasiões”. [...] a sua síntese intelectual tem por forma não um discurso, mas a própria decisão, ato e, maneira de aproveitar a “ocasião” (p.47).

Segundo esse autor, as táticas respondem a uma lógica de ordem horizontal e referem-se ao manejo de todos os elementos durante o desenvolvimento da própria ação, o que implica ir variando as ações de acordo com as circunstâncias que se vão apresentando no momento. As táticas podem dar origem a modos criativos de invenção de vida em contingências aparentemente comprometidas, de tal sorte que somente a intervenção moral poderia ser pensada como possível. Mas a inserção de modos criativos de invenção de vida em contingências recognitivas implica repercussões institucionais que devem ser analisadas para permitir um melhor manejo da ação proposta.

⁸ Participantes é a denominação usada para os sujeitos que vivenciam a oficina.

⁹ Deslocar: tirar do lugar que se encontrava, fazer mudar de lugar, desviar, mover-se, desprender-se (Ferreira, 2004).

Assim, não é intenção deste trabalho propor outro modelo de tratamento (por exemplo, substituir o modelo de abstinência total usado na instituição pelo de Redução de Danos), mas, sim, criar outro tipo de intervenção dentro do modelo estabelecido. Inicialmente, colocamos em discussão o tipo de cognição que está subjacente ao modelo de tratamento, e, depois, sugerimos uma atividade (intervenção) onde é viabilizado o exercício de outra cognição.

2 SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS: USO, DIAGNÓSTICO, INSTITUIÇÕES E TRATAMENTOS

O uso de substâncias que modificam as atividades sensoriais, perceptivas e mentais não é uma prática nova, isso já existia com diversas intensidades em diferentes tradições sociais e culturais. No Ocidente, o consumo ritual de substâncias químicas é registrado desde seus primórdios, mas, a partir dos séculos XIX e XX foi aumentando progressivamente (Birman,1999).

Na década de 60 do século passado, houve uma mudança significativa nos hábitos de consumo de substâncias químicas, passando as mesmas a ocupar uma posição estratégica de contestação a diferentes conjunturas sociais, políticas e de costumes. Para Birman (1999), tal atitude aliada, a outros movimentos desencadeados nessa década (Festival de Música e Artes de Woodstock, Maio de 68 e a resistência estudantil à ditadura, dentre outros), pode ser lida como uma crítica à cultura instituída:

Mediante as experiências entreabertas pelas drogas se contestavam os valores tradicionais e se desvendavam as fronteiras para a introdução triunfante em outros horizontes culturais. (Birman, 1999, p.221).

A partir da ampliação do uso de substâncias químicas pela juventude, foi-se constituindo um mercado consumidor rapidamente dominado pelo narcotráfico. A criminalização das substâncias também contribuiu para modificar o sistema de regras e valores, inscrevendo-se num circuito de comércio e finanças internacionais à margem dos poderes instituídos. Houve, assim, tanto no campo da juventude como no do trabalho, um deslocamento do uso de substâncias químicas da

economia dos signos para a economia política e desta para a constituição de um mercado de produção e de consumo.

A acentuação da individualidade (normas individuais freqüentemente mais valorizadas que as sociais), a recusa ao sofrimento e a busca de prazer principalmente pela via do consumo são fenômenos atribuídos ao modo de viver contemporâneo, decorrente da atual configuração econômica, social e política. Segundo Bauman (2001) hoje vivemos o chamado capitalismo leve, que dá ênfase ao deslocamento em detrimento dos estados, impondo um constante fluir onde não há fronteiras de tempo e espaço. Os limites de velocidade podem ser a todos os momentos transgredidos. A velocidade do movimento e o acesso a meios mais rápidos de mobilidade são as principais ferramentas de poder e dominação. O poder é móvel, evasivo e fugitivo e tem como ferramentas o desengajamento e a arte da fuga. Quanto mais móvel, ágil e flexível se é, mais poder se tem. Ser moderno, segundo o autor, é fazer e desfazer, ser incapaz de parar e ainda menos de ficar parado; significa estar à frente de si mesmo. As substâncias químicas possibilitam isso, ao provocarem a sensação de fluidez, de desengajamento e de ausência de sentidos.

Diante dessa conjuntura, cotidianamente somos defrontados com contingências que levam ao sofrimento psíquico, diante das quais as substâncias químicas podem parecer um atenuante. Além das ilícitas, convivemos hoje com um consumo abusivo de substâncias provenientes da indústria farmacêutica. Contribuíram para essa transformação o saber científico e os modos de produção em massa. Aliada aos avanços da bioquímica e da psicofarmacologia, a produção dessas substâncias passou de artesanal para industrial. Tal conjuntura leva, por vezes, a um movimento paradoxal: usuários que abusam de substâncias ilícitas são

tratados com outras substâncias, agora lícitas, provenientes da indústria farmacêutica.

As novas fronteiras estabelecidas entre legalidade-ilegalidade, manifestações coletivas e necessidade individual contribuem para consolidar o uso abusivo como dependência, como doença mental. O uso abusivo deixou de ser tratado só como um desvio moral para ser tomado também como doença, mas não ultrapassando, ainda, uma das primeiras modalidades de controle social do excesso: considerar esse comportamento um pecado ou uma fraqueza de espírito.

Do caminho experimental para a busca de outros horizontes existenciais para as individualidades, as drogas passaram a ser os meios privilegiados para aqueles lidarem com o que há de insuportável em suas misérias psíquicas e com o mal-estar da contemporaneidade. Transformou-se, pois o seu valor de uso. [...] As drogas passaram a servir para mitigar as desesperanças das individualidades, para apaziguar as angústias e as tristezas daquelas no desamparo provocado pelo mal-estar da atualidade. (Birman, 1999, p.239).

Assim, nesse panorama social de uma sociedade do espetáculo, onde o ato de consumir é incentivado como ato de “sobrevivência”, surge, dentre outros tantos, um “novo” sujeito social, o dependente químico (o indisciplinado, um dos anormais descritos por Foucault), que se foi transformando, segundo os saberes sociais e psiquiátricos, em um doente, de modo que, atualmente, ele possui um diagnóstico próprio e, conseqüentemente, um (ou vários) tratamento.

Quando o uso de substâncias químicas passa a ser vivido e concebido como uma questão de mercado pautada em uma prática individual (e não mais de contestação social) de dependência, começa-se a pensá-lo como um adoecimento. Institui-se, então, um conjunto de enunciados, modos de operar¹⁰, instituições para

¹⁰ Antes mesmo do aparecimento de um diagnóstico médico, os grupos de mútua ajuda trabalhavam com a idéia de doença e de que a solução para os usuários com problemas de drogas era manter-se abstinência, pois não acreditavam na possibilidade de cura (doença crônica), mas, sim, em recuperação.

dar conta dessa nova doença. Uma das primeiras práticas é a sua distinção como doença, através de critérios diagnósticos.

2.1 Sobre o diagnóstico

A compreensão da loucura, das práticas e dos saberes por meio dos quais a nossa sociedade lida com certas formas de comportamento consideradas, desde Pinel, como doenças mentais remete, a partir do século XIX, à questão da anormalidade, momento em que os psiquiatras passaram a classificar os indivíduos irredutíveis à disciplina: “[...] classificam o que, no sistema disciplinar do século XIX era inclassificável.” (Portocarrero, 2002, p.39).

O conceito de anormalidade como uma forma de psicopatologia, segundo Portocarrero (2002), surge, então, como uma maneira de justificar, em termos médicos, as tentativas de submeter o indivíduo ao poder disciplinar, viabilizando a inserção da criminalidade e de tudo o que possa a ela estar ligado – suas causas, os meios de curá-la e de preveni-la – no domínio psiquiátrico. Todo indisciplinado, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença. A partir daqui, começa o grande afrouxamento¹¹ epistemológico da psiquiatria (isso começa com os manuais do tipo DSM). Dentro desse novo campo sintomatológico, encontramos o diagnóstico (CID 10: F10 A F19) de dependência de substâncias químicas, que, nas últimas décadas, sofreu alterações¹².

¹¹ Todo um conjunto de fenômenos pode ser classificado como doença em função da discrepância que essa conduta tem com relação às regras de ordem, de conformidade familiar, política e administrativa. Quanto maiores a discrepância e o automatismo, maior a doença. Desse modo, a psiquiatria põe em relação duas dimensões: a norma, entendida de forma geral como regra de conduta e a norma como contrário de patológico. (Foucault, 2002).

¹² Segundo a investigação de Jaber (2004), até 1952, alcoolismo e dependência de drogas apareciam no DSM I como subtítulos ou sintomas (conseqüências) do transtorno de personalidade sociopática, que incluía também o comportamento anti-social e os desvios sexuais. No DSM II, observa-se pouca mudança na classificação dessas categorias. Em 1964, a OMS e o CID, apresentam diagnóstico de

Hoje, o problema da dependência de substâncias químicas é um desafio da saúde pública, no País, que se reflete nos demais segmentos da sociedade por sua relação com agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade. Em função disso, o Ministério Público e o Ministério da Saúde têm efetuado a promoção de políticas, com o intuito de amenizar esses agravos e promover saúde.

O Ministério Público (juntamente com o Poder Judiciário) criou a Justiça Terapêutica, estabelecendo um vínculo entre justiça e saúde. Segundo Silva e Freitas¹³ (2008), usuários de substâncias químicas infratores passam a ser reconhecidos como pessoas portadoras de um transtorno mental¹⁴, com direito a tratamento, não se transformando unicamente em réus. Assim, o projeto visa oferecer atenção terapêutica aos infratores usuários e/ou infratores dependentes de substâncias acreditando que dará ao infrator/paciente, “[...] a possibilidade de modificar os comportamentos anteriores delituosos para comportamentos legais e socialmente adequados” (p.2). Essa possibilidade de modificação e correção do comportamento delinqüente se dá através de internação ou tratamento ambulatorial que vise à abstinência total.

dependência como uma categoria (doença, transtorno) específica. Até os anos 80, a classificação de utilização de substâncias psicoativas praticamente só levava em consideração as dimensões de quantidade e de frequência do uso e os respectivos cruzamentos entre as variações das mesmas. Mas, em 1980, o DSM III apresentou mudança nos conceitos de diagnóstico sobre a utilização de substâncias psicoativas, com a classificação abuso. Porém, até aqui, abuso aparece apenas como uma categoria residual da dependência. Somente em 1994, no DSM IV, abuso de substâncias é apresentado não mais como categoria residual da dependência, mas, sim, como um diagnóstico distinto, específico de uma série de comportamentos. Recentemente, com o DSM IV, de 1994, e o CID 10, de 1992, houve uma maior aproximação e compatibilidade entre as categorias abuso e dependência.

¹³ O principal objetivo, de acordo com os autores, é evitar que a prisão aconteça, pois a pessoa que apresenta um comportamento (uso de substâncias químicas) ou uma enfermidade (dependência química) que a levam a delinquir, segundo Silva e Freitas (2008), necessita de orientação, aconselhamento e tratamento.

¹⁴ Segundo o Código Internacional de Doenças, CID 10, e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM IV.

Esse tipo de intervenção do Ministério Público tem influenciado, e muito, o trabalho (prevenção e tratamento) dos profissionais da saúde, já que, muitas vezes, ele impõe medidas de contenção e tratamento divergentes das propostas pelos profissionais da saúde, de maneira que o maior prejudicado é o usuário do serviço.

O Ministério da Saúde além de usar os pressupostos da abstinência total também sugere o modelo de Redução de Danos em regime ambulatorial (já está em funcionamento, mas ainda em construção) e internação, quando a finalidade é a desintoxicação.

A assistência ao usuário de substâncias químicas, visando à abstinência total, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada por meio da rede psiquiátrica existente. As internações desses usuários são efetuadas com o intuito de desintoxicar¹⁵ pessoas “abusadoras e dependentes de substâncias”. Entretanto o que se tem observado é que a internação se tem estendido para além do processo de desintoxicação. Então, da mesma forma que os leprosos, os doentes venéreos, os miseráveis, os loucos e outros tantos que Foucault (1997) relata foram, em algum momento, considerados uma ameaça social e precisaram ser isolados, internados, os usuários de substâncias químicas são estigmatizados e reconhecidos atualmente como uma doença que representa uma “ameaça” à sociedade. Como medida de proteção social dessa chamada “epidemia” contemporânea, uma antiga fórmula ainda é prescrita: a reclusão, a internação.

Entretanto o Ministério da Saúde (2003) vem definindo, ao longo do tempo, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de

¹⁵ Para reverter esse quadro, o Ministério da Saúde, desde 1990, define como diretriz básica de suas ações a reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, na qual a atenção à dependência de substâncias está inserida. Nesse sentido, tem como foco a ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes.

substâncias químicas, com ênfase na reabilitação e na reinserção social dos mesmos. Assim, como forma de contrapor o modelo de reclusão e abstinência total há a implantação do modelo baseado na Redução de Danos nos Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad), que comentaremos mais adiante.

2.2 O “atual” indisciplinado

Apesar de se encontrar no rol das doenças mentais, o abuso e a dependência de substâncias químicas aparecem no discurso e nas práticas de cuidado com especificidades próprias. Devido a essas características diagnósticas, têm-se estruturado nos hospitais psiquiátricos uma ala somente para esses usuários e criado instituições específicas para tratar desse diagnóstico. Acredita-se que a semelhança com um quadro de loucura se dá durante a intoxicação, mas na ausência de substâncias químicas (desintoxicado), esse sujeito não deve apresentar sintomas da mesma; se os tiver após a desintoxicação é porque, então, já desenvolveu outras co-morbididades.

A reclusão é feita com o intuito de tirar o que de loucura existe nesses usuários: a intoxicação por substâncias que modificam seus comportamentos. Tira-se o caráter de loucura e reforça-se o caráter de doença que precisa ser tratada. Assim, a fase de intoxicação caracteriza-se como uma doença que, quando manifesta seus sintomas¹⁶ se confunde com a loucura. O pressuposto de “cura” através da ausência do uso elimina o quadro de loucura, mas não a doença.

Talvez possamos pensar que o que aqui está colocado é uma questão de

¹⁶ Os sintomas diferem de uma substância química para outra sendo o crack, hoje, o grande vilão dentre elas. Os sintomas do crack são socialmente assustadores e muito próximos dos da loucura, o que leva a gente a pensarmos que isso tem produzido um aumento considerável de internações em instituições psiquiátricas e fazendas terapêuticas.

presença ou de ausência da razão¹⁷. Quando intoxicado pelas substâncias químicas perde a razão, ele comete atos impensados (assalto, roubo...), torna-se louco (inconseqüente). Quando desintoxicado, volta ao seu estado de razão.

Observamos, então, que o processo de desintoxicação não necessita ser no hospital psiquiátrico (pode ser em hospital geral), mas, se assim for (muitas vezes por ausência e despreparo da rede de saúde), não há motivo para manter esses sujeitos reclusos em instituições psiquiátricas após a desintoxicação¹⁸. No entanto, o que temos visto é que, além da desintoxicação, tem sido proposto um período maior de reclusão, devido à dificuldade de esses sujeitos ficarem em abstinência e, com isso, viverem na recorrência de internações. Pressupõe-se que as recorrências ocorrem em função da falta de “preparação” (capacidade para ficar sem usar substâncias químicas pressuposto da abstinência total) dos dependentes químicos para encararem a realidade, a vida em liberdade institucional, a vida em sociedade.

Surge, assim, um paradoxo: para enfrentar os desafios que a vida em sociedade coloca a esses dependentes químicos, propõe-se um período maior de abstinência através da reclusão institucional. Dentro dessa lógica, criam-se cada vez mais, instituições (comunidades, clínicas, fazendas) para os usuários de substâncias químicas. Reforça-se o foco individual da intervenção, preparando-se os sujeitos para viverem na sociedade. Aqui reside um fundo moralista que os acusa de não

¹⁷ Segundo Foucault (2002), esse tipo de caso é o que constitui a psiquiatria criminal provocando uma disputa entre o direito penal (há razão no crime) e a psiquiatria criminal (não há razão). Não se trata de punir para expiar o crime, mas de anular o mecanismo de interesse do criminoso em repetir essa ação. Portanto, deve haver uma racionalidade no crime que permita entendê-lo. O crime sem razão para a Justiça é a chave de legitimação da psiquiatria, pois permite à ciência transformar cientificamente a ausência de razão num mecanismo patológico positivo. No ato do crime, a justificativa é o uso de substâncias, a irracionalidade.

¹⁸ O período de desintoxicação vem sendo questionado em função do “estrago” (debilidade) que o crack causa no organismo, o que tem implicado o aumento de dias para a desintoxicação e a reabilitação. Se o objetivo de manter o paciente mais tempo internado é devido a essas condições, é possível pensar que um hospital geral também pode dar conta disso.

terem sabido se adequar a sociedade. Não há questionamento sobre modos coletivos de produção de dependências.

2.3 As instituições para os “atuais” indisciplinados

As instituições de tratamento com regime de reclusão e de internação não são uma novidade. Desde que surgiram, passaram por diferentes momentos e tiveram como foco uma diversidade de doenças com diferentes propósitos de intervenção.

Desde as manifestações da lepra na Idade Média, das doenças venéreas no final do século XV e da loucura na metade do século XVII, a prática de isolamento faz-se presente. Mas, diferentemente da lepra, a doença venérea e a loucura, além de isoladas, também foram dominadas num contexto médico. Apesar do inapto conhecimento médico para distinguir e diagnosticar a loucura e suas formas, visto que, durante séculos, ela estava limitada a esse conhecimento, em um dado momento, ela passou a ser justificada e delimitada como doença mental (sendo o internamento uma prova disso). Assim, através do aperfeiçoamento da consciência médica, a doença tornou-se um mal estar da sociedade (houve uma passagem da experiência social para o conhecimento científico) (Foucault, 1997).

Uma das práticas da intervenção para conter o “atual” indisciplinado (dependente químico) também é a internação, que pode ocorrer em instituições chamadas de comunidade, centro ou fazendas terapêuticas, em hospitais psiquiátricos e em hospitais gerais. Diferentemente do hospital geral, onde ocorre apenas um processo de desintoxicação com acompanhamento médico, as demais modalidades, além da desintoxicação, incluem um período maior de internação, considerado como tratamento de recuperação. Quanto aos hospitais psiquiátricos,

estes têm procurado reservar uma ala para esse tipo de população acolhendo-a também em regime de internação. As intervenções aqui utilizadas são baseadas no saber médico, mas alguns também usam limites morais como forma de contenção.

Segundo Queiroz (2001), a prática de internação em comunidades terapêuticas isola o sujeito da realidade social, de tal forma que

[...] seu reingresso no "mundo real" continua "perturbador", já que não encontram na vida em sociedade as mesmas condições ideais às quais estavam submetidos nas comunidades terapêuticas (p.5).

Quanto às comunidades¹⁹ terapêuticas e a terapia comunitária utilizadas nessas instituições, Schittar (2001) comenta que elas tendem a ser apontadas como a solução do problema das instituições psiquiátricas, mas também podem ser vistas “sob a aparência de um novo instrumento ‘científico’ de controle à infração” (p.135).

A comunidade terapêutica parece ser, hoje, “o último grito” da psiquiatria, a estrutura em cujo seio deveriam ser encontradas as soluções para as contradições contra as quais se debate a psiquiatria institucional, continuamente incerta quanto à própria vocação terapêutica e à pretensa necessidade social de excluir e controlar os indivíduos que apresentam um comportamento patológico. (Schittar, 2001, p. 135).

Segundo o Ministério da Saúde²⁰, essas comunidades terapêuticas são instituições filantrópicas, em geral religiosas, que atendem em regime de internação. Elas têm um papel importante como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS. O Ministério da Saúde reconhece sua importância, especialmente porque não era tradição da saúde pública brasileira atender a problemas relativos ao uso de substâncias químicas, e as organizações religiosas e/ou filantrópicas vieram suprir uma lacuna importante da política pública.

Entretanto, com o movimento da reforma psiquiátrica²¹, pretende-se que a

¹⁹ Originaram-se daqui as fazendas (sobre o tripé disciplina, espiritualidade, trabalho) terapêuticas para dependentes químicos.

²⁰ Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25233&janela=2]

²¹ Também conhecido como Luta Antimanicomial, referindo-se a um processo de transformação dos serviços psiquiátricos que transfere o foco do tratamento, que se concentrava na instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários

internação deixe de ser a via privilegiada de tratamento para os portadores de sofrimento psíquico (devido ao uso de substâncias químicas) - apesar de, atualmente, ainda ser uma via muito procurada - dando origem e visibilidade a outros serviços, como os grupos de mútua ajuda Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos, (NA) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS²² são inspirados em um modelo proposto na Itália, em Trieste, em construção e adaptação no Brasil desde 1986. São instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de usuários de serviços de saúde mental. Essa proposta substitutiva está amplamente relacionada à reforma psiquiátrica.

Os centros que oferecem cuidados a usuários que sofrem de transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias químicas são chamados de CAPS Álcool e Droga (ad)²³. Eles devem oferecer atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da proposta sugerida pelo Ministério da Saúde que é de Redução de Danos, atuando de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital geral, hospitais-dias) e da rede básica de saúde (Ministério da Saúde, 2003). É importante salientar que, a sugestão proposta pelo Ministério da Saúde não exclui do repertório de intervenções, outras possibilidades de tratamento que visem o bem estar social e da saúde do usuário,

e aberta. Na sua origem, esse movimento está ligado à Reforma Sanitária Brasileira, da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde. Como processo decorrente desse movimento, temos a reforma psiquiátrica, definida pela Lei 10.216, de 2001 (Lei Paulo Delgado), como diretriz de reformulação do modelo de atenção à saúde mental.

²² Foram instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SNAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992. São unidades de saúde locais/regionais que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>).

²³ Proporcionam atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de substâncias químicas recebam atenção e acolhimento. Além disso, devem oferecer condições de repouso e desintoxicação ambulatorial para aqueles que necessitam de tais cuidados, e que não demandem atenção clínica hospitalar.

de modo que, entre a proposta de abstinência total e de Redução de Danos existem outras²⁴ práticas de intervenção.

A proposta de Redução de Danos tem origem na Europa, e é conhecida por ser uma abordagem humanitária que toma como foco a saúde e a responsabilidade pessoal mais do que a punição de comportamentos. É uma alternativa de saúde pública de “baixa exigência” em comparação aos modelos moral, criminal e de doença. Adota políticas sociais que reconhecem a legitimidade da pluralidade de modos de vida e que atuam a partir da aceitação dessa realidade. Os indivíduos afetados são aceitos como parceiros capazes de assumir responsabilidades pela realização de mudanças pessoais em seus comportamentos e de ajudar outros a fazerem o mesmo. Essencialmente, é, sobretudo, um movimento que visa capacitar o poder de decisão e o exercício da autonomia do usuário (Marlatt, 1999).

Dessa forma, segundo Queiroz (2001), as ações de Redução de Danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de substâncias químicas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem, ou não querem deixar de usar substâncias químicas, mas mesmo esses, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados. O objetivo maior dessas ações é a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de substâncias químicas.

Quanto aos grupos de mútua ajuda AA²⁵ e NA²⁶, eles são considerados uma irmandade que se interessa unicamente pela recuperação individual e pela

²⁴ Fundamentadas no exercício de cada profissional da saúde, mas que para a finalidade deste trabalho não serão discutidas.

²⁵ Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>>.

²⁶ Disponível em: <<http://www.na.org.br/portal/>>.

manutenção da sobriedade (abstinência) dos usuários que procuram ajuda. Seu tratamento é baseado em 12 tradições e 12 passos a serem seguidos. Esses grupos não fazem parte das políticas públicas de saúde vinculadas ao Ministério da Saúde²⁷, mas este salienta que exercem um importante papel de acolhimento aos pacientes usuários de substâncias químicas e aos seus familiares, devendo ser apoiados e estimulados, de forma que todos os serviços da rede de saúde (CAPS, ambulatórios, hospitais) devem buscar ter uma boa articulação com esses grupos de mútua ajuda. Entretanto as propostas de intervenção desses dois serviços são diferentes.

A diferença entre eles está no modo de tratamento e no objetivo a ser alcançado. Enquanto, nos grupos de mútua ajuda, a única finalidade é a sobriedade e total abstinência, nos CAPSad, o objetivo maior não é a abstinência, apesar de poder ser um deles, mas sim, a Redução de Danos sociais e à saúde.

Quanto à proposta de abstinência, ela existe numa variedade de métodos²⁸ de tratamentos: 12 passos do NA, AA, Minessota, Synanon, etc. Esses métodos costumam estar atrelados uns aos outros nos tratamentos, intensificando as forças para “salvar” o sujeito dependente químico e lutando contra a “guerra das drogas”. Além dessa união de métodos, agrega-se a eles a união de saberes ditos científicos: psiquiatria, psicologia, direito, etc. Na instituição na qual esta pesquisa foi realizada, todos esses métodos são utilizados visando à abstinência.

A proposta de abstinência é originária dos Estados Unidos, onde (o modelo moral) o uso e a distribuição de certas substâncias é crime e merece punição e a idéia de dependência como uma doença (biológica/genética) requer tratamento e

²⁷ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25233&janela=2>.

²⁸ Práticas religiosas, trabalho (laborterapia) e os considerados saberes científicos: psiquiatria e psicologia. As práticas terapêuticas advindas desses modelos revelam uma ênfase individual, sendo baseadas na doença, na espiritualidade, no trabalho, na moral e na tomada de consciência cognitiva da cronicidade da doença e de seus efeitos na vida dos usuários.

reabilitação. A ênfase está nos programas de prevenção, que procuram remediar o desejo ou a demanda por substâncias químicas (“redução de demanda”), e na proposta de “guerra às drogas”²⁹, que visa a uma sociedade livre delas (“redução da oferta”). Tanto a “redução de demanda” quanto a “redução de oferta” tem como foco diminuir e finalmente eliminar a prevalência do uso de substâncias químicas na sociedade, concentrando-se principalmente no usuário.

A meta única e aceitável é a abstinência total (tolerância zero), conhecida como abordagem de “alta exigência” (Marlatt, 1999) baseada em

[...] uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto de tratamento) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (Ministério da Saúde, 2003, p.9).

O percurso realizado neste capítulo evidencia a complexidade ao se abordar o tema relativo aos sujeitos dependentes de substâncias químicas e as práticas de intervenção propostas para seu cuidado. Estamos falando de um sujeito que aparece como doente, quando seus sintomas brotam socialmente. Muitas pessoas usam compulsivamente substâncias químicas e não são enquadradas como doentes, por não se transformarem em uma questão ou em um problema social. A doença aparece quando o corpo fica débil e a indisciplina social prevalece, quando o comportamento se torna inadequado diante da sociedade.

Aquele que mantém financeiramente seu uso sem prejudicar o outro não é considerado uma ameaça social, pois ele não aparece como sujeito perturbador da cena social. Devido a essa aparente adaptabilidade social, muitos usuários morrem por debilidade física. Mas aquele que rouba para usar, que faz aparecer seu uso pelo delito ou pela debilidade física, ou mesmo por viver diferentemente das normais

²⁹ Essa proposta norte-americana de eliminação é relativa às substâncias ilícitas.

sociais rapidamente é considerado doente, indisciplinado. E este tem sido contido.

Assim definidos, utilizamos com muita freqüência, na rede pública, a instituição psiquiátrica como um espaço para esse dependente químico. Esse fato é agravado também pela ausência na rede de outra instituição que acolha esse sujeito do que pelo fato de ele ser um louco (apesar de estar enquadrado nos manuais diagnósticos nas categorias de doenças mentais). Estamos reforçando seu caráter de louco, ao colocá-lo nesse tipo de instituição. Como expressa a lei, os hospitais gerais deveriam ter um número determinado de leitos para a desintoxicação, mas o que se está criando em torno dessa doença é um discurso de que o dependente químico esse indisciplinado intoxicado deve ter além da desintoxicação, outro processo de tratamento: o disciplinamento via internação.

Infelizmente, como forma de lidarmos com o despreparo da rede de saúde (a qual ainda está atrelada aos poderes institucionalizados da psiquiatria) para cuidar desses sujeitos usuário de substâncias químicas, agarramo-nos a um discurso de gravidade da doença que os aprisiona cada vez mais.

Instalou-se, assim, em torno do usuário de substâncias químicas, um discurso de doença e de delinqüência. Com a criação da justiça terapêutica e sua prática, instituiu-se aquilo que socialmente já estava inscrito para o sujeito dependente de substâncias químicas: a violência, ou qualquer ato infracional, cometida por ele, deve-se a uma doença que necessita ser tratada. Não sabendo como lidar com eles, os “aprimosamos” (internamos), não mais no sistema penitenciário, mas nas instituições psiquiátricas ou nas comunidades terapêuticas.

Diante desse panorama geral sobre as instituições e as intervenções com dependentes químicos, aprofundaremos no próximo capítulo, uma discussão sobre os modos de subjetivação e a política de cognição presente na instituição (cuja

proposta de tratamento visa à abstinência) em que foi realizada a pesquisa-intervenção.

3 CENTRO REGIONAL DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DO ALCOOLISMO

O Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo foi criado na Cidade de Lajeado, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), no dia 10 de maio de 1986, através do esforço da comunidade e de colaboradores.

A idéia surgiu a partir do tratamento do Sr. Roque, um alcoolista da cidade. Após uma internação na Clínica Pinel (Associação Encarnación Blaya) em Porto Alegre (RS), retornou para a sua cidade de origem e começou a ajudar seus “companheiros de bar”, amigos e conhecidos que também tinham problemas relacionados ao álcool, levando-os a Porto Alegre, para a mesma clínica em que fora internado. Cerca de 300 pessoas foram encaminhadas por ele, dentre elas seus grandes amigos, no período compreendido entre julho de 1981 e julho de 1986.

Desses amigos, a maioria permaneceu em abstinência, seguindo as instruções dadas no tratamento: frequência em grupos dos Alcoólicos Anônimos, a prática dos 12 passos, e, se necessário, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Passados dois anos de abstinência, esse mesmo homem, juntamente com seus amigos³⁰ em recuperação, também em abstinência, dispôs-se a construir um centro de recuperação para o alcoolismo na Cidade.

Os esforços e a idéia dessa construção espalharam-se na sociedade lajeadense, que se propôs a colaborar. Foram criados carnês de contribuição, que eram adquiridos por quem tivesse interesse em doar alguma coisa. Empresas

³⁰ Esse grupo (conselheiros administrativos), juntamente com o presidente (Sr. Roque) da instituição mantém suas respectivas profissões e através do voluntariado dedicam-se a instituição.

doaram material de construção, houve participação em gincanas onde o prêmio era dinheiro, ajuda de instituições como LIONS e ROTARY, enfim, com a colaboração de todos, foi possível construir o Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo³¹, o qual foi fundado em julho de 1983.

Inicialmente, o tratamento era destinado à dependentes de álcool (alcoolistas) do sexo masculino e à seus respectivos familiares. Atualmente, também acolhe e trata dependentes de outras substâncias, de ambos os sexos.

A instituição tem como foco de tratamento a recuperação de dependentes de substâncias químicas, incluindo ainda as pessoas que, de algum modo, sofrem com essa condição dos pacientes. Dessa forma, não só os dependentes de substâncias químicas são acolhidos e tratados, como também os familiares destes, através de um espaço de acolhimento, troca e informação. Além disso, o Central colabora com a comunidade em atividades de conscientização e divulgação do trabalho realizado, bem como alertando sobre as conseqüências que o uso abusivo pode trazer aos envolvidos em tal situação.

Tem como método de tratamento o modelo Minessota (no entanto ainda utiliza a técnica de confrontação do modelo Synanon³²). Segundo Buchi, Vosgerau e Bortolozzi (2005), esse modelo consiste em um programa de internamento de quatro a seis semanas e em um longo período de acompanhamento através de grupos de AA e NA. Tem como objetivo único a abstinência total do consumo de substâncias químicas. Pretende-se, com esse modelo, ensinar o dependente e sua família a modificarem as suas atitudes e comportamentos através de um programa didático

³¹ Possui uma área construída de 1.500 m² e contabiliza aproximadamente 15.000 internamentos (desde 1986), com uma média de 70 internações por mês.

³² De acordo com Araújo (2003), o aconselhamento confrontativo, um dos pilares do modelo Synanon, ficou conhecido como terapia do ataque. Acreditava-se que o ataque verbal era a melhor forma para “demolir as muralhas erguidas” pelo dependente ao longo de sua vida, as quais o impediam de qualquer contato real e positivo com o seu meio ambiente.

onde são propostos: terapia de grupo, aconselhamento individual, instruções didáticas e leituras dirigidas sobre a filosofia do grupo de AA, a natureza da dependência química e o processo de recuperação, um programa de suporte e orientação familiar e introdução e reintrodução de ambos familiares e usuários em seus respectivos grupos de mútua ajuda. De acordo com Johnson (1992), através dessas técnicas, o indivíduo adquire consciência, até então inexistente, das implicações da sua doença e, conseqüentemente, uma maior responsabilidade pela sua recuperação

A utilização desse método toma a cognição a partir de um modelo representacional³³, no qual a recuperação é possível pela tomada de consciência advinda dos ensinamentos prestados por profissionais da instituição sobre o que é a doença dependência química e como lidar com ela. Segue a lógica de que, quanto mais o sujeito souber sobre sua doença, mais ele terá condições de lidar com ela.

Com o intuito de melhor compreendermos como se dá o tratamento no Central, a seguir, analisaremos as políticas cognitivas da cognição e os modos de subjetivação que se fazem presentes nesta instituição.

3.1 Modos de subjetivação e políticas cognitivas no tratamento do Central

As instituições para dependentes de substâncias químicas como o Central prescrevem um período de internação que, além da desintoxicação, prevê técnicas disciplinares e de controle. Se a doença é, sobretudo, uma desordem do

³³ O mundo é prestabelecido e elaborado por uma mente predefinida, que manipula símbolos. Segundo Varela, Thomson e Rosch (2003), o modo como cognocemos esse mundo pré-estabelecido é representando as suas características e, depois, atuando com base nessas representações.

comportamento, “[...] a cura só pode ser obtida pela imposição de certas normas transmitidas por um processo de reeducação do alienado, de um tratamento moral” (Portocarrero, 2002, p.43). Então, falar dessa condição de sujeição implica discutir a formação dos saberes que se referem a ela, os sistemas de poder que regulam sua prática e as formas nas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos (Foucault, 2004), aqui como sujeitos doentes.

A partir do que foi dito no capítulo 2 sobre as instituições e os modelos de tratamento para usuários de substâncias químicas e, mais especificamente, a partir do modelo de tratamento e de instituição na qual a pesquisadora trabalha, vamos apresentar algumas técnicas e discuti-las, com o auxílio de Michel Foucault, para falar dos modos de subjetivação e de Virgínia Kastrup para falar de políticas cognitivas. O foco da dissertação são os modos³⁴ de cognição que embasam as práticas terapêuticas; mas, como pensamos a cognição também como um processo³⁵ de subjetivação, iniciaremos uma discussão sobre os modos de subjetivação, para, após, relacioná-los com as políticas cognitivas da cognição.

Tomamos como base de discussão o domínio foucaultiano (Veiga-Neto, 2007) do “ser-consigo”, que é a ação de cada um consigo próprio, a fim de pensarmos a questão de como nos tornamos o que somos, sujeitos constituídos pela moral, em outras palavras, abordaremos a ética (reflexão a partir ou sobre o código moral) como a relação de si para consigo. Sabemos que os outros domínios do “ser-saber” e do “ser-poder” estão operando simultaneamente. Mas é no domínio do ser-consigo

³⁴ Modos pelos quais os seres humanos se tornam sujeitos (Foucault, 1995). Aqui, no caso, os modos como os humanos aprendem a se reconhecer como sujeitos doentes: dependentes. Os modos de subjetivação estão associados aos regimes de verdades e às normas as quais o sujeito é exposto conforme a época (Nardi, 2006).

³⁵ Refere-se à maneira singular como cada indivíduo se apropria dos regimes de verdade, dos discursos e de como faz a experiência de si (Nardi, 2006).

que o autor mostra como esses modos de subjetivação “criam” o sujeito³⁶ moderno. Trata-se de um conjunto de técnicas, das quais as técnicas de si norteiam essa discussão. Segundo Ferreira (2007), Foucault estudou estas últimas procurando compreender como os indivíduos estabeleciam relações de trato e cuidado consigo.

As técnicas de si são um conjunto de práticas e técnicas, saberes e discursos que se inserem em uma rede (Albano, 2005), onde os indivíduos estabelecem relações de trato e cuidado consigo. O modo de subjetivação através das técnicas de si

[...] permitem que os indivíduos efetuem, por conta própria, ou com ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo, assim, uma transformação de si mesmos, com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade. (Foucault, p.2, 1994).

Entre as técnicas de si, estão a confissão³⁷, o autoconhecimento através da introspecção e o auto-exame de consciência, pelas quais o sujeito pode alcançar a normalidade e a saúde mental.

Quanto ao poder que se exerce no processo de confissão, segundo Foucault (2004), é um poder de ordem religiosa, que pretende conduzir e dirigir os homens, ao longo da vida, impondo-lhes certa maneira de se comportar, com a finalidade de garantir a salvação. A salvação proposta nesses tratamentos não é relativa a um paraíso extraterreno, mas refere-se à salvação, aqui na terra, de permanecer sem o uso de substâncias químicas, ligada a um discurso que deve “[...] articular-se não

³⁶ No pensamento ocidental, o espírito e o sujeito são as sedes da verdade, sendo predominantemente voltado para o tema do conhecimento: “[...] para saber da verdade dos objetos conhecidos, passa ser necessário saber, antes, da verdade do sujeito” (Ferreira, 2007, p.20). Esse conhecimento de si se dá através da hermenêutica do sujeito, na pura afirmação de si, que, segundo Foucault (1985), se constituiu em uma prática social.

³⁷ “A própria evolução da palavra ‘confissão’ e da função jurídica que designou já é característica: da ‘confissão’, garantia de *status*, de identidade e de valor atribuído a alguém por outrem, passou-se à ‘confissão’ como reconhecimento, por alguém, de suas próprias ações ou pensamentos” (Foucault, 1988, p.67).

mais àquele que fala do pecado e da salvação, da morte e da eternidade, mas ao que fala do corpo e da vida – o discurso da ciência” (Foucault, 1988, p.73).

Segundo Foucault (1995), esse tipo de poder e função pastoral se ampliou e se multiplicou fora da instituição eclesial. Nesse modo de tratamento e de instituição para usuários de substâncias químicas, o poder pastoral e o Estado moderno uniram forças para combater o “mal” que subverte a sociedade. Uniram-se numa “[...] tática individualizante que caracterizava uma série de poderes: da família, da medicina, da psiquiatria, da educação e dos empregadores” (p.238), operando sobre cada um em particular e obrigando-os a agir de uma determinada maneira.

As técnicas da pastoral cristã relativas a direção da consciência vão do exame à confissão passando pelo reconhecimento, essa relação de si para consigo em termos de verdade e de discurso obrigatório. (Foucault, 2004, p.52).

As verdades e os relatos obrigatórios presentes no tratamento do Central emergem das atividades impostas aos internos. O tratamento diário consiste em atividades obrigatórias, como grupo de sentimentos, confronto, avaliação, grupos de AA (três vezes por semana), seminários, leitura e estudo sobre a doença e os 12 passos do AA e do NA além de atendimento psiquiátrico e psicológico. Todas essas atividades implicam a confissão do que a doença levou o sujeito a fazer no passado, o que pensa, sente e faz no presente e o que não fará de errado no futuro.

No grupo de sentimentos, que ocorre pela manhã, cada um tem direito/obrigação de falar em poucos minutos o que está sentindo, como passou a noite anterior, como foi a visita dos familiares, enfim, dizer de modo conciso como se sente naquele dia. Caso o sujeito esteja bem³⁸ segue suas atividades diárias

³⁸ O que é não se sentir bem? Se for mal-estar (fisiológico) relativo ao corpo o paciente é encaminhado para a equipe de enfermagem e ao psiquiatra. Se o sofrimento for relativo a problemas psicológicos e emocionais, é encaminhado para a psicóloga fora do horário já marcado. E se o sofrimento é relacionado à falta de substâncias químicas, (fissura e desejo), o grupo e o consultor tentam, através da conversa, diminuir a ansiedade e dar sugestões do que fazer (ler, rezar,

normalmente. Entretanto, não se sentindo bem, o grupo e se necessário a equipe intervêm. Além disso, nessa atividade, são averiguados o cumprimento das tarefas de cada um, as mudanças de tarefas, a designação de atividades de leitura e as devidas providências a serem tomadas, caso alguém tenha descumprido alguma norma. Se alguém deixar de falar algo de conhecimento dos outros e estes acharem importante dizer ao consultor, o grupo expõe o que sabe.

O poder do pastor nas instituições de tratamento pulverizou-se de tal maneira que cada um do grupo o exerce oscilando entre os papéis de confessor e confessando, mas sempre sob o olhar dos grandes pastores: consultor, psiquiatra e psicóloga.

Cada um deve verificar quem ele é, o que se passa em seu próprio interior, as faltas cometidas, as tentações as quais ele se expôs. E, além disso, cada um deve dizer essas coisas aos outros, testemunhando assim contra ele próprio. (Foucault, 2004, p.96).

Essa atividade, chamada de grupo de sentimentos, na realidade, é uma prestação de contas de como esses corpos doentes ali presentes estão comportando-se desde o dia anterior. Esse controle é feito por todos do grupo. O descumprimento de uma norma, tarefa ou combinação é rapidamente relacionado à falta de vontade de se tratar e de se recuperar.

Outra atividade feita no grupo é o confronto, o qual exige o desenvolvimento de uma autobiografia (do sujeito doente) e uma entrevista familiar realizada pela assistente social. Quanto à autobiografia, o sujeito deve relatar, de forma minuciosa, os itens presentes no roteiro estabelecido. Segundo a fala dos pacientes e, muitas vezes, da equipe, quanto maior e mais detalhada for a descrição, maior é a vontade

conversar, cabeceira de mesa no AA) para isso passar. Caso a fissura não passe ou haja risco de fuga devido a esse desejo, ou por outro motivo qualquer, ele será medicado e, em último caso, voltará para a unidade de desintoxicação até que a equipe e a família decidam o que fazer.

de se recuperar e de querer se ajudar, conseqüentemente, menos sofrimento sentirá na confrontação.

A escrita da autobiografia e sua leitura são modos de confissão que exigem do confessando um momento de introspecção sobre a sua vida, onde ele fará um exame de consciência dos seus atos. Ele deve escrever de forma minuciosa tudo o que praticou durante o uso de substâncias químicas, pois se pressupõe que esconder algo pode levar à recaída.

Quanto ao escrever, Foucault (2004) diz que é um “[...] ato de ‘se mostrar’, se expor, fazer aparecer seu próprio rosto perto do outro” (p.156), que permite o olhar, e o exame do outro “[...] trata-se de fazer coincidir o olhar do outro e aquele que se lança sobre si mesmo ao comparar suas ações cotidianas com as regras de uma técnica de vida” (p.162). No entanto, o autor ressalta que não importa se o texto é escrito ou oral, o problema é se o relato em questão dá, ou não, acesso à verdade.

E se o objetivo é finalmente expulsar tudo o que é impuro ou indutor de impureza, ele só pode ser atingido por uma vigilância que jamais se desarma, uma desconfiança que se deve ter em todo lugar e a cada instante contra si mesmo. É preciso que a questão seja sempre colocada de modo a desalojar tudo o que pode se ocultar de “fornicação” secreta nas dobras mais profundas da alma. (Foucault, 2004, p.117).

Em relação à entrevista familiar, ela também deve ser respondida de forma meticulosa, pois, com esses dados familiares, a autobiografia será analisada. Entretanto essa entrevista adquire um peso maior de verdade, já que os familiares, em princípio, não estão doentes³⁹. Assim, essa atividade de confronto confirma que a palavra do sujeito (ele não existe) não tem validade, pois, por ser considerado doente (mesmo que desintoxicado) em função das substâncias químicas, tem a tendência a deturpar a realidade, sofrer de apagões, mentir. Tudo o que não for dito

³⁹ Porém, nas teorias sistêmicas, é estudado o quanto a família do dependente químico também pode estar doente.

é considerado como mecanismo de negação e minimização, mostrando, assim, que o doente não está interessado em ficar bem (sobriedade através da recuperação). É preciso “[...] alardear o sofrimento, manifestar a vergonha, dar a conhecer a humildade e exibir a modéstia, esses são os principais traços da punição” (Foucault, p.16, 1994), de modo que a penitência “[...] é o destino da mudança, da ruptura consigo mesmo, com seu passado e com o mundo” (p.16).

O foco de confrontação são os erros, as perdas e os prejuízos. Não há espaço para falar dos prazeres do uso ou dos acertos feitos durante a vida. A relação de prazer e desejo com a substância química não aparece, uma vez que esse enunciado não é da ordem da doença, mas da relação do sujeito com as substâncias químicas. Desse modo, não é “[...] somente confessar os atos contrários à lei, mas procurar fazer desse desejo, de todo o seu desejo, um discurso” (Foucault, 1988, p.27).

Não é o não falar que é repressivo, mas sim, o como fazer e o quê falar sobre o seu uso de substâncias químicas. Dessa forma, nem todos os itens do roteiro da autobiografia são levados em conta na hora do confronto. Os itens trabalhados são relativos ao desenvolvimento da doença, às suas conseqüências e ao que é deixado de ser dito. Aqui, o grupo e o coordenador têm a função de avaliar e julgar a confissão, que, segundo Foucault (1988), é o reconhecimento, por alguém, de suas próprias ações ou pensamentos, de modo que o indivíduo passa a ser autenticado por um relato, com valor de verdade, que é capaz de (ou obrigado a) fazer sobre si mesmo.

Espera-se do paciente que ele aceite o que está sendo dito, pois qualquer tentativa de discordância ou explicação é atribuída aos mecanismos de defesa como negação e minimização dos prejuízos.

[...] como se a obediência a eles assegurasse o domínio do mundo. A política que aí impera é uma política de reconhecimento e ela se faz pela conversão, numa espécie de lei transcendente, do hábito que foi constituído como regra imanente e que, por sua natureza transitória, seria passível de ser abandonado. Política despótica e opressiva, que configura uma relação servil com a técnica, que perde seu poder de pôr problemas e de virtualizar a ação. (Kastrup, 1999, p.193).

A forma de mostrar arrependimento de tudo que fez é não questionar, chorar, aceitar passivamente o que lhe é dito, ser obediente. Segundo Foucault (1994), a obediência, “[...] longe de ser um estado autônomo final, implica no controle integral da conduta pelo mestre. É um sacrifício de si, um sacrifício da vontade do sujeito. É a nova técnica de si” (p.17).

Uma semana após o confronto, existe a atividade de avaliação, que também é realizada em grupo. O paciente preenche a ficha de avaliação pessoal e lê para o grupo o que assinalou; após, cada membro do grupo, faz a avaliação dele, comentando sobre o seu comprometimento no tratamento e o que deve ainda mudar. Aqui, a falta de humildade (idéia cristã) e o excesso de orgulho são pontuados como defeitos de caráter que devem ser revistos.

Concomitantemente a essa atividade de confronto e avaliação, o sujeito continua a praticar suas confissões, diariamente, no seu grupo de tratamento e nas reuniões de Alcoólicos Anônimos, onde, diante de várias pessoas não fala de si, mas da doença em si, fala do “eu sou fulano, um adicto em recuperação”. Ao se subjetivar como um adicto em recuperação insere-se dentro do enunciado da doença sem cura, do enunciado de eterno doente, que, como tal, vai necessitar de constante tratamento. Para isso, segue alguns manuais de sobrevivência da recuperação: os 12 passos do AA e/ou do NA. Aqui se presentifica a natureza espiritual do tratamento. Sem falar especificamente de religião, mas de espiritualidade, os 12 passos fazem referência ao poder superior: Deus. No praticar os 12 passos, o sujeito responsável por seus atos existe diante da relação com a

doença e com Deus (pois entrega a vida e a vontade ao poder de Deus), que é quem devolve a sanidade, remove os defeitos de caráter, livra de imperfeições. Ele existe enquanto doente e, ao falhar, precisa redimir-se diante de Deus e das pessoas com quem convive.

As atividades de seminário e palestras ocorrem durante a manhã e à tarde. O conteúdo dos seminários é concernente à doença dependência química. Para Johnson (1992), o objetivo dessas palestras é levar o dependente a um entendimento intelectual da natureza primária da dependência química, que teve como resultado o comportamento de autodestruição ou outros comportamentos destrutivos. Os temas são sobre o que é essa doença, como se manter em recuperação, como lidar com a família co-dependente, prevenção à recaída, como conviver/suportar a fissura e o que fazer nesses momentos, como praticar os 12 passos do AA, o que é co-dependência, os prejuízos físicos e psicológicos que o abuso pode causar, e o que fazer fora da instituição para permanecer em recuperação. Todos os seminários fazem referência ao lado negativo da doença e a como lidar com ela. É ensinado como trabalhar com a doença para que ela não domine a vida de quem a tem.

Esse reconhecimento do sujeito enquanto doente e a busca de solução via aprendizagem da doença encontram-se dentro do que Kastrup (2005) chama de uma política cognitiva da reconhecimento em que os processos cognitivos se limitam à solução de problemas, sem espaço para a invenção de problemas. As informações chegam de um mundo preexistente, e o sistema cognitivo opera com regras e representações, chegando a resultados previsíveis, sem possibilidade para a invenção e a problematização.

Eis um tratamento baseado na confissão tanto verbal quanto escrita. O paciente confessa o prejuízo, o lado ruim da doença, os erros, afirmando o quanto é doente e o quanto a doença o fez praticar determinados atos. Confessa seus sofrimentos psíquicos e emocionais à psicóloga, confessa ao médico seus padecimentos fisiológicos e mentais, de modo que o corpo é contido pela psiquiatria, através da medicação, e os desejos da alma são contidos por esse regime moral de si mesmo. Confessa a doença. O sujeito é subjetivado na e pela doença. Ele existe enquanto doente e, como tal, deve ser disciplinado para controlar sua doença mediante técnicas que se materializam em um conjunto de regras e normas (disciplinarização do corpo/mente) que devem ser seguidas como forma de “salvação” para essa doença incurável. Segundo Foucault (1985), é devido a essa aproximação entre a medicina e a moral que surge “[...] o convite feito para que se reconheça como doente ou ameaçado pela doença” (p.62).

Concomitantemente ao ato de se confessar, ele precisa praticar o autoconhecimento. Se o si mesmo aqui é o sujeito enquanto doente, então, o autoconhecimento é sobre a doença. É preciso, assim, ajudá-lo a conhecer sua doença. Os seminários, as palestras e as sessões de vídeos fazem referência à doença e a como lidar com ela. Acredita-se que, quanto mais o sujeito souber sobre sua doença, melhor ele vai lidar com ela e, conseqüentemente, se manterá em recuperação.

Essa idéia de conhecimento, como foi dito anteriormente, está vinculada a uma cognição representacional em que conhecer é o mesmo que representar. Varela (1994) e Varela, Thompson e Rosch (2003) estabelecem a distinção entre dois tipos de representação: no sentido forte e no sentido fraco⁴⁰. A crítica dos

⁴⁰ A representação no sentido fraco (pragmático) propõe que a cognição consiste sempre em construir ou representar o mundo de determinada forma. O sentido é puramente semântico: ele se

autores, da qual compartilhamos, é referente à representação no sentido forte, em que se assume que o mundo é predeterminado e que suas características podem ser especificadas antes de qualquer atividade cognitiva. Ou seja, essa teoria diz que o mundo é predeterminado e que nossa cognição é sobre esse mundo, e o modo pelo qual o conhecemos é representando suas características e agindo com base nessas representações.

Esse doente foi capturado por saberes (religioso, pedagógico, psiquiátrico psicológico, jurídico) que não lhe prometem a cura, mas um manual de instrução de como alcançar a recuperação. Assim, o autoconhecimento da doença é “produzido” na diversificação desses saberes que se apropriaram do diagnóstico de dependente químico. Assim, os processos de subjetivação que tornam o sujeito um doente irrecuperável se desenvolvem a partir de um discurso com valor de verdade onde outro opera com suas instruções, as quais devem ser seguidas mesmo depois da internação.

Após o período de internação, é apreendido que se deve dar continuidade aos mecanismos de controle (cartilhas) que auxiliam no andamento do tratamento. Tal estratégia estende a lógica disciplinar para além dos muros das instituições. Segundo Nardi e Silva (2004), o assujeitamento às técnicas de controle dá-se de um modo sutil (transformação da sociedade disciplinar em sociedade de controle), através de uma homogeneização dos modos de pensar, agir e sentir, que se dissemina nas práticas institucionais.

O controle externo visa adaptar o sujeito socialmente, de forma que ele volte a ser um homem trabalhador, que tenha fé, que respeite as normas sociais que havia abandonado e tenha um autocontrole comportamental e emocional sobre sua

doença. O controle do corpo e do desejo pelas substâncias químicas é feito através de grupos (mútua ajuda), que enunciam leis e normas (tecnologias de poder) que regulam o comportamento do indivíduo dentro e fora do grupo. O seguimento das normas estabelecidas em cada grupo adapta e regula o sujeito dentro das normas da sociedade. “Com o advento da sociedade de controle, trata-se de intensificar a interiorização/ invisibilização da norma na trama da própria vida” (Nardi; Silva, 2004, p.11), fazendo com que cada qual possa ser individualmente responsabilizado quanto a essa interiorização das normas.

As práticas terapêuticas utilizadas colocam em evidência a idéia do conhecimento de si e do cuidado de si como via para alcançar o equilíbrio. No entanto, o que de uma forma ou de outra é proposto é que isso se desenvolva a partir do conhecimento-convencimento “[...] de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades” (Foucault, 2004, p.269), o que corresponde a construção de lógicas específicas que os sujeitos utilizam para compreender quem são.

Esses modos de subjetivação que se dão na produção de discursos com valor de verdade se desenvolvem através da cognição representacional em que existe um mundo, externo a mim, que me diz quem sou e o que devo fazer. São modos de subjetivação fundados na política cognitiva da reconhecimento, que resultam em subjetividades recognitivas (Kastrup, 2005), que se limita a tomar o mundo como oferecendo informações prontas para serem captadas, não havendo possibilidade de criação de outro devir.

Segundo Kastrup (1999; 2005), na política de reconhecimento, agimos como se tivéssemos um eu, como se fôssemos o centro, a fonte e o piloto do processo de

conhecimento. Prevalece a crença de que o conhecimento é configurado pelos esquemas recognitivos, pelas regras e pelo saber anterior. Seja fundamentando o conhecimento na forma de um mundo preexistente, seja na forma do sujeito cognoscente, a política da recognição toma o conhecimento como uma questão de representação.

De acordo com essa abordagem recognitiva, a cognição é uma relação entre um sujeito e um objeto, constituindo um espaço de representação. Além de pressupor sujeito e objeto como pólos prévios ao processo de conhecer, a concepção da cognição como representação traz consigo a preocupação com a busca de leis e princípios invariantes, que funcionariam como condições de possibilidade do funcionamento cognitivo (Kastrup, 2005). Ela se limita a um processo de aquisição de saber e de solução de problemas, sem espaço para a problematização. Tal abordagem concebe o organismo como um sistema de entradas e saídas, deixando o aspecto da autocriação de fora, “[...] em termos bergsonianos, trata a cognição nos quadros de uma relação entre o possível e o real” (p.135). As informações chegam de um mundo preexistente, e o sistema cognitivo opera com regras e representações, levando a resultados previsíveis.

Kastrup (1999) afirma que é preciso inverter a atitude representacionista ou realista.

As regras inventadas localmente, que se seguem a cada problematização, não podem ser eliminadas da investigação, não podem ser colocadas entre parênteses e dar lugar à descoberta de leis transcendentais e invariantes, pois o que se elimina, nesse caso, é o caráter inventivo da cognição. (p.144).

Dado que as práticas terapêuticas se dão através de modos de subjetivação fundados numa ênfase cognitiva-disciplinadora, tendo um enfoque mais recognitivo que cognitivo (Kastrup, 1999), interessa, neste estudo, analisar a viabilidade de

inclusão de oficinas que abram possibilidades de exercícios de outros modos de subjetivação, fundados em outras práticas cognitivas, baseadas menos no reconhecimento e mais na criação e na problematização. Assim, pensamos que o exercício dessas práticas cognitivas baseadas na invenção pode possibilitar outro processo de subjetivação, baseado menos na confissão, controle e disciplina e mais fundamentados na relação, na troca e na construção, abrindo possibilidades para um processo de subjetivação fundado na criação.

Dessa forma, propomos realizar um estudo que busca analisar, a partir de oficinas em um serviço de atendimento a dependentes químicos, as concepções e os exercícios da cognição que ali se atualizam e sua relação com as concepções e exercícios instituídos pela lógica do serviço. Apostamos que tal trabalho possibilite pensar em práticas que viabilizem o desencadeamento de um processo de problematização que não se esgote ao encontrar uma solução e que possa contribuir para se repensarem os modos e os modelos de tratamentos baseados na cognição, de um modo diverso, da ênfase disciplinadora e informacional que vêm se constituindo.

4 RUMO A UMA COGNIÇÃO INVENTIVA

Existem diferentes perspectivas teóricas através das quais se estuda a cognição. Cabe explicitar que a perspectiva adotada nesta pesquisa encara a cognição como produzida na interseção entre as contingências biológicas, institucionais e tecnológicas. Dessa maneira, podemos considerá-la no campo de conhecimento da Psicologia Social. Esse modo de pensar a cognição é denominado Ecologia Cognitiva, a qual busca estudar a cognição considerando suas dimensões singulares, técnicas e institucionais (Lévy, 1993).

Segundo esse autor, a articulação entre pensamento individual, instituições sociais e técnicas de comunicação delinea um campo de estudo ainda em construção. Nele, a cognição resulta do operar-com redes complexas, das quais participam elementos heterogêneos, tais como a constituição biológica e psíquica atual dos sujeitos, as ferramentas com as quais se acopla e as regras e organizações institucionais.

A ecologia cognitiva localiza mil formas de inteligência ativa no seio de um coletivo cosmopolita, dinâmico, aberto, percorrido de individualizações auto-organizadoras locais e pontuado por singularidades mutantes. (Lévy, 1993, p.149).

Do ponto de vista singular, a cognição não é uma representação de um mundo independente de nossa corporeidade, de nossas técnicas e de nossa cultura, mas tem um componente autoprodutivo, autopoético (Maturana e Varela, 2001). A cognição resulta daquilo que fazemos (do modo como operamos) com as ecologias cognitivas que nos cabem viver. Ela é relação, ação, conexão (Axt e Maraschin,

1998):

Um dos limites do conhecimento de um sujeito particular consiste no limite do coletivo: o que foi instituído como conhecido, ou conhecível, e como as práticas coletivas e as técnicas operam no acesso a tais conhecimentos. (p.142).

Por seu caráter auto e heteroprodutivo, sustentado na teoria autopoietica e enativa (Maturana; Varela, 2001), propomos a cognição como produção de si e de mundos e não, como já salientamos como representação de uma realidade que existe independentemente dos sujeitos em seus coletivos de conversação. Retomando uma condição constitutiva dos seres biológicos, os autores citados afirmam que tudo o que fazemos depende de nossa biologia, e, portanto, pela nossa constituição biológica, não fazemos referência a nada que tenha existência independente de nós. Essa característica é compartilhada por todos os seres vivos que são estruturalmente determinados.

A cognição como ação corporificada, enação segundo Varela, Thompson e Rosch (2003), possibilita tomar as capacidades cognitivas ligadas às histórias que são vividas, ou seja, atuação ou produção de um mundo através de uma história de acoplamento estrutural, de modo que uma perturbação do meio não contém em si uma especificação de seus efeitos sobre cada um. A estrutura atual do sujeito, que é produto do acoplamento com sua circunstância, é o que determina quais mudanças ocorrerão como resposta que contém virtualmente um componente recursivo e não necessariamente repetitivo. Assim, qualquer interação nunca é instrutiva, porque não determina qual serão seus desdobramentos em cada sujeito.

Desse modo, modelos de intervenção baseados em informações e na demonstração dos efeitos dos danos causados pela várias formas de dependência química não são instrutivos por si só, ou seja, não determinam necessariamente o que vai acontecer com os sujeitos. O que lhes acontecerá é determinado por suas

estruturas, isto é, pelo modo com que viveram e pela história dos distintos acoplamentos realizados.

Pensar/focar na cognição autopoietica (Maturana; Varela, 2001) talvez implique estabelecer outra relação de conhecimento, baseada na produção de si próprio e daquilo que tomamos por realidade em distintas redes de conversações.

Segundo Maturana (2001), como humanos, existimos na linguagem, no fluir de nossas conversações, de modo que todas as nossas atividades acontecem como diferentes espécies de conversações. Conseqüentemente, nossos domínios diversos de ações (domínios cognitivos) como seres humanos (culturas, instituições) são constituídos como diferentes redes de conversações. Assim, para o autor, a “conversação” é uma operação no fluxo entrelaçado de coordenações consensuais de linguajar e emocionar, e “conversações” são as diferentes redes de coordenações entrelaçadas e consensuais de linguajar e emocionar que geramos ao vivermos juntos, como seres humanos, no fluir dos encontros corporais recorrentes. Então, uma cultura pode ser pensada como a recursiva ativação de uma rede de conversações que define um modo de viver.

As redes de conversações podem constituir o que Lévy (1998) chamou de coletivo⁴¹ inteligente, coletivo este que não submete nem limita as inteligências individuais, pelo contrário, abre-lhes novas potências. O intelectual coletivo pensa em toda parte, o tempo todo, e retoma perpetuamente o pensamento de seus membros, de modo que ele é acelerado pela técnica, pela linguagem e pelo pensamento. No entanto, essa velocidade cognitiva só será atingida quando mobilizar as subjetividades autônomas que o compõem.

É por isso que um coletivo inteligente que trabalha tanto quanto possível suas velocidades de aprendizado, aumenta suas capacidade de

⁴¹ Termo usado freqüentemente nesse trabalho para fazer referência a aqueles que participam (humanos e não humanos) e a tudo o que se produz entre esses participantes na oficina.

reorganização, reduz seus prazos de inovação, multiplica seu potencial inventivo. (Levy, 1998, p.75).

Esse potencial inventivo se dá numa cognição enativa que é menos recognitiva e mais criativa, menos resolvedora de problemas e mais propositora de problemas. O meio comparece perturbando, ou seja, afetando, colocando problemas e não transmitindo informações (Kastrup, 1999).

Tomamos o conceito de cognição enativa como uma ferramenta metodológica que nos potencializa distinguir momentos em uma rede de produção-conversaçoão nos quais exista um linguajar que vitalize coordenações de ações até então inusitadas na história desse coletivo e um emocionar no qual a experiência do outro possa ser aceita como legítima. A cognição enativa consiste não na constituição de modelos sobre o mundo, mas em ser capaz de propor, dentro de limites muito amplos, as questões relevantes que precisam ser focadas, em cada momento, no contexto da rede de conversaçoão na qual se dão. Essas questões e preocupações não são preestabelecidas, mas atuadas a partir de um pano de fundo de ação onde o que conta como relevante é contextualmente determinado pelo senso comum, que nada mais é que nossa história corpórea e social do coletivo que compartilhamos (Varela; Thompson; Rosch, 2003). Assim, pela operação cognitiva fundamental talvez não resolvemos o problema do uso abusivo de substâncias químicas, mas podemos, propor questões pertinentes ao sujeito sobre ele mesmo e o mundo, em uma atitude autoprodutiva e não adaptativa.

5 METODOLOGIA

Para a apresentação da proposta metodológica, partimos de proposições de teóricos que fundamentam o estudo na necessidade de manter a coerência teórico-metodológica. A primeira idéia parte do referencial teórico de Maturana e Varela (2001). Estamos num campo de pesquisa em que o nosso “objeto de estudo” são as interações entre sujeitos cuja principal característica é a organização autopoietica, que tem como funcionalidade única produzir-se de modo contínuo a si próprio, em incessante engendramento de sua própria estrutura, não havendo, assim, separação entre produtor e produto, o ser e o fazer. “A autopoiese é autocriação sem instância criadora, sem finalidade que lhe dirija a trajetória e sem destino previsível.” (Kastrup, 2008b).

Essa compreensão dos participantes como, primeiramente, seres vivos autopoieticos permite abandonarmos, segundo Kastrup (1999), a concepção de sujeitos-organismos como um sistema de entradas e saídas, o qual exclui o aspecto da autocriação da idéia de co-engendramento entre sujeito e circunstância. Podemos, então, compreender que os sujeitos e suas circunstâncias são resultado de uma rede processual, constituindo-se reciprocamente e apresentando-se como fontes mútuas de perturbações. Assim, as circunstâncias vividas e os sujeitos afetam-se (perturbando-se, colocando problema), e, não transmitem informações, “[...] são, antes, movimentos que coisas, antes processos que entidades previamente individuadas” (p.119).

Diante disso, as mudanças que resultam da interação entre o sujeito e sua circunstância são desencadeadas pelo agente perturbador e determinadas pela estrutura do sistema perturbado, de modo que, as modificações estruturais do sujeito ocorrem como resultado de sua própria dinâmica, ou seja, são desencadeadas por suas interações. Dessa forma, a estrutura do sujeito resulta da história de seus acoplamentos estruturais (meio e unidade atuam como fontes de perturbações mútuas e desencadeiam mutuamente mudanças de estado) com meios específicos, e, através de uma ampla margem de improvisação e aproveitamento de circunstâncias, é assegurada a duração do viver. O acoplamento é sempre mútuo, organismo e meio sofrem transformações (Maturana; Varela, 2001).

Na verdade o mundo é mais como um background um cenário e uma área para toda a nossa experiência, mas que não pode ser encontrado separadamente de nossa estrutura, comportamento e cognição. Por essa razão, o que dizemos sobre o mundo fala tanto a respeito de nós mesmos quanto a respeito do mundo. (Varela;Thompson; Rosch, 2003, p.151).

Esse modo de funcionar do vivo que responde pela invenção dos seus limites (por sua individuação) se dá pelo mecanismo de clausura operacional (condição de autonomia) (Maturana; Varela, 2001). O termo clausura refere-se ao fato de que o resultado de uma operação se situa dentro das fronteiras do sistema, mas não quer dizer que o sistema não tenha relações com o fora, já que a unidade se mantém em constante processo de redefinição de suas fronteiras e o dentro está em continua relação com o fora (Kastrup, 1999). Os limites delimitam, mas não isolam o sistema. Assim, as categorias espaciais de interno e externo são utilizadas apenas quando nos colocamos espacialmente distantes do que estamos descrevendo, como ocorre na observação científica.

Para Maturana (2001), nós, seres humanos, fazemos ciência como observadores, explicando o que observamos, considerando os critérios que legitimam as explicações científicas nos domínios do conhecimento que elegemos para conviver. As propriedades ou habilidades do observador resultam da sua co-deriva como observador em domínios específicos do fazer científico.

[...] o conhecimento é sempre gerado a partir de um observador parcial, o que significa dizer que o conhecimento científico é sempre busca de uma verdade em certas condições de observação, verdade do relativo e não do absoluto. (Kastrup, 2008b, p.49).

Como observadores, na prática da observação, acabamos distinguindo o ser vivo do meio e o caracterizamos com uma determinada organização, assinalando, assim, duas estruturas, que são consideradas operacionalmente independentes entre si – o ser vivo e o meio – e entre as quais, como já dissemos, ocorre uma congruência estrutural necessária (Maturana; Varela, 2001).

Os comportamentos ou as condutas observados mostram as mudanças de postura ou posição de um ser vivo, as quais o observador descreve como movimentos ou ações em relação a um determinado ambiente, de modo que o êxito ou o fracasso de uma conduta são sempre definidos no âmbito de expectativas especificadas pelo observador. Assim, o comportamento nada mais é que a descrição – feita por um observador – das mudanças de estado de um sistema em relação a um meio, compensando as perturbações que dele recebe. Então, a princípio “[...] todo comportamento é uma visão externa da dança de relações internas do organismo” (Maturana; Varela, 2001, p.185)

Como observadores, estamos habituados a dirigir nossa atenção para o que nos parece mais acessível – as perturbações externas. Assim, tendemos a pensar que elas são determinantes. No entanto, tais perturbações externas, só podem modular o constante ir e vir dos equilíbrios internos. (Maturana; Varela, 2001, p.180).

Para Maturana e Varela (2001), o sistema vivo é um sistema cognitivo e, por

tudo que foi dito acima, a cognição é entendida como algo que está em constante movimento, em processo de autoprodução permanente. Sob esse ponto de vista, toda interação de um organismo, toda conduta observada, pode ser avaliada por um observador como um ato cognitivo. Segundo Kastrup (1999), na concepção de que ser = fazer = conhecer, o produto é o próprio organismo, o que acaba por levar a uma não-separação entre o inventor e o invento. “Ser e fazer são inseparáveis numa unidade autopoietica.” (p.127).

Como nossos sujeitos de pesquisa também participam de domínios explicativos do viver, neles atuam como observadores. Assim, a pesquisa produz-se no entrelaçamento de domínios distintos àquele relativo à ciência e àquele relativo à experiência cotidiana e institucional do viver de cada participante. É desse encontro entre domínios que se construiu a experiência desta pesquisa.

Diante disso, o que estamos propondo é uma pesquisa fundada numa política cognitiva da invenção (Kastrup, 1999), ou, como designa Varela, uma cognição enativa.

Varela, Thompson e Rosch (2003), ao definirem a cognição enativa, explicam que ela é a atuação de um mundo e de uma mente com base numa história da variedade de ações que um ser executa no mundo através de uma reflexão corporalizada (corpo e mente juntos). Ou seja, “[...] a reflexão não se exerce só sobre a experiência, mas que a reflexão é ela própria uma forma de experiência” (p.43), o que significa, segundo Kastrup (1999), que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas é capaz de inscrever-se e marcar-se histórica e culturalmente.

Quando a reflexão é feita de forma corporalizada, ela pode interromper (*breakdown*⁴² quebra ou rachadura no fluxo cognitivo) a cadeia de padrões de pensamentos habituais e pré-concepções, de forma a ser uma reflexão aberta a possibilidades diferentes daquelas contidas nas representações comuns que uma pessoa tem. Essa interrupção, hesitação (em relação ao que fazer), ou problematização que precede toda ação é rebatida, segundo Kastrup (1999), com um senso comum que lhe dá sentido.

O senso comum é a nossa história corpórea e social, que nos possibilita “[...] saber negociar nosso caminho em um mundo continuamente moldado pelos tipos de ações nas quais nos engajamos” (p.153). A maior capacidade da cognição, segundo Varela, Thompson e Rosch (2003), consiste em ser capaz de propor questões relevantes, que precisam ser focadas em cada momento e que são atuadas a partir de um pano de fundo de ação (*background*⁴³), onde o que conta como relevante é contextualmente determinado pelo senso comum. Mas, de acordo com Kastrup (1999), esse senso comum “[...] não fornece qualquer plano de ação, permanecendo aberto a mudanças pela constante problematização de seus pressupostos” (p.154).

Para Kastrup (1999), a cognição é entendida como invenção, a qual é definida por sua abertura para o novo, para o inesperado, e consiste num movimento de problematização das formas cognitivas constituídas. “Problematizar é bifurcar, criar caminhos divergentes, ao passo que solucionar problemas é ser capaz de viabilizar novas formas de existência.” (p.118).

⁴² “O conceito de *breakdown* dá conta da face-problematização, enquanto a atuação aponta para a face-solução da aprendizagem.” (Kastrup, 2008a, p.109).

⁴³ Crenças e práticas biológicas, sociais e culturais (Varela; Thompson; Rosch, 2003).

A política cognitiva da invenção é, assim, uma política de abertura da atenção às experiências não cognitivas e ao devir. O desafio da implementação dessa política é conceber práticas que viabilizem o desencadeamento de processos de problematização que não se esgotem ao encontrar uma solução. Isso talvez seja possível através das redes de conversação criadas nas oficinas, pois, segundo Varela, Thompson e Rosch (2003), ao incluirmos em nossa reflexão “[...] aquele que faz a pergunta e o próprio processo de questionamento então a pergunta ganha uma nova vida e significado” (p.46), não se esgotando, assim, a problematização.

Dessa forma, com o intuito de criar processos de problematização, desenvolvemos uma pesquisa-intervenção que, segundo Maraschin (2004), visa propor perspectivas metodológicas e dispositivos (como a oficina, as máscaras e a tecnologia, que serão explicitados adiante) capazes de sustentar trabalhos de intervenção e que também possam se constituir em ferramentas de cognição enativa para o pesquisador e para os sujeitos envolvidos, capazes de deslocar modos de ação institucional já recorrentes.

As estratégias de intervenção, para Rocha (2003), evidenciam que pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto fazem parte do mesmo processo, embora com desejos e ações diversas. Barros e Lucero (2005) acreditam que sujeito e mundo são produtos da invenção, de modo que “[...] não há um sujeito nem um mundo já dados para os quais nos dirigimos ao pesquisar”. O conhecimento é inventivo e coloca questões ao que está instituído, num processo de desnaturalização da realidade a ser pesquisada. Os autores esclarecem, no entanto, que a invenção não é uma cognição especial, mas outro modo de colocar o problema do conhecimento.

5.1 A instituição

A pesquisa foi realizada no Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo. A escolha do campo empírico foi estabelecida pela acessibilidade e pela implicação desta autora com o serviço. Por participar da equipe técnica, foi possível a ela propor a pesquisa-intervenção, bem como mapear seus efeitos no cotidiano do trabalho.

5.2 Sobre a pesquisadora

Falar sobre a minha participação nessa instituição vai muito além da minha função como psicóloga e pesquisadora. Falo disso a partir de memórias, recortes de lembranças que ainda consigo visualizar:

Memória 0: Janeiro de 1981. Não há lembranças. Nem boas nem ruins. Simplesmente elas não existem. Não me lembro de nenhuma visita, nem da ida e nem da volta. Apenas da mudança: ele não bebe mais.

Memória 1: Às vezes me encontrava em locais cheio de pessoas falando ao mesmo tempo, e, às vezes, era preciso silêncio, pois alguém ia falar lá na frente. “Psiu”, era o que nos diziam quando ríamos (eu e as outras crianças) e corríamos pelos corredores desses locais.

Memória 2: As pessoas o procuravam, ele as procurava, iam então para Porto Alegre na Clínica Pinel (Associação Encarnación Blaya). De 1981 a 1986, esse foi um caminho muito percorrido. Os seus melhores amigos que permaneceram em recuperação juntamente com ele têm a idéia de criar uma instituição em Lajeado, parecida com a Pinel, e, em 1983, houve a fundação de uma idéia.

Memória 3: O dinheiro. A arrecadação de verba para transformar a idéia em realidade ocorreu através da distribuição de carnês, gincana, ajuda financeira de instituições diversas. Cada trocado era comemorado.

Memória 4: O terreno. Lembro-me, como se fosse hoje, daquele mato nos meus pés e um rio distante à minha frente. Era o contraste de um verde queimado no chão, uma água cinza correndo lá longe e um céu azul sobre mim. Tudo parecia enormemente grande.

Memória 5: A construção. O mato estava rasteiro, já conseguia chegar perto do rio sem dificuldade. No meio do caminho, uma parada obrigatória para mexer, brincar com os tijolos, a areia e a brita expostos a céu aberto. Do meu lado, uma voz de um homem que falava, explicava e ordenava como fazer e o que fazer com o material com que eu brincava. A mulher ao lado me cuidava de canto, enquanto ouvia aquele homem.

Memória 6: A inauguração. Várias pessoas falando ao mesmo tempo, cumprimentando esse homem e seus amigos pela persistência e dedicação da obra agora concluída.

Memória 7: O telefone, às vezes, toca com freqüência à noite, às vezes, eu o atendo. Nem sempre é possível compreender aquele que fala do outro lado, mas, com o tempo e a freqüência desse tipo de escuta, percebo que é um bêbado, outras vezes, o choro impossibilita entender o que uma família em desespero diz; em outros momentos, uma voz firme, da polícia, fala claramente a que se deve o telefonema. Como resultado dessas falas, ele se levanta e vai ao encontro dessas pessoas.

Memória 8: Nas terças ou nas quintas, ela vai ao encontro dos familiares que possuem alguém interno e, reunido com estes, conversam, trocam experiência, desabafos, literatura de Alanon.

Memória 9: Festa de Natal. Eu, juntamente com minhas primas, tocava violão e cantava para aqueles que ali estavam internados e seus familiares. Mensagens de paz e felicidade eram lidas.

Esse centro era um espaço onde eu transitava, ou melhor, transito com frequência. Hoje, não mais como uma criança, mas como psicóloga da instituição. Psicóloga que cresceu observando seu pai (presidente da instituição) e seus amigos construir esse centro, vendo sua mãe ajudando os familiares (reunião do Alanon) e participando da construção de um projeto que, para ser realizado, precisou do apoio da família e da comunidade. Cresci ouvindo da família e nas reuniões de AA que alcoolismo e dependência química são uma doença sem cura, progressiva e fatal, acreditando que a única maneira de salvação era aquele modelo de tratamento que meu pai havia feito na Pinel e construído em Lajeado.

Então, eu me formei em psicologia. O que realmente eu tinha além de teoria e dos estágios? A única possibilidade, naquele momento de angústia, era trabalhar naquilo que parecia ser um espaço de meu domínio, território conhecido, logo, menos angustiante: o Central.

Há cinco anos, dei início à minha trajetória como psicóloga nesse centro. Se, num primeiro momento, parecia ser menos sofrido estar ali do que em qualquer outra instituição, por acreditar (estar pisando em terreno firme) nas verdades que cresci ouvindo, o tempo mostrou que aquelas não eram as únicas verdades possíveis e existentes, de modo que o terreno firme deu lugar a rachaduras, as quais fizeram emergir questionamentos e angústias.

5.3 O oficinar como possibilidade de operar enativamente

As tomarmos, neste estudo, a perspectiva da Ecologia Cognitiva, necessitamos considerar as modalidades de organização das redes de conversação – aqui tidas como os modelos de tratamento. Essas modalidades organizativas também participam da possibilidade de exercício de uma cognição enativa, por produzirem diferentes coordenações de ações em redes de conversação.

O uso de oficinas já tem uma história⁴⁴ nas práticas terapêuticas de saúde mental. As oficinas podem ter variadas finalidades: laborterapia, como geradora de renda e/ou como manutenção da ordem institucional; atividades expressivas; atividades recreativas; e atividades culturais (Guerra, 2004). Dessa forma, referirmos apenas o termo oficina não especifica seu modo de operar.

A oficina aqui criada é uma atividade expressiva que aparece como “[...] campo de resgate da singularidade, da cidadania e da possibilidade de inserção social” (Guerra, 2004, p.29). “A dimensão essencial das oficinas refere-se à articulação da dimensão sociopolítica com a dimensão da subjetividade.” (p.55). A autora comenta cinco pontos da terapêutica ocupacional desenvolvidos por Nise da Silveira, dentre eles, dois fazem parte das oficinas desenvolvidas neste projeto: a introdução da atividade como uma oferta (e não uma obrigatoriedade), e a construção de uma postura de respeito e atenção à produção subjetiva do usuário.

As oficinas [...] remetem à idéia de produção e desta para a idéia de produção de subjetividade. É nesses espaços que se engendram, se experimentam, se criam novas formas de relacionamento, novos espaços existenciais, novos modos de ser. (Lima, 2004, p.71).

⁴⁴ Ana Cristina Costa de Figueiredo, Andréa Máris Campos Guerra, Clarisse Moura Costa entre outros.

Assim, o que aqui estamos distinguindo como oficinas se caracteriza por um modo peculiar de estabelecer redes de conversação nas quais se produzem coordenações de ações que resultam em produtos desse coletivo: máscaras, esquetes, fotografias e vídeos. As diversas formas de linguajar propostas na oficina (oral, gestual, gráfica, fotográfica, videográfica) ampliam o repertório de coordenações de ações recorrentes, possibilitando a emergência de outros linguajares e de outros emocionares não oportunizados pelas demais redes de conversação instituídas no serviço. Segundo Maturana (1999), a linguagem é um processo que se dá no espaço de coordenações consensuais de conduta, que se constituem no fluir dos encontros corporais recorrentes. As palavras, os gestos, os grafismos, a fotografia e o vídeo são operações nos domínios de existência, de tal modo que o fluir de mudanças corporais, posturas e emoções tem a ver com o conteúdo do linguajar. Dessa forma, linguajar e emocionar entrelaçam-se numa modulação contínua, como resultado da convivência com outros num curso contingente da vida.

As redes de conversação ativas, nessa instituição, produzem-se na coordenação de coordenações de ações entre pacientes, familiares e equipe, sendo condicionadas pelo modelo de intervenção adotado, dificultando a ampliação de coordenações de ações diferentes das já instituídas, baseadas em uma perspectiva de cognição representativa. Para os propósitos deste trabalho, usamos a pesquisa-intervenção, com a intenção de buscarmos um modo de conversar no qual seja possível o exercício de uma cognição enativa. Assim, é proposto aos internos da instituição um espaço de conversação para a construção de uma atividade em que pesquisador e pesquisado possam interagir, possibilitando a ligação de seus domínios de experiência.

5.4 As oficinas

A idéia de propor um espaço de troca com os pacientes surgiu no meu fazer enquanto psicóloga da instituição. Mas, o que fazer? Decidi reunir um grupo⁴⁵ de pacientes para ouvi-los. Coloquei-lhes minha vontade de desenvolver outra atividade com eles (que não o atendimento clínico⁴⁶ individual proposto pela instituição), mas sem saber qual, pedi-lhes sugestões. Alguns propuseram o desenvolvimento de um grupo de sentimentos; outros não concordaram, pois já tinham isso no programa, outros sugeriram um grupo em que eles falariam sobre sua situação no tratamento, e, então eu, avaliaria se estavam bem ou mal. Expliquei que não gostaria de uma atividade avaliativa e educativa, mas de uma atividade com a qual pudéssemos construir e descobrir algo junto. Então, alguns pacientes falaram que, para isso, seria preciso outros materiais, além de caneta e caderno. Propus uma oficina de máscaras⁴⁷.

A grande maioria gostou da idéia, apesar de se questionarem sobre o que isso teria a ver com a doença deles. Então, a partir de acordos (a idéia que surgiu a partir de um acordo coletivo já produziu um deslocamento na sua condição de doentes) com a instituição, foi criada uma oficina de produção de máscaras. A intenção é que, nesse espaço, sejam favorecidas a constituição e a manutenção de uma rede de conversação que busque reconhecer as produções individuais de modo legítimo, embora passíveis de discussão e de problematização.

⁴⁵ Termo usado durante este trabalho para fazer referência à reunião de pacientes em alguma atividade que não a oficina, na qual é usado o termo coletivo.

⁴⁶ O atendimento clínico na instituição também visa ao cuidado do doente. A intenção era sair desse foco de intervenção da doença, abrindo possibilidades para que o sujeito emergisse.

⁴⁷ O tema ou o termo máscaras faz parte das conversas de corredor da instituição, em que se acredita que o dependente químico precisa tirar a máscara, mostrar-se, ser verdadeiro, para obter uma boa recuperação. Algo como: o uso de substâncias químicas implica em mentiras e desonestidade, e “ficar limpo” corresponde a tirar a máscara de dependente e ser honesto, verdadeiro.

As “oficinas de máscaras” iniciaram, em junho de 2007, como uma atividade eletiva para os internos, que são convidados a participar. Devido ao tempo (de 28 a 35 dias) de internação, cada oficina conta com diferentes participantes, que podem ser homens e mulheres, dependentes de substâncias químicas, com idade entre 18 e 70 anos, com no máximo, 15 pessoas por oficina. São utilizados materiais didáticos e uma filmadora e/ou máquina fotográfica.

As oficinas realizam-se semanalmente em duas etapas: a primeira é a oficina; a segunda é a vivência da oficina através do vídeo e/ou de fotos. A primeira etapa é constituída de vários momentos: a construção da máscara; que leva à criação de um personagem, o qual adquire uma história durante o processo de montagem, e, por fim, a apresentação oral e corporal do personagem. A apresentação corporal dá-se através de uma pose ou movimento (individual, grupal) que caracteriza a máscara, ou melhor, o personagem inventado. Durante essa etapa, a filmadora fica disponível para quem desejar filmar. A segunda etapa ocorre na semana seguinte, quando, então, assistimos (no auditório do Central) as fotos ou o vídeo produzido coletivamente. Esse material não é editado.

As oficinas foram mudando no decorrer do tempo, a partir de sugestões dos pacientes no final de cada atividade. Nas primeiras 10 oficinas, os personagens que mais apareciam eram os dependentes químicos, com seus discursos morais sobre a doença. Percebi que o fato de terem que contar (escrever) uma história sobre um personagem antes de construírem a máscara os fazia ficarem presos às confissões do que fizeram de errado. Os que conseguiam criar outros personagens e falas questionavam os colegas *“Bah, mas não sabe falar de outra coisa meu?”*, *“Eu não sabia que dava pra fazer outra coisa, achei que tinha que falar da gente”*. É interessante poder pensar que falar deles é falar da doença. Não foi dito que tipo de

história tinha que ser. Nessas oficinas, as perguntas e questões eram menos frequentes. A empolgação era apresentar o personagem.

Da décima primeira à vigésima oficina, estas iniciavam com a máscara. Não era mais feita a história escrita. Durante a interpretação, eles dialogavam com os outros personagens de improviso. Os personagens dependentes químicos apareciam, mas com menos frequência (e os que apareciam conseguiam mostrar tanto o lado bom quanto o lado ruim do uso de substâncias químicas), dando espaço para outros emergirem. Durante o diálogo dos personagens, surgia o linguajar “malandro”, adquirido na prática do uso de substâncias químicas. As oficinas eram mais divertidas e as questões e perguntas produzidas pelo coletivo, mais frequentes.

Da vigésima a vigésima quinta, voltou a ser feita uma pequena história do personagem, a partir de itens que esse coletivo produz e coloca no quadro para orientá-los. Mas a história é criada depois da máscara. Aqui, o fato de criarem os itens da história (que inclui mais o sujeito do que a doença), o que menos aparece é o personagem dependente químico com o relato de seus erros.

Da vigésima quinta em diante, as histórias são criadas e contadas oralmente, caso os participantes assim desejarem; se não, eles apenas apresentam o que é combinado: o personagem no corpo. Aqui, o improviso (de criar a história oral caso assim desejarem) possibilita/permite um relato menos reconitivo (da doença) e mais criativo (relacionado a uma *performance* oral e corporal dos sujeitos).

Diante dessa proposta de oficinas como possibilidade de exercício da cognição enativa, analisaremos, no próximo capítulo, de que forma ela emerge diante dos modos de subjetivação fundados numa cognição reconitiva predominante no tratamento.

6 IMPLICAÇÕES

A inserção da oficina no Central foi bem recebida pela equipe técnica, a qual, sempre que possível, participa da atividade e colabora na divulgação e na organização dos participantes. Entretanto, devido às práticas instituídas, encontramos, nesse percurso, algumas dificuldades, as quais, com a ajuda da equipe, foram superadas.

6.1 A oficina e a instituição

Falar sobre a oficina e sobre sua relação com as práticas instituídas é um tanto quanto paradoxal. Ao mesmo tempo em que foi permitido realizar a pesquisa na instituição e a oficina rapidamente se tornou parte das atividades existentes no tratamento, também vivenciamos problemas devido a mudanças (as quais não foram problematizadas quanto à interferência nas atividades institucionais) na estrutura física da mesma que, por vezes, resultou na falta de espaço e de condições materiais para a realização da atividade. Essa atitude demonstrava, por outro lado, pouca colaboração, ou melhor, pouco comprometimento com a atividade.

Quando a oficina iniciou, utilizávamos uma sala grande, com cadeiras com braços, o que permitia desenhar sobre ela e facilitava o deslocamento entre o coletivo. Com o passar do tempo, a instituição passou por diversas reformas, dentre elas, a “nossa” (grande) sala foi dividida em dois espaços menores. Decidimos, então, mudar-nos para outra sala, menor que a primeira, mas maior que as duas

pequenas. Deu certo. Tinha espaço, as cadeiras eram as mesmas, mas não comportava mais a mesa grande que existia na outra sala. A mesa foi destinada a outras funções na instituição. Então, começamos a procurar uma mesa disponível. Encontramos uma mesa pouco usada numa sala também pouco utilizada, na enfermagem. Resolvida a situação! Durante a atividade usaríamos a mesa e, depois, ela retornaria ao lugar.

Num outro momento (em seqüência com o anterior) chegamos para iniciar a atividade e não encontramos mais as cadeiras com braços, fáceis de serem deslocadas pela sala. No seu lugar, havia cadeiras sem braços, novas, em círculo, pregadas no chão. E agora? O apoio do braço servia como mesa para a atividade, o deslocamento das cadeiras (ou seja, deles) era algo interessante que acontecia durante a oficina, pois era como eles circulavam nas conversas paralelas dos pequenos coletivos que se formavam. Sim, eles podem circular andando, mas não é mais a mesma coisa. Aquele braço da cadeira era a mesa onde a máscara ganhava forma, e, ainda em processo de construção, ela circulava pela sala junto com o seu criador e a mesa. Enfim, o que fazer? Estava diante de 15 pessoas esperando a atividade iniciar. relatei, então, o que aconteceu. Os mais novos pouco ligaram, disseram que fariam no chão, mas, para os mais idosos, ficou difícil. Nesse dia, eram poucas as pessoas idosas presentes -, consegui planilhas (idéia dada por um colega) para apoiarem sobre as pernas e ali desenvolverem a máscara. Deu certo! As máscaras voltaram a circular em processo de construção. Essa foi a solução achada para a ausência de mesa e de cadeiras com braço. Depois disso, tivemos que adquirir planilhas para todos.

Após alguns meses, demos início à organização da sala, mas onde estava a mesa, aquela pouco usada na enfermagem, onde dispúnhamos o material? Foi

destinada a um novo profissional da instituição. Sem saber o que fazer e conversando com alguns colegas, descobri que havia um depósito na instituição. Poucos minutos antes de iniciar a atividade, encontramos uma mesa, limpamos, e tudo foi resolvido. No final da atividade, ela fica, juntamente com os outros materiais, na sala das psicólogas.

A atividade foi “aceita” na instituição, desde que déssemos conta de conseguir desenvolvê-la. Conseguimos!

6.2 A oficina na instituição

A agitação, a falação e a movimentação que a atividade produz causam curiosidade e estranheza para alguns da equipe que nela não tomam parte, produzindo as seguintes falas: *“Nossa! Vocês estavam rindo tanto que eu quase bati na porta pra ver o que estava acontecendo, achei que tu não estivesse ali, pois tamanha era bagunça”*. Em outro momento essa “bagunça” foi pauta de reunião. Foi exposto pela equipe que a atividade, ou melhor, os participantes da oficina estavam extrapolando os limites (Do tratamento? Da disciplina?), ao falarem e rirem muito alto. Entretanto não sei a que isso interfere, pois a oficina não atrapalha nenhuma outra atividade, uma vez que, nesse momento, os outros pacientes estão em outro prédio, assistindo filme.

A oficina gera curiosidade na equipe. O material produzido em vídeo não é mostrado para o restante da equipe (que não participa da oficina), apesar de alguns deles tentarem ter acesso a ele. Isso ocorre devido à combinação (termo de consentimento) de sigilo que tenho com os participantes. Eles podem ver o material junto com os participantes, desde que lhes peçam autorização. Isso nunca

aconteceu. Quando coloco essa necessidade, alguns ficam indignados (“Essa é boa!”) por terem que pedir (dá a impressão de que eles acham que vão perder a autoridade diante do paciente) alguma coisa para o paciente. Entretanto já aconteceu de estarmos vendo o vídeo e, silenciosamente, um colega entrar no auditório, sentar e assistir um pouco, até o momento em que foi visto. Então, paramos o vídeo, e foi perguntado a esse coletivo se autorizavam a presença dele, mas ele saiu rapidamente. Isso foi levado para a reunião de equipe. Temos procurado, desde o início, fazer com que tanto o paciente quanto nós, equipe, compreendamos o que é contrato e confiança.

As máscaras produzidas ganharam um mural feito por mim e por uma colega assistente social. Esse mural fica no corredor da equipe técnica, onde transitam todos os pacientes. Isso gerou uma curiosidade geral. Uma enfermeira questionou a utilidade daquilo: *“Pra que serve isso? Tem alguma coisa a ver com a doença deles? Eu achei interessante, mas não entendo muito pra que serve. Tu consegues avaliar a personalidade deles pelo desenho?”*.

Quando questionam a atividade, sobre o que é e para que serve, é explicado (às vezes de modo confuso), mas nem sempre é compreendido. Essa é uma pergunta interessante: para que serve? Esse servir (adequado) tem que estar a serviço do profissional e do doente? Servir como terapêutico para a doença, servir para a psicóloga avaliar o grau de doença? A questão que interessa é: isso serve para o sujeito que faz parte da atividade? Isso não é apenas questionamento dos técnicos. Muitos participantes, no início da atividade, perguntam-me se isso vai ajudar na doença deles. Outro colega fez o seguinte comentário: *“Isso é bom, ajuda eles a botar um pouco pra fora. Eu já vi isso em alguma instituição psiquiátrica”*. A cozinheira da instituição, olhando as máscaras, ficou impressionada com a

expressão de algumas e disse: *“Olha quanta coisa eles conseguem fazer! A gente não imagina do que eles são capazes né!”*.

A atividade é intensa. Durante a construção e a apresentação dos personagens, às vezes, o coração acelera, em outras, dá muita vontade de rir, e rimos. Em algumas situações, os olhos enchem-se de lágrimas, e, algumas vezes, a câmera de vídeo esconde isso tudo. Como não estamos ali para dar respostas prontas, mas para fazermos circular as perguntas e os assuntos que surgem e para, juntos, talvez elaborarmos respostas, o corpo vibra. Respostas imediatas são uma forma de acalantar o que de intenso existem nas perguntas.

6.3 “Oficinando”

Minutos antes do combinado, os participantes vão chegando. As primeiras palavras são: *“Oi, é aqui atividade de máscaras?”*. Eu já estou na sala arrumando o material sobre a mesa. Quem chega prontamente se dispõe a ajudar a distribuir o material, abrir as tintas, colocar água nos copos, etc. Material disponível sobre a mesa e todos presentes, explico a atividade que faremos, a pesquisa e o termo de consentimento. Primeiro, olhares e silêncio. Depois, falas paralelas, do tipo *“Eu não fui no colégio, tenho pouco estudo, eu não sei fazer isso”, “Eu não sei desenhar”, “Não sei, faz tanto tempo que não uso esses materiais, acho que desde o colégio, quando era criança, nem com os meus filhos eu brinco”*. Num terceiro momento, surgem as dúvidas: *“Eu posso fazer qualquer personagem?”*, *“E se eu ficar aqui e não conseguir fazer?”*, *“Se eu não quiser ficar a senhora vai ficar brava?”*, *“Ninguém mais além de nós vai olhar o filme?”*. No quarto momento, os participantes decididos tentam convencer os que estão em dúvida a ficar na atividade. Os que decidem não

participar da oficina dizem não ter habilidade para realizar a atividade, e outros ficam muito incomodados com a presença da máquina fotográfica ou da câmera filmadora. Num quinto momento, alguns decidem não participar e vão para outra atividade, os demais permanecem dando início ao trabalho.

Entregamos uma grande cartolina branca aos que ficaram. Eles precisam dividir esse material para que cada um tenha um pedaço aonde construir sua máscara. Dialogam e decidem como dividir. O som é ligado, e o que ouvimos é rádio. Sintonizar a rádio (quando tem sinal) e controlar o volume são funções de todos. A música eleita é aquela que o radialista escolhe. Quando a canção é muito ruim, as reclamações ocorrem, e alguém rapidamente se põe a mexer no rádio, à procura de algo melhor. Em função da variedade de músicas possíveis de serem ouvidas, o assunto “estilo musical” é freqüentemente debatido nas conversas paralelas.

Circular pela sala e manipular o material didático e a filmadora exige estímulo. O fato de a atividade permitir a livre circulação na sala causa estranheza. Mas, em poucos minutos soltam-se e transitam na sala. Alguns ficam sentados nas cadeiras, outros sentam ou deitam no chão.

A maneira como a atividade se desenvolve adquire características particulares segundo cada coletivo. A criação, a interpretação e a interação de “outros” personagens, que não apenas o de doente, propõem-se a uma cognição enativa. As conversações surgem no fluir do encontro e não a partir de prescrições terapêuticas e morais. Tudo é produzido coletivamente.

O momento de pensar sobre a máscara é de silêncio, mas a construção dela é de entrosamento, diálogo e diversão entre os participantes. Nesse momento, surgem variados assuntos e inicia os questionamentos, ou melhor, a possibilidade

de exercermos a cognição enativa problematizando o que é questionado. As conversas são paralelas e ocorrem em todos os cantos da sala, e, quando surgem perguntas, a resposta vem de todos os lados, com seriedade, risadas, brincadeiras, brabeza, enfim, uma variedade de afetos. É necessário fazer circular as perguntas e problematizá-las, para que elas não adquiram valor de verdades únicas. No final da atividade, são retomadas algumas problematizações que surgiram na oficina e recolocadas para o coletivo. As de interesse deles voltam a circular e a provocar conversas.

As máscaras ficam com os participantes. As dos que têm interesse são expostas no mural (do corredor principal) que foi criado para isso.

São usados materiais diferenciados, como a máquina fotográfica e/ou a filmadora, que podem ser utilizadas por todos os participantes. Assim, o registro da atividade é feito por diversos participantes: a pesquisadora, membros da equipe e os pacientes (que aqui chamo de participantes) que tomam parte na oficina. Esses registros (tecnológicos) são revistos pelos participantes em um segundo momento, quando são convidados a os assistirem.

Isso tem possibilitado outro lugar ao paciente, pois, devido às combinações estabelecidas no termo de consentimento, para assistirem aos registros da atividade, é preciso sua autorização. E, como eles mesmos, dizem: *“Ao menos isso é a gente que decide aqui dentro”, “Não vejo problema nenhum os colegas assistirem, mas acho legal eles perguntar nossa opinião, ao menos respeitam o nosso acordo”*. Ocorreu uma situação de um paciente que não tinha participado da atividade pedir para mim se podia assistir ao vídeo. Disse-lhe que tinha que consultar os colegas dele. Ele falou com alguns, e estes lhe disseram que tinha que falar comigo. Reunidos para assistir ao vídeo, coloquei que esse era um material

nosso e que eu não podia tomar a decisão sozinha. Então, um paciente levantou diante dos demais colegas e pediu uma breve votação (levantar a mão), para decidir se autorizavam o colega a participar. A maioria concordou, e um paciente, após a votação, disse: *“Não vejo por que não, o cara foi tri camarada, veio perguntar pra gente na boa, daí é tranquilo”*. Acho de grande relevância eles se apropriarem do que é deles. Esse material é de pesquisa, mas é, antes de tudo, a produção de um coletivo⁴⁸.

Além dos registros tecnológicos, é feito um relatório da atividade de construção da máscara e do segundo momento, onde todos vêem o material filmado ou fotografado. Essa ação de gravar a atividade com as tecnologias existentes e a de olhar-se através dela têm possibilitado problematizar a existência da tecnologia como o conteúdo registrado nela. A análise desse material, que logo mais é descrita, se deu a partir dos conhecimentos produzidos nas redes de conversações que fluíram durante esse viver. As tecnologias surgem, então, não somente como registro da experiência e possibilitadoras de criação, mas também como um modo distinto de linguajar, ou seja, de realizar coordenações de ações.

É possível observarmos que, durante a oficina, alguns modos de linguajar e de emocionar tornam-se recorrentes, produzindo muitas conversas e afetações no coletivo participante. Meu foco de atenção é nessas questões recorrentes e na afetação que elas provocam nos participantes.

[...] as retóricas da conversa ordinária são práticas transformadoras “de situação de palavra”, de produções verbais onde o entrelaçamento das posições locutoras instaura um tecido oral sem proprietários individuais, as criações de uma comunicação que não pertence a ninguém. A conversa é um efeito provisório e coletivo de competências na arte de manipular

⁴⁸ Coletivos inteligentes: “recriação do vínculo social mediante trocas de saber, reconhecimento, escuta e valorização das singularidades, democracia mais direta, mais participativa, enriquecimento das vidas individuais, invenção de formas novas de cooperação aberta”. (Lévy, 1996, p.117-118).

“lugares comuns” e jogar com o inevitável dos acontecimentos para torná-los “habitáveis”. (Certeau, 1999, p.50).

Constatamos que as conversas produzidas durante a construção de máscaras nem sempre são relativas à elas ou ao personagem em construção. As falas são variadas, e os assuntos são diversos: loucura, psicologia, transtorno bipolar, culpa, morte, consciência, corpo, profissionais da instituição, etc. Às vezes, conseguimos problematizar esses temas, outras, não.

Assim, buscamos mapear as **perguntas e as questões** que os participantes se fazem durante o conversar e qual delas provoca mais conversas, afetações e problematizações. Pensamos que, tomando como observáveis essas questões, podemos mapear a cognição em ação, ao que se propõe o contexto das oficinas.

7 ANALISANDO AS OFICINAS

A análise das oficinas foi feita a partir do referencial teórico sobre ecologia cognitiva e a política de cognição enativa, visando, assim, responder os objetivos propostos neste trabalho.

Podemos desde já afirmar que a oficina possibilita a constituição de outras redes de conversação, distintas das que comumente ocorrem no serviço, onde a discussão e a problematização (enação, virtualização) são freqüentes.

Organizamos a análise em tópicos (segundo os objetivos propostos), contemplando os nós que participam de uma rede heterogênea na qual as conversas emergem. Dentre os nós, destacamos as tecnologias e as máscaras.

7.1 As tecnologias da informação e comunicação (TIC) como dispositivos das redes de conversação

O uso de TIC⁴⁹ na oficina deu-se por influência do grupo de pesquisa⁵⁰, através de leituras e discussões sobre o tema no campo da saúde mental. Em princípio, não era intenção que esse tema fosse um objetivo ou foco de discussão, mas, com o desenrolar dos estudos e a verificação do quanto a tecnologia possibilita outros devires, não tinha como não experimentarmos alguma tecnologia nas oficinas

⁴⁹ De modo geral, essas tecnologias estão associadas à interatividade e à quebra com o modelo comunicacional um-todos, em que a informação é transmitida de modo unidirecional, adotando o modelo todos-todos, em que aqueles que integram redes de conexão operacionalizadas por meio das TIC fazem parte do envio e do recebimento das informações (pt.wikipedia.org/wiki/TIC).

⁵⁰ Grupo de pesquisa *Políticas Públicas e Produção de Subjetividade* cuja linha de pesquisa *Redes, Artefatos Simbólicos e Invenção de Si* é coordenada pela Professora Cleci Maraschin da UFRGS.

(primeiramente, a máquina fotográfica⁵¹, a qual, logo depois, foi substituída pela câmera filmadora⁵²). O uso de tecnologias na pesquisa aparece como um dispositivo que, além de ampliar as possibilidades das conversas, também a influencia.

Compreendemos a operação que a tecnologia produz a partir da perspectiva da ecologia cognitiva, cujo foco é estudar as dimensões técnicas, singulares e coletivas, da cognição. Segundo Lévy (1993), as tecnologias agem diretamente sobre a ecologia cognitiva, na medida em que transformam a configuração da rede metassocial, em que cimentam novos agenciamentos entre coletivos humanos e multiplicidades naturais. Dessa forma, estamos falando de uma tecnologia intelectual (que cristaliza uma partição do real, dos processos de decisão, uma memória) considerada uma rede de interfaces (aberta sobre a possibilidade de novas conexões), onde cada ator, desviando e reinterpretando as possibilidades do uso da tecnologia, atribui a elas um novo sentido.

Nas primeiras oficinas, disponibilizamos uma máquina fotográfica que foi pouco utilizada pelos participantes e mais pela pesquisadora. As fotos eram vistas primeiramente na máquina e durante a oficina. Depois de algumas oficinas, conseguimos visualizar as fotos na tela da televisão. Entretanto a atividade de ver as fotos não proporcionava questionamentos ou problematizações, mas comentários. Alguns demonstravam certa decepção ao verem a cena (ação, movimento)

⁵¹ O uso de máquinas fotográficas no campo da saúde já se fez presente nos trabalhos de Dissertação de Mestrado (UFRGS) de Maurense, V. S. em *Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis* (2007) e *A experiência de si no trabalho nas ruas através da fotocomposição* (2005) e Diehl, R. *Do mapa à fotografia: planografias de um espaço louco* (2007).

⁵² Da mesma forma que a máquina fotográfica, o uso de tecnologia como a filmadora não é novidade no campo da saúde mental. A tese de doutorado *Pelas fendas do trabalho vivo e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador*, de Kátia Santorum, defendida na ENSP, em 2006, conta com a experiência do método de co-análise criado na França, chamado autoconfrontação cruzada. É um método desenvolvido por Yves Clot, em 1999, que consiste na filmagem de trabalhadores para análise posterior.

produzida por eles de modo tão estático. Então, por sugestão dos participantes, foi disponibilizada para a atividade uma máquina filmadora.

O uso da filmadora durante a atividade mostrou-se, desde o início, muito interessante para os propósitos da pesquisa, pois aquele que filma procura fazer perguntas para aquele que está sendo filmado, e essas perguntas, às vezes, levam os sujeitos a pensarem sobre o personagem que estão construindo e sobre quem são: *“Quem é que você está fazendo?” “Esse personagem é você?” “É você hoje ou você no passado?” “Quem você prefere?” “O que tu te identifica com esse personagem?” “Você gosta dele?” “Você ou o personagem tem algo a declarar?”* Ocorre um diálogo entre três personagens: o câmera, o participante e o personagem. A filmadora instiga aquele que filma a se comunicar com aquele que é filmado, produzindo-se aí um diálogo que, por vezes, se torna uma rede de conversação e problematização.

Utilizar a filmadora, num primeiro instante, produz um sentimento de estranhamento e desconfiança. Algumas pessoas relatam que deixam de participar da atividade devido à presença da filmadora, ou melhor, com o que é produzido com ela (preocupação com quem pode ter acesso às imagens). Quanto ao contato com a filmadora, alguns evitam a princípio, por medo de estragar, outros, por “medo” do objeto desconhecido, outros, por não saberem mexer, outros têm vergonha de filmar e prejudicar a imagem por causa das mãos trêmulas (na grande maioria, em função de seqüelas do álcool). Mas, quando entregamos/direcionamos a máquina para eles - e juntamente manipulamos e experimentamos as primeiras cenas - poucos se negam a usá-la.

A invenção de problemas revela-se quando dificuldades e resistências são enfrentadas pela introdução de novas tecnologias cognitivas no cotidiano dos usuários. Entretanto, em seu sentido mais forte e importante, a invenção de problemas corresponde à capacidade dos dispositivos técnicos de atuarem no processo de virtualização da inteligência e na

alteração das formas de conhecer instituídas. (Kastrup, 2000, p.38).

A filmadora proporciona outro tipo de contato e de comunicação, que exige daquele que pergunta (e seleciona a imagem a ser filmada) e daquele que aparece na imagem (e pode vir a responder) uma *performance* diferenciada, que impõe a criação e/ou invenção de um outro modo de ser e agir nesse coletivo. Se, num primeiro momento, o novo (filmadora) se impõe como obstáculo ou problema, num segundo, a potencialidade de problematização leva à invenção de novas formas de conhecer, de novas regras de funcionamento cognitivo. Segundo Kastrup (2000), no momento em que o dispositivo se acopla com a inteligência, esta é colocada num processo de virtualização, acionando processos de criação e de diferenciação em seu interior. Essa interface (zona de contato) homem – máquina opera, segundo a autora, no nível onde o atual guarda a dimensão virtual.

Os extrovertidos fazem questão de aparecer na filmagem muito mais do que filmar. No entanto, quem se manifesta com frequência para manipular a câmera são as pessoas mais tímidas, que preferem estar atrás da filmadora do que na frente dela. Esses ditos (considerados) tímidos, ao se acoplarem com a filmadora, perdem suas características de timidez e conseguem interagir facilmente com os outros participantes. Se, antes, apareciam através de uma postura mais isolada na criação da máscara, com o olhar focado para essa, diante do acoplamento com a filmadora, ambos (máquina e humano) ganham lugar de ator na oficina.

Os dispositivos técnicos são, portanto realmente atores por completo em uma coletividade que já não podemos dizer puramente humana, mas cuja fronteira está em permanente redefinição. (Lévy, 1993, p.137).

De acordo com o autor acima citado, máquinas fotográficas e câmeras filmadoras não são apenas memórias, “[...] são também máquinas de perceber as sensações de outra pessoa, em outro momento e outro lugar” (Lévy, 1996, p.28), que estendem o alcance e transformam a natureza de nossas percepções. A

filmadora virtualiza o olhar. O processo de virtualização não se opõe ao real, (as coisas que persistem e resistem), mas se opõe ao atual, uma vez que a atualização aparece como solução de um problema.

Podemos pensar que a máquina filmadora é um recurso de potencialização da oficina. Ao emergir como um ator na atividade, ela propicia um processo de virtualização (nó de forças) que leva à invenção de problemas.

A virtualização, passagem à problemática, deslocamento do ser para a questão, é algo que necessariamente põe em causa a identidade clássica, pensamento apoiado em definições, determinações, exclusões, inclusões e terceiros excluídos. Por isso a virtualização é sempre heterogênea, devir outro, processo de acolhimento da alteridade. (Lévy, 1996, p.25).

A resolução desses problemas pode-se dar na ordem do que é possível, o real anulando o seu potencial inventivo, mas também se pode dar através da atualização (solução que não estava contida previamente no enunciado), que é a criação, a invenção de uma solução a partir dessa dinâmica de forças. Segundo Lévy (1996), se a virtualização for bloqueada, a alienação instala-se; se for cortada a atualização, as idéias, os fins, os problemas tornam-se bruscamente estéreis, incapazes de resultar na ação inventiva; se for impedida a realização, enfim, os processos perdem sua base, seu suporte, seu ponto de apoio, eles se desencarnam. “Todas as transformações são necessárias e complementares umas das outras.” (p.140-141).

Quando o vídeo é visto (na semana seguinte), num primeiro momento, há um silêncio. Segundo alguns participantes, esse silêncio é de estranhamento (tempo para se reconhecer na tela) com a imagem, com a voz. Depois, vêm as risadas e os comentários sobre os personagens e as habilidades dos colegas. Surgem comentários a respeito do corpo deles: *“Eu não tinha idéia de que eu estava com o rosto assim, eu envelheci”*, *“Que bom que eu engordei, quando cheguei aqui tava*

virado em osso, o crack deixa a gente chupado”, “É legal a gente se ver no vídeo, eu tô bem melhor do que eu era”, “O que eu acho muito estranho é minha voz, a aparência eu tô igual como eu sou”. O vídeo tem possibilitado esse “se ver de outro jeito”, além disso, é outro momento de troca e de apropriação deles, uma vez que, para outras pessoas assistirem, eles precisam dar autorização.

As pessoas que vêem o mesmo programa de televisão, por exemplo, compartilham o mesmo grande olho coletivo. Graças às máquinas fotográficas, às câmeras e aos gravadores, podemos perceber as sensações de outra pessoa, em outro momento e outro lugar. (Lévy, 1996, p.28).

Um dos participantes, em uma das sessões de vídeo, ficou em estado de choque ao se ver na tela. Quando ele participou da oficina, havia acabado de ser transferido da unidade de desintoxicação para a unidade de tratamento e ainda estava um pouco confuso. Durante a atividade, falou o tempo inteiro, às vezes coordenando suas falas com os demais participantes, em outros momentos, suas falas eram dispersas, sobre assuntos diversos, sem direção, exigindo de alguns participantes maior acolhimento, já que outros demonstravam rechaço. Sua voz era ouvida o tempo todo no vídeo.

Quando assistimos ao vídeo (nesse caso, foram duas semanas depois da atividade, por questões técnicas com a filmadora), esse paciente estava menos confuso e agitado. Ao se ver na tela, ele não se reconheceu *“Eu não acredito que sou eu”*. Ele ficou em silêncio, catatônico enquanto os outros participantes riam e brincavam com o que viam. Mas sua fala repetida *“Não sou eu”* fez com que todos silenciassem. Alguém perguntou: *“Por que tu acha que não é tu?”* Então, a resposta: *“Esse aí é insuportável, não cala a boca, só enche o saco, eu não estou assim, meu Deus, coitada da minha mãe, será que eu era assim em casa? Acho que pior, pois, quando desci da UD, eu já estava desintoxicando, em casa eu tô direto chapado,*

meu Deus, que criatura insuportável. A minha mãe dizia que eu ficava assim, mas sabe como é né, a gente não acredita. Porque vocês não mandaram eu calar a boca?” Os participantes tentaram acolher, explicando que isso pode acontecer com qualquer um e que muitos deles passaram pelo mesmo tipo de comportamento.

Esse participante, na visita familiar, procurou conversar com a mãe sobre o ocorrido e entre lágrimas, pediu várias vezes desculpa por tê-la incomodado. Nesse momento, ambos, com dificuldade, conseguiram falar sobre as implicações do uso de substâncias químicas na vida deles. Embora ainda com um ingrediente de culpa, nota-se que esse tipo de cognição ultrapassa a reconhecimento estrita, ao potencializar a conversa com o familiar.

O conteúdo do vídeo é uma surpresa para todos, pois muitos filmaram a oficina. O que vemos na tela é o produto (atualização) de um coletivo inteligente, uma vez que a base e o objetivo da inteligência coletiva são o reconhecimento e o enriquecimento mútuos das pessoas.

Phillipe Dubois acredita que o vídeo pode ser um dispositivo, um evento que envolve o espectador em relações, ao mesmo tempo perceptivas, físicas e ativas, abrangendo, portanto, muito mais do que as telas mostram, sendo possível “[...] pensar o vídeo como um estado e não como um produto, ou seja, como uma imagem que não pode ser desvinculada do dispositivo para o qual foi concedida” (Machado, 2004, p.13).

Encarar o vídeo como estado, segundo Dubois (2004), implica acreditar que o vídeo é uma maneira de ser e pensar as imagens mais do que um objeto-imagem em si, já que ele pensa (ou permite pensar) o que as imagens são (ou fazem). De acordo com o autor, o vídeo pode ser compreendido como um “ato mesmo do olhar”, a expressão de uma ação.

[...] vídeo é o ato de olhar se exercendo *hic et nunc*, por um sujeito em ação. Isto implica ao mesmo tempo uma ação em curso (um processo), um agente operando (um sujeito) e uma adequação temporal ao presente histórico: “eu vejo” é algo que se faz “ao vivo” [...]. (Dubois, 2004, p.72).

Podemos concluir que tanto a produção coletiva de um vídeo quanto o ato coletivo de se ver no vídeo propiciam o exercício da cognição enativa, segundo Varela, ou inventiva, segundo Kastrup, uma vez que problematiza o que está dado. A cognição aqui presente dá-se numa rede onde interagem humanos e tecnologias, de modo que o pensamento é sempre a realização desse coletivo, uma vez que a pergunta foi dirigida ao mesmo. A solução não é encontrada em si próprios, mas na conversa com os demais participantes e com os familiares.

7.2 As máscaras como dispositivo operativo das redes de conversação

A produção de variados personagens políticos (Che Guevara, Fidel Castro, Lula), desenhos animados, pessoas queridas da família, pessoas que vivem na rua das suas cidades, animais de estimação, pessoas mortas, funcionários da instituição, santos, etc. permite imediatamente a constituição de outra rede de conversação que não apenas aquela baseada na confissão do uso de substâncias químicas. A singularidade de cada um aparece nessa “nova” rede de conversação, questionando e problematizando o que é imposto, ao trazer à cena da conversa outros interlocutores.

É muito recorrente a confecção de máscaras divididas em dois personagens: eles com as substâncias químicas (rosto triste) e sem as substâncias químicas (rosto feliz). A questão que se problematiza aqui é: as substâncias químicas só provocam tristeza? A vida sem substâncias químicas é só felicidade? A máscara e o discurso aparecem através das verdades impostas, mas, quando fazem a

representação desses personagens, não é isso que aparece. Na representação, aparecem os momentos de prazer e dor, tanto da vida com substâncias químicas quanto sem ela. Conseguem relativizar o discurso, ao usarem o corpo para expressar o que sentem e pensam. Podemos pensar que, no momento que o corpo entra em cena, há um *breakdown* que interrompe a reconhecimento e faz surgir o lado criativo da cognição.

Dentre os diversos assuntos que circulam nessa rede de conversação presente na oficina estão os relacionados: ao prazer do uso de substâncias químicas, aos diferentes efeitos dessas substâncias em cada um, aos transtornos de humor, à de substâncias químicas com a loucura e a morte, às normas e às atividades institucionais, aos profissionais da instituição, à pesquisa, à vida familiar e outro mais.

A rede de conversação emerge desde o momento em que estão dividindo a cartolina. Refletir sobre que máscara fazer leva a um tipo de conversa, de troca, que implica a argumentação do porquê fazer esse personagem e não outro. Esse primeiro momento, onde a conversa são os possíveis (e diversos) personagens e suas histórias, dura bastante tempo e faz com que o rumo da conversa mude toda vez que outro personagem surge. A decisão de o que fazer é movida por uma circularidade de assuntos relativos à vida de cada um.

Cada máscara e cada personagem criado são uma interface entre o criador e a criatura, pois permitem operações de contato entre meios heterogêneos, mantendo o movimento e a metamorfose, e são também, “[...] um agenciamento indissolúvelmente material, funcional e lógico que funciona como uma armadilha, dispositivo de captura” (Lévy, 1993, p.180). Dessa forma, o corpo, a máscara e a filmadora são uma imensa rede de interfaces que colaboram para o processo

criativo desse viver, dessa experiência. “Tudo aquilo que é tradução, transformação, passagem, é da ordem da interface.” (Lévy, 1993, p.181). Seja um familiar falecido, seja um desenho animado da infância, seja um profissional da instituição, esse personagem que emerge de uma aparente e conturbada “bagunça” coletiva é o mais novo participante da atividade. Os participantes multiplicam-se.

Decidida a máscara, esse “rosto” ganha o corpo de quem a criou. Temos, então, um participante; por exemplo, “José”, que cria e/ou inventa a máscara de um personagem. “Inventar é garimpar o que restava escondido, oculto, mas que, ao serem removidas as camadas históricas que o encobriam, revela-se como já estando lá.” (Kastrup, 2008c, p.168). Terminada a construção da máscara, passamos para a segunda etapa, que é a apresentação corporal do personagem. José “empresta” seu corpo para a máscara e faz emergir outro personagem. Esse processo de “enaturar” outro gera uma nova rede de conversação, baseada na troca de experiência com os colegas sobre como fazer essa representação corporal. É como se fosse um ensaio. Nesse momento, as máscaras circulam pelos corpos ali presentes, produzindo risos e, por fim, tomando a forma de um personagem. Esse processo de criação de um personagem e de vir a ser esse personagem dá-se através da noção de atuação proposta na cognição enativa, em que a aprendizagem se dá por cultivo num “[...] processo de atualização de uma virtualidade, ganhando o sentido de diferenciação” (Kastrup, 2008c, p.169).

A noção de atuação, segundo Kastrup (2008a) aponta uma dimensão coletiva que comparece no corpo, ao mesmo tempo em que indica a participação do corpo na configuração do mundo que é partilhado pelo coletivo⁵³. A aprendizagem, aqui,

⁵³ Mistura de homens e coisas que se auto-organizam, mantendo-se e transformando-se através do envolvimento permanente dos indivíduos e das tecnologias que as compõem. É dinâmico, aberto, percorrido de individualizações auto-organizadoras, locais, e pontuado por singularidades mutantes (Lévy, 1993).

não é adequar-se à máscara ou ao personagem, mas agenciar-se com eles. A autora entende acoplamento como agenciamento. “De acordo com Deleuze e Guattari agenciamento é comunicação direta, sem mediação da representação” (p.105). A partir dessa idéia de agenciamento, a aprendizagem não é uma repetição do mesmo, mas uma atividade criadora, onde aprende quem cria permanentemente na relação com a máscara. Essa experiência ocorre num coletivo inteligente, que pressupõe uma valorização constante de suas possibilidades e conduz ainda a uma mobilização efetiva de competências, ao indicar a necessidade de identificar e reconhecer os saberes de todos que compõem o coletivo (Lévy, 1998).

A oficina possibilita processos de criação que permitem que os assuntos conversados ultrapassem os relativos à doença. Inevitavelmente, eles surgem através de um discurso moralista sobre a conduta deles antes e depois do uso de substâncias químicas. Mas o oficinasinar tem possibilitado outros assuntos (relativos ao viver deles) e permitido colocar o assunto doença em questão, como, por exemplo: *“Eu também uso crack, mas eu não tenho essas viagens que o Paulo tem. Não adianta cada um é diferente. A gente pode ter a mesma doença, mas é diferente”*; *“A minha experiência com a droga é diferente do meu grupo, então, eu fico pensando será que eu sou doente mesmo?”*. Quando alguém questiona o que está instituído provoca turbulências na rede de conversação, de tal forma que as pessoas que não aceitam esse tipo de questionamento tentam encerrar a conversa (tentativa de retornar a uma reconhecimento). Nesse momento, é preciso intervir, dando continuidade e circularidade à conversa a fim de manter a cognição em processo.

7.3 Repercussões

Quanto ao segundo objetivo, podemos identificar que as questões que emergem da atividade são relativas à vida deles com as diferentes redes sociais: a família, a instituição de tratamento, os grupos de mútua ajuda, etc.

Quanto à família, as questões formuladas referem-se à dificuldade de diálogo com esses. Eles acreditam que, devido ao uso de substâncias químicas, magoaram muito essas pessoas e, por isso, não se acham no direito de expor o que pensam para as famílias. Esse assunto gera bastante polêmica nessa atividade, pois, de acordo com o desenrolar da conversa, começam a se dar conta de que a dificuldade de relacionamento familiar não se deve apenas ao abuso de substâncias químicas. Nesse momento, a conversa muda de rumo, direcionando-se a outros sentimentos, para além da culpa. O foco (moral, cognitivo) distancia-se do uso de substâncias químicas e da culpa e surge o que eles sentem e pensam. Alguns constroem a máscara de um familiar e, na hora de apresentar o personagem, fazem um duplo papel, o do familiar e o deles, ou outra pessoa assume o papel do familiar, produzindo-se, assim, a cena de um diálogo considerado, até então, possível de se pensar, mas impossível de se problematizar e de se atualizar com a família.

Isso causa repercussões interessantes fora da oficina. Há a conversa em que predomina a culpa e a fala do familiar; logo depois, há a conversa sobre o que eles pensam e sentem; em seguida, há a construção da máscara de um familiar; e, por fim, há aqueles que, passadas todas essas etapas na atividade, procuram dialogar com a família sobre tudo isso que ocorreu na oficina. Procuram ouvir o que a família tem a dizer, mas, diferentemente do que ocorre nas outras visitas, nesse encontro,

eles também falam o que pensam, sentem e querem, mostrando um deslocamento da postura de doente (relato de culpa) para uma postura mais criativa, construída no coletivo.

Os assuntos relativos à **instituição Central** estão relacionados com o método de tratamento, os profissionais e as atividades. Esse assunto sempre surge, pois a oficina tem normas diferentes (podem falar com colegas de outro grupo, podem circular na sala, falar o que pensam) das outras atividades, e isso faz com que as seguintes questões emerjam: *“Os tratamentos para doentes como nós são sempre assim...rígidos..., qual é a idéia heim?” “Acham que a gente usa drogas porque não seguimos as normas, né?”*.

Esse aspecto das normas faz surgir uma discussão social moralista de que a falta de limite é o que leva ao uso de substâncias químicas. No entanto, a conversa não demonstra isso. Muitos relatam o sistema rígido em que foram educados, outros afirmam que nunca tiveram limites, e outros acreditam que tiveram limites dos pais. Essa discussão toda põe em xeque a idéia de que a pessoa que usa substâncias químicas não teve limite, quebrando com as verdades instituídas. De uma crença baseada na recongnição (informação transmitida como verdade), passamos a questionamentos que a cognição enativa nos proporciona, produzindo outro ponto de vista sobre o uso de substâncias químicas e sobre os indivíduos que as utilizam.

Outra forma de colocar as questões institucionais é construindo máscaras dos funcionários da instituição. A construção dessas máscaras e/ou personagens produz grande agitação no coletivo, pois muitos declaram sentir medo de que o que vão dizer ou apresentar saia da atividade e que os profissionais possam ficar bravos e expulsá-los do tratamento. Retomamos o contrato de sigilo, e voltam a conversar sobre seu personagem.

A apresentação dos personagens institucionais provoca alvoroço, e predomina a risada. Normalmente, aqui, todos os participantes fazem parte da representação, pois aquele que faz o personagem institucional não representa apenas ele, mas uma situação do tratamento, que é do conhecimento de todos⁵⁴ e que os instiga a participarem.

O que mais é representado é o “confronto”, uma das atividades mais “pesadas” (segundo eles mesmos dizem) do tratamento. Entretanto, durante a construção das máscaras, do personagem e a encenação do confronto, o que predomina é o riso, que aparece trazendo o instituído e, ao mesmo tempo, rompendo com o que há de mais pesado nessa atividade.

[...] o riso partilha, com entidades como o jogo, a arte, o inconsciente etc., o espaço do indizível, do impensado, necessário para que o pensamento sério se desprenda de seus limites. Em alguns casos, mais do que compartilhar desse espaço, o riso torna-se o carro-chefe de um movimento de redenção do pensamento [...]. (Alberti, 2002, p.11).

Durante a atividade de confronto, o que predomina é a tensão emocional provocada pela racionalização de quem os confronta e pela política cognitiva da reconhecimento, onde a pergunta do profissional tem por função apenas reforçar seu *status* de doente, impedindo qualquer possibilidade de criação. Raiva, ansiedade, choro, medo, angústia, apatia, todas as emoções possíveis aparecem no confronto, menos o riso.

Entretanto, na oficina, quando essa cena emocional é representada, a emoção pouco aparece, dando lugar a um riso (cômico) que, às vezes, parece desproporcional⁵⁵ à cena. Segundo Bergson (1980) no seu livro *O Riso*, o cômico surge quando homens reunidos exercem tão somente a inteligência. Ele vem ao

⁵⁴ O riso é mais intenso quanto mais pessoas vivenciaram a mesma experiência que em outra situação é lembrada, imitada.

⁵⁵ É desproporcional no meu ponto de vista, pois não vivencio com eles o momento do confronto, de modo que o que faz muito sentido para eles, às vezes, para mim, não faz.

encontro do que acreditamos ser uma política cognitiva da invenção, pois permite o surgimento do que parecia ser impossível.

Segundo Alberti (2002), o riso e o cômico são indispensáveis para o conhecimento, pois “[...] o nada ao qual o riso nos dá acesso encerra uma verdade infinita e profunda, em oposição ao mundo racional e finito da ordem estabelecida” (p.12). A autora acredita que ele é a experiência do nada, do impossível, experiência indispensável para que o pensamento ultrapasse a si mesmo, permitindo pensar o que não poder ser pensado. Assim, o riso é o que nos faz ver o mundo com outros olhos, de maneira que ele passa a ser “[...] uma solução tanto para o pensamento aprisionado nos limites da razão quanto para o ser aprisionado na finitude da existência” (p.24). É o senso comum, moral e político do homem sensato que determina dentro de que limites éticos o riso é permitido.

Para compreender esse riso, é preciso que o coloquemos no seu ambiente natural, que é a sociedade (Bérgson, 1980) aqui, estamos falando da microssociedade em que os sujeitos estão inseridos; a instituição, pois, dentro desta, o riso tem uma função útil de significação social: ele castiga, segundo o autor, os costumes. Ele é uma espécie de gesto social que “[...] suaviza, enfim, tudo o que puder restar de rigidez mecânica na superfície do corpo social” (p.19). Assim, a rigidez é o que dá matéria ao cômico, e a correção dela é o riso, que ressalta e pretende corrigir a rigidez (do contraste do automatismo com a atividade livre), convertendo-a em maleabilidade. “O que nos causa riso seria o absurdo encarnado numa forma concreta, um absurdo visível” (p.93).

Imaginemos certa fixidez natural dos sentidos e da inteligência, pela qual continuemos a ver o que já não está à vista, ouvir o que já não soa, dizer o que já não convém, enfim, adaptar-se à certa situação passada e imaginária quando nos deveríamos ajustar à realidade atual. Nesse caso o cômico se instalará em nós mesmos: teremos dado todos os ingredientes do cômico: matéria e forma; causa e ocasião. (Bérgson, 1980, p15).

Ao construir a máscara de alguém da instituição, os participantes procuram dar a elas, de um modo geral e amplo, as características daquele rosto. Mas, na representação (imitação), o que aparece de movimentos no corpo (os gestos) é mais específico. São gestos automáticos e rígidos, ou o que Bergson (1980) chama de rigidez mecânica, cuja característica peculiar é ser, em geral, recursível. O gesto é automático, explosivo e impede de levarmos as coisas a sério, de modo que, quando nossa atenção se aplica ao gesto e não ao ato (ação intencional, consciente), temos a comédia. “Imitar alguém é destacar a parte do automatismo que ele deixou introduzir-se em sua pessoa [...]” (p.25).

A repetição, ou semelhança, demonstra o mecânico funcionado por trás do vivo, ou seja, quando uma pessoa dá a impressão de ser uma coisa, ou quando se insinua “[...] confundir a pessoa com a função que ela exerce” (Bergson, 1980, p.42). Entretanto a repetição não é risível por si mesma, mas o é quando simboliza elementos morais. É “[...] um sentimento comprimido que se distende como uma mola, e uma idéia que se diverte em comprimir de novo o sentimento.” (p.44).

O risível “[...] é certa rigidez mecânica onde deveria haver maleabilidade atenta e a flexibilidade viva de uma pessoa” (Bergson, 1980, p.15). Assim, o que nos faz rir é uma espécie de automatismo muito próximo do simples desvio (essencialmente visível) que vemos surgir e aumentar diante de nós quando conhecemos a origem dele e a história que se reconstitui. “Pode tornar-se cômica toda deformidade que uma pessoa bem conformada consiga imitar.” (p.20). Uma expressão risível, diz o autor acima, surge quando pensamos em algo rígido, como um cacoete consolidado, onde toda vida moral da pessoa se cristalizou nesse sistema.

Vemos aparecer na oficina três processos que demonstram a mecanização

da vida: a repetição, onde há a combinação de circunstâncias que se repetem, por exemplo, as falas e as perguntas que sempre se faz no confronto; a inversão, onde a situação volta para trás, e os papéis se invertem, fazendo o paciente o papel do profissional; e a interferência de séries, onde fatos diferentes são interpretados simultaneamente em dois sentidos inteiramente diversos. O objeto (situação representada) é sempre o mesmo, mas os efeitos são reversíveis, e as peças (participantes), intercambiáveis (Bérgson, 1980).

Podemos pensar, junto com Kastrup (2008a), que essa relação mecânica do confronto se dá através dos mesmos elementos e das mesmas relações, obtendo sempre o mesmo produto (comportamento que se repete sempre da mesma forma). Entretanto a representação do funcionário da instituição na oficina produz um deslocamento do mecânico (sem criação, recognitivo), ao que a autora chama de maquínico (com criação, enativo): estabelece relações de comunicação sem determinismo, capazes de gerar diferentes produtos, como, por exemplo, o riso. “A *performance* implica um agenciamento com fluxos, aprendizagem sempre envolvendo devires paralelos.” (p.108).

Na oficina, o riso é produzido artificial e espontaneamente. Artificialmente, quando os participantes (o brincalhão, segundo Bérgson) experimentam a representação (apresentação do personagem), e espontaneamente naquele que o observa. Entretanto, segundo Bérgson (1980), nos dois casos, uma circunstância exterior determinou o efeito.

Depois de concluída a apresentação e a sessão de riso intenso, muitos dão a máscara de presente para o funcionário desenhado. Aqui, as repercussões são variadas: alguns acreditam que dar a máscara de presente contribuiu para melhorar a relação “terapêutica” com o consultor, outros acreditam que a possibilidade de

recontar o porquê construíram determinada máscara permite outro contato com o profissional que não apenas via doença, tornando a relação mais descontraída. Surge uma rede de conversa e escuta (externa a atividade) relativa ao personagem e não especificamente ao paciente ou ao profissional. O mesmo ocorre quando os profissionais participam da oficina.

Outra questão que surge com recorrência é a dificuldade de conseguir expor em público o que pensam e sentem, seja por timidez, seja por medo, seja por vergonha. A dificuldade aparece na atividade, já que ela exige uma exposição corporal. Mas o que surge de questionamentos nesse tipo de conversa é: por que, neste momento, mesmo com todos os receios presentes, eles concordam em ficar na atividade e conseguem, com grande esforço, se expor? Então, eles discutem que a máscara e o personagem os ajudam a falar com menos receio, da mesma forma que as substâncias químicas (segundo a colocação de muitos), já que ela mascara o sujeito. Ficam satisfeitos ao se darem conta de que podem rir e falar em público *“É possível se divertir sem está chapado”*. Como repercussão desses questionamentos e da exposição da apresentação, alguns soltam-se mais nas atividades (propostas no tratamento) de grupo, preocupando-se menos com a opinião dos outros e, conseqüentemente, conseguindo dialogar com um colega mesmo quando a opinião deste é divergente. A interface máscara potencializa a cognição criando comportamentos antes invisíveis. “Ela serve como uma superfície de contato, de tradução, de articulação entre dois espaços, duas espécies, duas ordens de realidades diferentes” (Lévy, 1993, p.181), transformando o silêncio em fala.

Outros questionamentos surgem quanto ao personagem dependente químico: *“O que é ter máscaras? Quem é mascarado é falso? O dependente químico possui muitas máscaras, isso é bom ou ruim? Você no tratamento é uma e, aqui, na oficina*

é outra, afinal quem tu és?” Essas questões adquirem consistência dentro da discussão que eles fazem sobre quem são. Aham que alguém que apresenta mudança de comportamento ao trocar de ambiente ou de situação está mentindo, sendo falsa, usando máscaras, manipulando, e atribuem a isso tudo a recaída.

Eles acreditam que, para não haver recaídas, precisam tornar-se pessoas melhores, sinceras, verdadeiras. Procuram criar um personagem livre do uso de substâncias químicas, que vive de modo rígido e que não pode mudar, pois a mudança implica uma possível recaída. Através da problematização (o que é sinceridade, falsidade, manipulação), o entendimento do que é recuperação é relativizado, o que altera as emoções, pois o que estava dado como verdade começa a ser questionado. Esse tipo de conversa gera tensão, e os participantes demonstram ter necessidade de construir outras verdades.

7.4 Deslocamentos

Referente ao terceiro objetivo, verificamos que, dentre as questões pertinentes discutidas acima, algumas operaram deslocamentos nos modos de agir e nas concepções de si e de mundo enunciadas nas oficinas. A constatação de ter havido, ou não, deslocamentos foi dificultada pelo pouco contato com os participantes da oficina após a atividade. Foi possível constatar algum deslocamento devido à abordagem tanto dos familiares (no pátio da instituição) quanto dos participantes durante os atendimentos clínicos.

O que repercute para além da oficina pode produzir deslocamentos nas relações dos participantes, ao possibilitar outras redes de conversação. As visitas, muitas vezes, são marcadas pela dificuldade de conversarem, pois, segundo os

participantes, por causa do uso de substâncias químicas, por muito tempo estiveram fora da rotina familiar e, em função disso, não sabem o que falar. O oficiar e o que se produz nela são o assunto nesses encontros.

Quanto a deslocamentos nas relações familiares, trazemos dois exemplos: A mãe de um paciente me procurou no pátio da instituição para conversar e disse o seguinte:

O meu filho no final de semana estava com uma máscara na mão na hora da visita e perguntei pra ele o que era aquilo e ele me mostrou: era a máscara do pai (morto na ditadura argentina). Era igual ao pai dele. Ele não conheceu o pai, só por foto, mas fez muito parecido com ele. A gente não fala muito sobre isso, achei até que isso não era problema pra ele, mas se ele construiu a máscara do pai, alguma coisa isso quer dizer né? Qual foi tua intenção nesta atividade? Ele te disse alguma coisa sobre o pai?

Pedi que ela perguntasse isso ao filho. Soube, depois, que conversaram sobre o assunto, e que esse falar sobre quem era o pai persistiu durante o tratamento.

Em outra família, o paciente criou a máscara de um urso e entregou ao filho pequeno na visita familiar. A esposa comentou que o filho, em casa, conversa diariamente com o urso e que ela filmou alguns momentos desse conversar para poder mostrar ao marido quando retornasse do tratamento. Aqui, há o deslocamento da figura do pai para o urso e o deslocamento da rede de conversação iniciada na instituição que permanece em casa, mesmo na ausência do pai. Essa rede de conversação também é mantida através do registro tecnológico da esposa, que permitirá ao pai a chance de nela continuar.

Quanto às repercussões produzidas entre os internos e os profissionais, ocorre um deslocamento (no modo de encarar o outro), na rede de conversação, entre profissional e interno: da rede de conversação recognitiva, em que o contato com o interno se dá via tratamento de saúde, passa-se a uma rede de conversação

inventiva, onde o assunto é o processo de criação e construção da máscara e suas interfaces. Cria-se, assim, outro tipo de relação, menos recognitiva, mais inventiva.

Nos encontros externos com os ex-internos, houve uma situação em que um ex-paciente/participante me abordou perguntando: *“Tu não tá me reconhecendo né? Eu sou o Bin Laden”*. Ambos rimos, e, logo, Bin Laden contou a sua história produzida na oficina. As pessoas que me acompanhavam acreditaram que ele era um louco. Diferentemente de outros encontros, em que a abordagem de apresentação é *“Eu sou João, um adicto em recuperação”*, este não foi com uma doença, mas, sim, com um processo de criação que vivenciamos juntos.

7.5 Reconhecimento

A oficina propõe-se a ser um espaço de possibilidades para que a cognição enativa se manifeste. Entretanto ela não é fixa, esta em constante movimento, que vai da inventividade à reconhecimento e vice-versa. Diante disso, além dos momentos de criação e de problematização, temos as repetições e recorrências, que dificultam os deslocamentos.

As repetições aparecem com mais freqüência nas máscaras e nas conversas. A criação de personagens com características de dependência química normalmente vem acompanhada de um relato verbal permeado de supostas verdades: *“Nós somos maluco mesmo, o nosso lugar é aqui”*; *“Eu recaí porque não fui mais nas reuniões de AA”*; *“Nós somos loucos, doentes”*; *“Precisamos de limites”*. A dificuldade de problematizar esses temas aparece quando eles não aceitam questionamentos, caso outra verdade não substitua a deles. A tensão de não haver respostas (fórmulas propostas por uma cognição recognitiva via representacional)

para todas as dificuldades deles faz com que retornem às suas afirmações, bloqueando a possibilidade de problematização.

A construção de máscaras que só mostra o lado considerado ruim do uso de substâncias químicas remete a idéia de intoxicado-diabo, limpo-humano. Essas máscaras que representam o bem e o mal adquirem características radicais, onde é difícil negociar outras características viáveis e humanas.

Máscaras de pessoas falecidas também dificultam a enação, uma vez que, dependendo do relato ou da interpretação, paralizam o coletivo. Numa das oficinas, um participante construiu a máscara do pai falecido e contou como achou o pai enforcado. Os demais não se moviam, até que alguém propôs velar o pai que estava ali presente como personagem, e assim foi feito, dando-se por encerrado o assunto.

Os assuntos como fé e religião causam discussão não na via da problematização, mas na tentativa de cada um de defender a sua religião, reificando posições antagônicas.

Durante toda a oficina, pudemos identificar movimentos em direção a uma cognição recognitiva. A possibilidade de fazer emergir exercícios de cognição enativa existe, entretanto, visá-la nem sempre implica vivenciá-la. Quando o conversar e o emocionar acontecem juntos potencializam a problematização.

8 CONSIDERAÇÕES

Ao longo deste trabalho, procuramos construir e vivenciar uma intervenção que se propunha a possibilitar o exercício da cognição inventiva (enativa) dentro de uma instituição onde predominam intervenções fundadas em modelos de uma cognição recognitiva (representativa).

O início desta trajetória se deu no projeto de seleção para o Mestrado, cujo conteúdo discutia o uso de substâncias químicas na atualidade. Dessa primeira reflexão emergiram outras tantas durante esse percurso. Tais modificações foram colaborando para que a pesquisa adquirisse um caráter de problematização. Então, o segundo e o terceiro capítulo, que parecem um pouco deslocados de todo o resto do trabalho e da discussão, fazem parte desse caminho e ficam menos deslocados, quando pensado, na trajetória da pesquisadora e na construção da pesquisa.

A discussão sobre o uso de substâncias químicas na atualidade abre um leque de opções de estudo. Não era propósito deste trabalho defender idéias relativas a tais substâncias como bom, ou ruim, legalizar, ou não legalizar, é doença, ou não, substituir o modelo de abstinência total por Redução de Danos, mas, sim, de, através de uma micropolítica poder experimentar a potencialidade transformadora que emerge da constituição de uma rede de conversações que conta com nós heterogêneos. Dessa forma, no segundo capítulo deste estudo procuramos contextualizar o tema focando na descrição das instituições e dos métodos de tratamento para o que chamei de o “atual” indisciplinado. Diante disso, verificamos que, dentro das propostas de intervenção, existem dois objetivos a serem alcançados: a abstinência total e a Redução de Danos.

Ao analisarmos esses objetivos a partir das políticas cognitivas, constatamos que a política cognitiva presente no modelo de abstinência total se realiza basicamente, através da cognição recognitiva, enquanto, na Redução de Danos, há uma abertura para o exercício da cognição enativa. O desafio foi pensar em como criar um espaço para o exercício de uma cognição enativa numa instituição com propostas recognitivas.

Ao nos defrontarmos com o contexto do tema, pudemos observar que o assunto sobre substâncias químicas, ou melhor, sobre as pessoas que fazem uso delas, é bastante divergente. Acreditamos que o tema não implica em encontrar uma única solução, ou intervenção, pois as pessoas não são únicas, mas envolve pesquisa, discussão e construção conjunta, visando à qualidade de vida do sujeito e não apenas à melhora da doença. As divergências entre as políticas públicas (advindas do Ministério da Saúde e do Ministério Público) e os saberes (psiquiátrico, psicológico e religioso) devem ser problematizadas com a intenção de se potencializarem e construir outros fazeres, que melhorem a qualidade dos nossos serviços de saúde.

Construir implica propor e sustentar espaços de reflexão e problematização árduas, que, por vezes, parecem sem necessidade, mas que colaboram para que nós, profissionais, consigamos suportar e lidar com sujeitos que exigem muito mais do que fórmulas prescritas de tratamento, exigem envolvimento, construção conjunta de um viver que se dá no andar lado a lado. Prescrever fórmulas faz parte da cognição representacional: ação prática fundada na transmissão de algo. Construir outros modos de viver envolve a ação conjunta de um mundo fundado no emocional, no encontro (“entre” afetos, pensamentos, problematizações, construções e desconstruções) da relação, cuja troca potencializa o viver.

Em função do envolvimento com a instituição Central - onde a pesquisa foi realizada e cuja proposta de intervenção se dá através da cognição representacional e no pressuposto de abstinência total - achamos interessante falar mais especificamente, no terceiro capítulo, sobre o tratamento proposto por essa instituição. Inevitavelmente (em função do percurso traçado no Mestrado de Psicologia Social, no qual Michel Foucault se faz presente como problematizador), ao descrever o tratamento, não pudemos deixar de pensar que tudo aquilo é o que Foucault chama de modos de subjetivação. Assim, o foco, nesse capítulo, são os modos de subjetivação envolvidos no tratamento do Central e o tipo de política cognitiva presente.

Os modos de subjetivação fundados nas técnicas de si não são um modo de produção exclusivo do Central, fazem parte do mundo (externo a mim, mundo - sujeito) atual, que nos dita como devemos viver segundo os parâmetros propostos socialmente. Somos invadidos (mídia, trabalho, família) constantemente por prescrições que nos impõem que, para sermos o que devemos ser, é preciso autoconhecimento, auto-exame da consciência e a prática da confissão como forma de lidar com a culpa, com o erro, com a diferença de não alcançar o igual, o proposto. Podemos pensar que esses modos de subjetivação se dão a partir de uma cognição recognitiva (representacional) em que existe um mundo externo a nós, que nos dita como devemos ser.

Esse percurso (dos capítulos 2 e 3) se fez necessário para problematizar (pesquisa) o que estava imposto e construir, junto com os pacientes, um espaço de problematização: a oficina.

A intenção de proporcionar um espaço de produção – oficinas - no qual fosse favorecida a constituição e a manutenção de uma rede de conversação que

buscasse reconhecer as produções individuais de modo legítimo, embora passíveis de discussão e de problematização, foi concretizado. Então, a partir da constituição desse coletivo e no viver dele, procuramos analisar os modos pelos quais esse coletivo coloca questões e compartilha emoções relativas às experiências pessoal, institucional e com as tecnologias.

As experiências pessoais emergiam no conversar durante a oficina. Temas relativos a viver com substâncias químicas (não só sobre a doença, mas a experiência de viver com a substância) e à vida familiar eram os mais recorrentes. Nas questões institucionais, o que mais apareceu nas redes de conversação foi a atividade de confronto, que não surgiu como problema (potência) no conversar, mas, no processo de construção das máscaras e nas apresentações, problematizou o que estava dado.

Referente às tecnologias, podemos dizer que elas potencializaram a atividade, inserindo-se como um ator na oficina que produziu uma diferença na relação desse coletivo. Elas permitem o prolongamento da oficina, ao virtualizarem o pensamento, o olho e a própria oficina. Elas possibilitam vivenciar (ao assistir ao vídeo) a oficina, através dos vários olhares que foram registrados com a máquina, e, também que olhemos esses olhares com outro olho.

Podemos afirmar que a oficina é um espaço onde se compartilham questões (de qualquer tipo) e emoções e que promove outras redes de conversação, baseadas menos na doença e mais no sujeito. Esse conversar e emocionar são potencializados por interfaces, como a máscara, o corpo, a tecnologia. Afirmamos isso, pois, através dessas interfaces emerge a cognição enativa. Não que ela não pudesse emergir de outro modo, mas essas interfaces propiciam e/ou estimulam o

surgimento de um campo de problematização que pulsiona para o exercício da cognição inventiva.

A cognição enativa que aparece na oficina não é vivenciada por todos, nem ao mesmo tempo e nem o tempo inteiro. Ela nasce de um problema, mas o problema em si não garante sua existência. É preciso mais que um problema (real), é preciso problematizar, virtualizar, e as interfaces colaboram para que o processo de problematização se instale. Mas, como todo processo de virtualização, a atualização faz-se presente resolvendo o problema. Assim, a oficina é um possibilitador que indaga o que está dado (o real, persistente e resistente), mas o processo de criação (virtualização) só é viável quando se potencializa o problema, gerando força e resolução (atualização). O que impede a problematização são as emoções e as questões que pedem uma resolutividade não pelo questionamento, mas pela transmissão (pressuposto de achar que as indagações e verdades não são construídas, mas transmitidas).

Devido ao curto tempo de duração da oficina e de contato com os participantes (após a atividade), ficou difícil avaliar as repercussões e os deslocamentos. Isso só foi possível quando houve encontros com os participantes e estes falaram sobre a oficina. Mas a memória da vivência autoriza-nos a pensar que aquele rir coletivo, a tinta derramada, as perguntas inusitadas, as questões abordadas, o reencontro com o material didático (*"A gente vira criança de novo mexendo nesse material"*) e com a criança que existe em cada um de nós, a música, a interpretação, o filmar e outras tantas coisas que marcam essa atividade, de algum modo, repercutiu no viver de cada um.

Quanto à proposta da oficina de ser outro espaço de vivência dentro da instituição, através de outros modos de cognição, podemos pensar que esse outro

jeito de conhecer possibilita a existência (mesmo efêmera) de outros modos de subjetivação (focadas no sujeito), baseado menos na prescrição individual e mais na construção coletiva. Se for viável acreditar nisso, é possível pensarmos que os processos de subjetivação, que antes eram fundados no discurso da doença, venham a ser fundados na criação de um discurso sobre o sujeito. Essa experiência de dar voz mais ao sujeito (construção) do que à doença (prescrição) não garante a (eterna) permanência desses processos de subjetivação, mas possibilita problematizar os modos de subjetivação impostos, cujo exercício pode fazer uma diferença nesse viver. Dessa forma, a oficina tinha como intenção (e não como objetivo) possibilitar outros modos de subjetivação, para que outros processos de subjetivação emergissem.

Para que outros processos de subjetivação (não via cognição representacional, mas via cognição enativa) fossem viáveis, era necessário mais do que a presença na oficina, era preciso acoplar-se (sujeito e circunstância sofrem transformações) a essa experiência, pois só através da perturbação mútua é que produzimos outro viver. A oficina, por si só, não é inventiva, não proporciona outros processos de subjetivação (ela propõem outros modos). A invenção só é possível na relação, enatuada. Dessa forma, fazer parte da oficina não significa fazer parte de uma problematização-invenção. Alguns participantes passaram, outros vivenciaram, e outros ainda inventaram. Não há como avaliar quem se beneficiou mais ou menos da atividade. Podemos afirmar que a oficina possibilita e potencializa outros emocionares e viveres.

As dificuldades de um exercício da cognição enativa dentro de um ambiente cognitivo dificultam o processo, mas ele é possível, nem que seja apenas na oficina. No entanto, para garantir efeitos mais duradouros, pudemos pensar numa

maior inclusão dos outros profissionais na oficina e que estes pudessem dar continuidade a rede de conversação construída nessa atividade, expandindo assim, o exercício da problematização. Além disso, é necessário que mais atividades dentro da instituição se proponham a esse objetivo.

Desde a inserção dessa pesquisa na instituição, outras pesquisas estão sendo possíveis de serem realizadas. Podemos pensar que a abertura de outros fazeres (tanto de profissionais internos quanto externos a instituição) venha a contribuir com a continuidade do caráter problematizador, o qual tem a capacidade de potencializar a nossa prática profissional.

Vivenciar a oficina como psicóloga, pesquisadora e participante (meus personagens mais visíveis) através da cognição enativa foi uma experiência da ordem do emocionar, do corpo. Corpo que se transforma na risada, no choro, na música, na máscara, na história, na interpretação. Envolvimento que possibilita sentir, muito mais do que pensar, a dor, a alegria, o sofrimento e o prazer junto com o outro.

9 REFERÊNCIAS

ALBANO, S. **Michel Foucault: Glosario de aplicaciones**. 1 ed. Buenos Aires: Quadrata, 2005.

ALBERTI, V. O riso e o risível na história do pensamento. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

ARAÚJO, M., R. **Comunidades terapêuticas: Um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. 2003. Disponível em:

<http://aed.one2one.com.br/novosite/atualizacoes/as_137.htm>.

AXT, M., MARASCHIN, C. Conhecimento. In: JACQUES, M. & cols. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

BARROS, M.; LUCERO, N. **A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise**. In: Psicologia e Sociedade, v.17 (2). Porto Alegre: UFRGS, 2005.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BERGSON, H. **O riso: ensaio sobre a significação do cômico**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1980.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BUCHI, R. F., VOSGERAU, D., BORTOLOZI, F. Apoio a formação continuada do terapeuta: em busca de uma comunidade virtual terapêutica, Abril/2005 Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/217tcf5.pdf>>.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUBOIS, P. **Cinema, vídeo, Godard**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

FERREIRA, A. A. L. O múltiplo surgimento da psicologia. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da psicologia: rumos e percursos**. 2 ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nau, 2007.

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. Curitiba: Posigraf, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. As técnicas de si. Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. **Dits et Écrits**. Paris: Gallimard, 1994, Vol. IV, pp. 783-813, por Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves.

Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/techniques.html>

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. E RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica; para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V: Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GUERRA, A. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C., FIGUEIREDO, A (Orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria, 2004.

JABER, J. (2004). **Definições a respeito da Dependência Química**. Disponível em: <http://www.clinicajorgejaber.com.br/artigo.php?cd_artigo=10>.

JOHNSON, E. V. **Chega de beber! Guia prático para o tratamento do alcoolismo**. Petrópolis / RJ: Ed. Vozes, 1992.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papyrus, 1999.

KASTRUP, V. Novas tecnologias cognitivas: o obstáculo e a invenção. In: **Ciberespaço: um hipertexto com Pierre Lévy**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

KASTRUP, V. **Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre**. Educ. Soc., Campinas, vol. 26, n. 93, p. 1273-1288, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

KASTRUP, V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008a.

KASTRUP, V. Autopoiese e subjetividade: sobre o uso da noção de autopoiese por G. Deleuze e F. Guattari. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008b.

KASTRUP, V. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008c.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1993.

LÉVY, P. **O que é o virtual?** São Paulo: Ed. 34, 1996.

LÉVY, P. **A Inteligência Coletiva**. São Paulo: Loyola, 1998.

LIMA, E. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C.; FIGUEIREDO, A. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria, 2004.

MACHADO, A. Apresentação. In: DUBOIS, P. **Cinema, vídeo, Godard**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

MARASCHIN, C. Pesquisar e Intervir. In: **Psicologia e Sociedade**, v.16 (1) Edição Especial. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

MARLATT, G.A. Visão geral e Redução de Danos – Parte um. In: MARLATT, G.A & cols. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MATURANA, H. **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

MATURANA, H., VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

NARDI, H. **Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2006.

NARDI, H. C; SILVA, R. N. **A emergência de um saber psicológico e as políticas de individualização**. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 187-198, 2004.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

QUEIROZ, I. S. de. **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas**. *Psicol. cienc. prof.*, dic. 2001, vol. 21, no. 4, p. 2-15. ISSN 1414-9893.

ROCHA, M. L. **Pesquisa-intervenção e produção de novas análises.** Psicologia Ciência e Profissão, n.4, pp.64-74, 2003.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

SILVA, R., de O.; FREITAS, C. S. C. **Justiça Terapêutica: Um programa judicial de redução do dano social.** Maio 2008. Disponível em: <http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=158>.

VARELA, F. **Conhecer: as ciências cognitivas: tendências e perspectivas.** Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. **A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação.** 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Título da Pesquisa: “O OFICINAR COMO EXERCÍCIO DE UMA COGNIÇÃO
ENATIVA/INVENTIVA.”

Nome do (a) Pesquisador (a): Graziela Pereira Lopes

Nome do (a) Orientador (a): Cleci Maraschin

O (a) sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como finalidade criar um espaço de construção, produção e troca de experiências – que chamamos de oficinas - entre pessoas que estejam em tratamento na CENTRAL (Centro Regional de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo). Supomos que a constituição e manutenção das oficinas possa ajudar aos participantes a desenvolver uma atitude reflexiva e questionadora de aspectos tanto pessoais como institucionais.

O número máximo de participantes por oficina é de 15 pessoas com idade entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos.

Ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que a pesquisadora Graziela Pereira Lopes, psicóloga deste centro, utilize o que for escrito, falado, filmado ou fotografado durante a oficina. Você pode utilizar filmadora e/ou máquina fotográfica (disponibilizado pela pesquisadora) durante esta atividade como também pode ser filmado e fotografado por todos os participantes da sua oficina. A utilização destes registros para a pesquisa prevê a não identificação do seu nome, mantendo sob sigilo sua identidade. O (A) sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr. (a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora e da orientadora do projeto.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. No entanto, você pode sentir-se desconfortável com o uso de máquinas fotográficas e filmadoras mas, nenhum dos procedimentos usados oferecem riscos à sua dignidade. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. O material de registro tecnológico (filme e/ou fotos) será visto por todos os participantes presentes nesta oficina. Além destes, somente a pesquisadora Graziela Pereira Lopes e a orientadora Cleci Maraschin terão conhecimento das imagens. O próprio uso das imagens preservará o sigilo da identidade dos participantes.

Esperamos que este momento de construção, conversação e uso de tecnologias lhe permita um outro tipo de vivência possível nesta instituição e que este estudo traga informações importantes sobre a pertinência de um espaço destes dentro de instituições de tratamento para alcoolistas e dependentes químicos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir com esta instituição (e outras), onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O (a) sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida,
manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

TELEFONES: Pesquisador: / Orientador: