

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

PLANO GRUPAL TRANSDISCIPLINAR:
cartografando uma equipe de saúde mental
<http://usr.psico.ufrgs.br/~cribeiro/grupal>

Carlos José Simões Ribeiro
cribeiro@psico.ufrgs.br

Orientadora: Prof^a Tania Mara Galli Fonseca

Porto Alegre

2002

CARLOS JOSÉ SIMÕES RIBEIRO

**PLANO GRUPAL TRANSDISCIPLINAR:
cartografando uma equipe de saúde mental**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional da
UFRGS para a obtenção do título
de mestre. Orientadora: Prof^a Dr^a
Tania Mara Galli Fonseca

Porto Alegre

2002

Dissertação defendida em 31 de janeiro de 2002 e aprovada com conceito A.

Orientadora

Dra. Tania Mara Galli Fonseca
PPGPSI-UFRGS

Banca Examinadora

Dra. Cleci Maraschin
PPGPSI – UFRGS

Dra Marisa Faermann Eizirik
PPGPSI- UFRGS

Dra. Regina Duarte Benevides de Barros
PPGPSI - UFF

No decurso do século XX desligamo-nos pouco a pouco do espaço da terra em que vivíamos desde há três milênios, de maneira que pouco a pouco, sob os nossos olhos, desaparece o espaço da luz do Sol, da agricultura, do sagrado, da guerra, dos estados, da página escrita, que a Geometria exprimia, em conjunto, na sua pureza intimidadora. Desde então circulam, em massa, corpos, mensagens, informação, saberes, a luz mais na sua velocidade que na sua claridade: numa Terra global, instala-se um espaço novo de transportes novos, menos puro que misturado, menos liso ou homogêneo que matizado, arlequinado, tigrado, zebado, em redes múltiplas e interligadas. Através destas redes percolantes novas, prepara-se uma nova ciência e outro hábitat, uma cidade nova, um novo universo... Espero para aurora, para amanhã, a passagem, nesta rede, do limiar da percolação. Correrá um fluxo: novos discursos intermináveis, outras tantas narrativas.

Michel Serres

Dedico este trabalho aos meus pais, Afonso e Irani (*in memoriam*), pelo incentivo, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi se realizando nos encontros. A todos aqueles que participaram de um ou mais destes, de modo intenso e/ou suave, consciente e/ou inconsciente – **muito obrigado!**

À minha companheira Silvana, pelo incentivo, confiança e, mais do que tudo, pelo amor renovado diariamente no seu sorriso.

À minha eterna babá Dila, pelos chás medicinais, para “dor de barriga” que me acompanharam nestes últimos meses. E ao vô Nelson, pela torcida incondicional e parceria nas idas ao Supermercado que me livram muitas horas.

À orientadora e amiga Tania, pela sensibilidade e suavidade com que, concomitantemente, me acolhe e arremessa nas aventuras de uma vida sem fronteiras entre o trabalho, a academia e a “casa”.

Aos colegas do grupo de pesquisa *Modos de Trabalhar, Modos de Subjetivar*, Angélica, Giovani, Juliana, José Ricardo, Luis Artur, Selda, Patrícia Gomes e Patrícia Genro pelas trocas deleuzianas. E, em especial ao Fábio, pelas trocas guattarianas.

Ao pessoal do *Grupo de Saúde Pública*, Gislei, Luis Fernando, Kelly e Janice, pela parceria nos estudos sobre esse tema que já foi tão estranho a nós, e, em especial, à Maria Luiza pela parceria na realização, transcrição e análise das entrevistas.

À Cleci, Marisa e Regina, pela banca-aula do projeto de qualificação, incentivo em continuar e por serem, cada uma com seu charme e aportes teóricos, musas inspiradoras para esse trabalho.

À *Equipe de Saúde Mental do distrito 9*, pelo acolhimento em suas reuniões, pelo tempo dispensado nas entrevistas e pela oportunidade de, juntos, fazermos grupo.

E, finalmente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro que contribui para minha “tranquilidade” e inteira disponibilidade ao Programa, ao Curso e a realização dessa pesquisa.

SUMÁRIO

	RESUMO	09
	ABSTRACT	10
	INTRODUÇÃO	11
1	PLANO DOS CONCEITOS: ONDE E QUANDO NOS MOVEMOS	16
1.1	UTOPIA: COMPROMISSO COM A VIDA	16
1.2	CONTEMPORANEIDADE COMPLEXA: TEMPO DE COEXISTÊNCIAS	18
1.2.1	A Invenção do Ecológico: dos objetos aos sistemas	21
1.2.2	A Noção de Ecologia: da parte ao todo	22
1.2.3	Pensamento Sistêmico: da unidade à rede	24
1.3	CARTOGRAFIA: COMO ATIVAR PERSPECTIVAS E RESSONÂNCIAS	26
2	CARTOGRAFANDO:	32
2.1	A HISTÓRIA DA HISTÓRIA	32
2.2	A HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO LOUCURA	35
2.3	A REFORMA ANTIMANICOMIAL	37
2.3.1	Eugenia Psiquiátrica: o referencial científico	39
2.3.2	Encontros: o referencial político	43
2.3.3	Movimentos no Estado do RS	44
2.3.4	Ponto de Vista Jurídico-manicomial	47
2.3.5	A Comissão de Saúde Mental e seu Projeto	49
2.4	CENÁRIO POLÍTICO-GEOGRÁFICO	52
2.4.1	Plissê Único da Saúde: o SUS	52
2.4.2	A Restinga	57

2.4.3	A Formação por Estágios Contínuos	59
2.5	A ESM DA UNIDADE SANITÁRIA RESTINGA	61
2.6	O FUNCIONAMENTO GRUPAL DA ESM	65
2.7	A ESM DO DISTRITO 9 E O PARADOXO DE DIMINUIR EXPANDINDO	71
3	PLANO GRUPAL TRANSDISCIPLINAR	75
3.1	TRABALHO, GESTÃO E COLETIVOS	78
3.2	INDIVÍDUO E GRUPOS	80
3.3	DISCIPLINAS E CLÍNICAS	87
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

RESUMO

Essa pesquisa busca, através da cartografia de uma Equipe de Saúde Mental, problematizar os mecanismos de subjetivação operados pelo modo de trabalhar em grupo. Para tanto, prioriza o trabalho como atividade coletiva e inventiva e suas relações com a constituição de sujeitos e instituições, modos de produzir tecnologias, subjetividades e de se autoproduzir; e enfoca a implementação de um serviço de saúde mental dito substitutivo ao modelo manicomial e sua relação com a Reforma Psiquiátrica, o Movimento Antimanicomial e o Sistema Único de Saúde. Pretendemos que essa pesquisa nos possibilite pensar o quanto opera nesse grupo, elementos do discurso psiquiátrico e classificatório da doença mental; e, principalmente, o quanto opera elementos de outros discursos: de desinstitucionalização, da Reforma Psiquiátrica, do SUS e da política local. Essa pesquisa busca visibilizar algumas implicações do trabalho grupal com os sujeitos da Equipe estudada, bem como o modo de trabalhar da mesma, tomando o grupal como plano de virtualidades capaz de engendrar novas modalidades de si e de mundos. Situa o operar em grupo como dispositivo de invenção, privilegiando conceitos como virtual, rede, autopoiese, transdisciplinaridade e clínica. Nessa perspectiva, o grupal é tomado como prática que atua diretamente na ontologia da realidade, não se limitando a influenciá-la, mas sim, atravessando-a e constituindo-a.

ABSTRACT

In order to ask about subjectivation mechanisms which take place in group labor, the cartography of an experience conducted by a Mental Health Team was made. The present study highlights the perspective of labor as a collective and inventive activity and its relations to establishing subjects and institutions, to ways of producing technologies and subjectivities, as well as to ways of producing labor itself. The study also focuses on the implementation of a mental health service to replace the asylum model and its relation with the Psychiatric Reform, the Anti-Asylum Movement, and the Brazilian Public Health System (SUS). The aim of this study is to investigate what extent elements of a discourse which is more psychiatric, more official, and more classificatory of mental health operate in this group, as well as to what extent elements of other kinds of discourse do, such as that of deinstitutionalization, of Psychiatric Reform, of the Public Health System (SUS) or of local politics. Thus, this study aims to make visible some implications of the group labor in relation to the subjects of the team, as well as to the way they work; the group as a team is seen through virtualities which are able to foster new modalities of itself and of other worlds. The functioning as a group is considered an invention mechanism which privileges concepts such as virtual, network, autopoiesis, transdisciplinarity and clinical. Under this perspective, functioning as a group acts directly upon the ontology of reality, not only exerting an influence upon it, but actually crossing it and constituting it.

INTRODUÇÃO

O tema dessa pesquisa decorre de problematizações surgidas durante a trajetória teórico-prática do autor, psicólogo, em seus estágios no curso de Psicologia da UFRGS. As práticas¹, realizadas nos estágios em Psicologia Social e Institucional e em Psicologia Clínica, superpostos no tempo, são tomadas como dispositivo que colocam em análise os processos de subjetivação operados pelo modo de trabalhar em grupo. Entendemos que tais processos funcionam como linhas a compor planos existenciais. Vamos, então, percorrer as linhas de constituição de tais planos, bem como as relações que foram se estabelecendo com as variações dos movimentos, como as dos conceitos de saúde/loucura e suas respectivas leis, movimentos sociais, legislações, discursos e práticas. Da mesma forma, abordaremos os conceitos de indivíduo, grupo e transdisciplinaridade. Essas linhas serão priorizadas sobre os aspectos da construção social e histórica das mutações nos modos de trabalhar, em especial dos modos de *ser-em-grupo*² com relação ao trabalho em uma Equipe de Saúde Mental (ESM). Como essas linhas dizem respeito não só ao nosso objeto de pesquisa, mas também à própria trajetória do pesquisador, com relação às práticas e teorias que o compuseram nesse

¹ Salientamos que ao utilizarmos a palavra “prática” temos em mente a concepção de Humberto Maturana e Francisco Varela (2001: 31) de que “Todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”. Assim, toda prática, além de ato ou efeito de praticar, experiência, exercício, técnica, é entendido também como um conhecimento, um saber provindo da experiência.

² A expressão “ser-em-grupo” foi retirada do livro *As Três Ecologias*, de Félix Guattari (1997: 16) e a partir dela forjamos a expressão “trabalhar-em-grupo” que utilizamos sem fazer distinção.

espaço/tempo de formação acadêmica, trabalharemos com conceitos comuns à imanência pesquisador/objeto³.

Partimos da idéia que estamos vivendo um momento de intensas transformações técnico-científicas, responsáveis por mudanças radicais nos campos do saber, poder e subjetivação, fazendo com que aquilo que parecia hierarquizado, mostresse ramificado, complexo e, por incrível que pareça, mais suave⁴. Com o re-ordenamento de trabalhadores, proliferações de saberes e criação de novas dimensões de um mesmo plano existencial, e de tantos outros planos, configuram-se diferentes formas de ser e habitar o mundo. A rigidez burocrática e vertical de nossas instituições e estabelecimentos passou a coexistir, segundo nossa perspectiva, com outros modos de organização, tais como dos serviços de saúde num sistema reticular, com a possibilidade dos trabalhadores se auto-organizarem em equipes com profissionais das mais diversas áreas do conhecimento.

Pensar esses serviços de saúde - entendidos e denominados de serviços substitutivos (em relação aos manicômios) - não se trata de localizar outra estrutura sob a mesma organização⁵, mas de criar territórios⁶ que convoquem o pensamento à sua potência criadora. Para tornar essa viagem uma cartografia⁷ - uma criação singular e ao mesmo tempo produtora de territórios existenciais, enfrentaremos algumas desterritorializações. Vamos desnaturalizar certas concepções do que seja saúde mental,

³ Como veremos mais adiante, na seção que trata especificamente sobre *Cartografia*, bem como no decorrer de todo trabalho, desde a perspectiva teórica por nós adotada, o sujeito pesquisador e seu objeto de pesquisa são imanentes e inseparáveis.

⁴ Suavidade é entendida como a continuidade-conectividade entre tudo que nos cerca e podemos perceber, isto é, não tomamos nada observável ou concebível como um corte abrupto, rompimento ou surgimento (transcendental) de algo que já não estivesse em processo, por mais imperceptível que nos fosse.

⁵ A utilização das expressões “estrutura” e “organização” é utilizada aqui com um sentido distinto do usual e esta de acordo com a obra de Humberto Maturana e Francisco Varela (2001: 54).

⁶ O conceito de território para Deleuze e Guattari é definido pelo co-engendramento, isto é, a construção recíproca e indissociável de si e do mundo. Em *Micropolíticas: cartografias do desejo* de Félix Guattari e Suely Rolnik (1999: 323) encontramos uma definição e distinção entre os conceitos de *Territorialidade / desterritorialização / reterritorialização*.

⁷ Posteriormente, desdobraremos o conceito de cartografia. Por enquanto, ficaremos com esse para desde já irmos constituindo essa perspectiva de pesquisa: “De uma maneira mais geral, dever-se-á admitir que cada indivíduo, cada grupo social veicula seu próprio sistema de modelização da subjetividade, quer dizer, uma certa cartografia feita de demarcações cognitivas, mas também míticas, rituais, sintomatológicas, a partir da qual ele se posiciona em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e suas pulsões” (Félix Guattari, 1992: 21).

trabalho e grupo, não para substituir por outras “mais adequadas”, mas para buscar a potência do que aí possa advir.

Trata-se, então, não de achar respostas, mas de buscar perguntas que possam movimentar certezas instituídas. Iniciaremos com algumas questões relativas ao trabalho com a saúde mental nos serviços públicos: Que efeitos de subjetivação podem ser mapeados com as práticas em voga? Que encontros estão sendo possibilitados e provocados? Que territórios existenciais estão se fazendo e desfazendo? E que vida está sendo afirmada? Não pretendemos respondê-las, mas, através delas nos re-situarmos, criando outra perspectiva e provavelmente outro entendimento. Passaremos, então, a configurar um terreno conceitual e político que nos possibilite circular por leis, fatos e efeitos históricos, práticas e discursos relativos ao trabalho em grupo no campo da saúde mental.

O que nos interessa são modos de subjetivação e, neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que eles se compuseram, que forças se atravessam e que efeitos estão se dando. No lugar do Indivíduo, individuações. No lugar de sujeito, subjetivação (Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros, 2000: 77-78).

Para constituir esse ponto de observação, vamos mapear modos de trabalhar em saúde mental desde instituições e tecnologias conectáveis com questões do grupo que compõe a ESM. O grupo, aqui, é entendido como um sistema complexo e resultante de perturbações externas concernentes à sua estrutura e ao seu modo de operar, que, por sua vez, tem relação direta com seus objetivos pragmáticos, com as relações de poder e saber que nele circulam e com sua autoprodução e a de seus integrantes. Vamos buscar observar estruturas ativas e comuns a diversos sistemas: no sistema do Estado, do município, da comunidade e no sistema do grupo-ESM. A questão **não é achar semelhanças**, e sim **encontrar estruturas ativas nessas diferentes escalas**. Isto é, relações de como o grupo se inclui nessa rede mais ampla e que tipo de relações se estabelece entre seus integrantes e como isso, por sua vez, os perturba.

Esse trabalho, portanto, busca dar visibilidade ao inusitado, ao criativo, ao emergente e pretende sustentar-se em uma perspectiva utópica de produção de realidades. A utopia, como será aqui entendida, está diretamente ligada à questão inventiva do real, ou seja, da atualização; e não da repetição do ideal como

historicamente tem sido tomada. O espaço coletivo de trabalho, a ESM, é visto como um momento que pode ser potencializador desse aspecto. Buscamos olhar nesse grupo não a repetição, mas a invenção⁸, o ato criativo, a emergência. Então, o lugar de pesquisador, perspectiva que pretendemos criar, não vai se restringir a estudar os problemas que uma ESM enfrenta na articulação dos dispositivos legais com a realidade, as dificuldades e as resistências. Não é que não existam as resistências e problemas ou que não se dará atenção a eles. Ao contrário, é quando a vida, na ótica de uma utopia, encontra resistências, desafios, momentos e espaços de deriva, que o ato criador da expansão da vida pode ser acolhido e registrado.

Sendo assim, nosso problema de pesquisa ainda está acontecendo, em pleno processo. O que, por um lado, é positivo, pois estabelece um tipo de implicação e relevância atualizada com o social, e, por outro, é limitante e apresenta dificuldades por estar em movimento, em constante transformação, em pleno processo de autoprodução. Nosso objeto de pesquisa é a estrutura ativa comum aos planos grupais, políticos, legislativos e ético-estéticos concernentes à ESM. Através do conceito de autopoiese, buscaremos pensar as estruturas de autoprodução com sua clausura operacional e não aquelas dadas *a priori*. Buscaremos mapear uma estrutura em anel, operando em um espaço de vazamento que se fecha mas nunca no mesmo lugar, pois só existe em relação à deriva temporal. Ou melhor, de abertura para o mundo. A volta do anel nunca se dá no mesmo ponto, como a fita de Moebius⁹, que não deixa de ser um anel torcido.

Pretendemos que essa pesquisa nos possibilite pensar o quanto operam, nesse grupo-ESM, elementos do discurso psiquiátrico e classificatório de doença mental; e o quanto operam elementos de outros discursos: da desinstitucionalização, da Reforma Psiquiátrica, do SUS e da política governamental local-atual. Buscaremos uma compreensão de como isso opera no grupo, se e como acontece a decomposição de seus

⁸ “Tomando como referência a filosofia de H. Bergson, a invenção caracteriza-se por dois aspectos. Em primeiro lugar, a invenção é sempre invenção de novidade sendo, por definição, imprevisível. Em segundo lugar, para Bergson a invenção, em sentido forte, é sempre invenção de problemas e não apenas invenção de solução de problemas” (Kastrup, 2000).

⁹ A Fita de Moebius trata-se de uma superfície com propriedades bastante diferentes das que estamos acostumados no dia a dia. Uma espécie de monstro ou curiosidade matemática. As superfícies usuais, por exemplo, que estudamos no primeiro e segundo grau, têm dois lados, mas a Fita de Moebius é uma superfície bidimensional que tem só um lado. A fita de Moebius assim como uma fita plana ou em anel possui duas superfícies, o que desaparece na primeira é a distinção de lados que passa a ser percebida e a funcionar como um só.

campos disciplinares e como o grupo se deixa afetar pelas relações aos planos de imanência de um trabalho em equipe.

Buscamos, como nos lembra Gastão Campos (2000: 14),

repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo como uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho, significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de suas redes de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.

Partimos da idéia de que toda a gestão, isto é, organização do trabalho, é co-gestão, uma organização autopoietica, pois possui imbricamentos com o coletivo ao qual diz respeito, ao mesmo tempo em que o gera. E que, toda gestão, segundo Gastão Campos (op. cit.), possui três funções básicas:

1. Administrar e planejar processos de trabalho, objetivando a produção de valores de uso;
2. Alterar as relações de poder ao se redefinir tarefas e a circulação de saber (espaço político);
3. Influenciar na constituição de sujeitos (espaço pedagógico / terapêutico).

Assim, a organização do trabalho opera sobre três aspectos que são coexistentes e concomitantes, mas separáveis por questões didáticas/explicativas.

Essas mudanças, em função de sua rapidez, para não falar de sua aceleração, engendram fenômenos de desequilíbrio ecológico, e, por isso, precisaremos de conceitos que nos auxiliem numa problemática complexa e concernente a todo e qualquer tipo de vida no nosso planeta.

1 – PLANO DOS CONCEITOS: ONDE E QUANDO NOS MOVEMOS

1.1 - UTOPIA: COMPROMISSO COM A VIDA

Ela está no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para me fazer caminhar.

Eduardo Galeano¹⁰

Movemo-nos por caminhos que apresentam bifurcações. Caminhos de escolhas que podem ir se afirmando. Escolhas que se fazem em nós não só através daquilo que desejamos, mas também no que desprezamos ou já esquecemos.

E no campo da pesquisa científica, o que nos move em direção a um tema ou idéia? Por que formulamos um problema? Por que escolhemos um ou mais autores e excluimos outros, e optamos por uns conceitos desprezando outros tantos? Como traduzir isso em conhecimento, em um saber?

Para estar pensando essas questões, abordaremos o tema da utopia com outras perguntas. Qual é o lugar da utopia nos caminhos que se apresentam no contemporâneo? De que utopia falamos hoje? Quais são as relações que podemos traçar entre o contemporâneo e a utopia?

Durante muito tempo o que se vislumbrou foi uma Utopia¹¹ idealizada e irrealizável, sustentada naquilo que ainda viria a ser. Uma Utopia assentada no passado, virada para o futuro e sem nunca encontrar o presente. Uma Utopia colocada fora da

¹⁰ In: Correio da Cidadania. Ano V – nº 266

¹¹ Distinguiremos Utopia, com maiúscula, de utopia com minúscula, conforme sentidos apresentados no texto.

nossa possibilidade, transcendental, nos separando de nosso próprio presente e de sua criação.

Mas nesse momento do texto, tentaremos afirmar a idéia que a utopia é a possibilidade de criar, portanto, é aquilo que somos e aquilo em que nos diferimos de nós mesmos; vários futuros e passados dobrados no presente. Partimos da idéia de utopia tomando a etimologia da palavra como um *u+topos*, como não-lugar, como um espaço virtual que, potencialmente, contem todos e ao mesmo tempo não se constitui em nenhum deles.

A utopia, neste entendimento, não é um lugar para se chegar, mas a tentativa de habitar um lugar do tempo experimentando um não-lugar. Até porque, politicamente, é fundamental que se possa afirmar isso. Essa dissertação, bem como a pesquisa que a envolve, tem um compromisso (micro)político¹², da política que inventa e afirma a vida, que se interessa pela sua expansão. Pensamos em afirmar esse lugar que ocupamos, que, ao mesmo tempo, está conectado com a discussão da falta de projetos e da perda de nossa vontade de lutar, já que estamos cortados por uma visada “neoliberal”, por uma certa visão do mundo que vem dizendo¹³: tudo se dá de qualquer maneira, tudo se dá sem projeto, projeto não existe mais, não temos mais com que sonhar... E se não temos mais Utopia, se não temos mais lugar para chegar, então vai qualquer coisa, de qualquer jeito, tanto fez como tanto faz...

Portanto, para pensarmos nossas questões de pesquisa ao longo dessa dissertação, vamos trabalhar com a idéia de utopia, não no seu sentido usual (A Utopia) como lugar ou situação ideais e por isso projeto irrealizável, quimera ou pura fantasia, mas com uma idéia de utopia mais próximo das heterotopias como lembra Foucault (1999), para quem as Utopias correspondem a delimitações sem lugar real, enquanto as heterotopias seriam as delimitações reais que se podem encontrar no interior da cultura.

¹² Segundo Gilles Deleuze e Félix Guattari (1996: 90), tudo é político e toda política é, ao mesmo tempo, *macropolítica* e *micropolítica*. Mas o que as distingue não é o tamanho e sim a natureza de sua “massa”: Toda sociedade, mas também todo indivíduo, é pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma *molar* e outra *molecular*. Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para outra, segundo diferentes figuras como nos primitivos ou em nós – mas sempre uma pressupondo a outra.

¹³ Segundo Frei Beto num artigo intitulado “Sabor de Utopias” na revista Caros Amigos (Novembro de 2001), é provável que nesses 2.400 anos que se estendem de Sócrates aos nossos dias, a humanidade não tenha conhecido um período tão desprovido de utopias como agora.

Segundo Michel Foucault (1999: 431),

“... a época atual seria possivelmente a época do espaço. Estamos na época do simultâneo, na época da justaposição, na época do próximo e do longínquo, do contínuo, do disperso. Estamos em um momento em que o mundo se experimenta, creio, menos como uma grande via que se despreza através dos tempos do que uma rede que enlaça pontos e que entrecruza sua meada”.

As heterotopias, portanto, são uma espécie de lugares fora de todos lugares, mas que podem ser localizados. Assim, a ESM, o SUS, a Reforma Psiquiátrica, como um jardim, um museu, um cemitério, podem ser entendidos como lugares que abrigam um mundo inteiro que precisa ser desbravado, atualizado, descrito, e que, ao mesmo tempo, é móvel, opaco e denso. Todo lugar pode ser, portanto, tomado como heterotópico, por comportar não lugares dentro de si e abrigar a multiplicidade, constituindo-se como território movente, da ordem do virtual, da desconstrução e invenção.

As heterotopias seriam propriedades que auxiliariam nos devires de um território, como pontos de referência para nos movermos num mapa. Operariam como nós de uma rede que, ao nos aproximarmos, se revelariam também como redes, isto é, espaços componíveis e localizáveis pelas relações que apresentam com a cultura, com a ciência, com as instituições e suas práticas.

1.2 - CONTEMPORANEIDADE COMPLEXA: TEMPO DE COEXISTÊNCIAS

O tema sobre a utopia, nos dias de hoje, está afinado com a discussão sobre a complexidade e o contemporâneo. Não temos mais uma realidade que se possa reduzir e binarizar, por estarmos vivendo outro paradigma, ou estarmos fazendo um trânsito entre paradigmas, e habitando o da complexidade.

As correntes científicas positivistas baseiam-se em fenômenos que se repetem com regularidade e, com isso, podem explicar o mundo através questões determinísticas. Essa idéia, levada ao extremo, de um mundo absolutamente

determinado, permitiria ou asseguraria um futuro previsível e um presente completamente controlado pelo conhecimento do passado. “Se houvesse controle absoluto dos sujeitos sobre as coisas e os fenômenos não haveria acaso. Tampouco haveria acaso se as coisas e fenômenos controlassem o sujeito de modo absoluto” (Gatão Campos, 2000: 99).

Fazemos, então, um esforço de criar e nos apropriar de instrumentos para estar avançando no que compreendemos como ponto de experimentação (heterotopia), em oposição ao de representação (utopia).

Contemplamos o caos que pode ser de alguma maneira previsto ou seguido nas suas seqüências, tendo, contudo, sempre em conta que há um tanto de imprevisível, de surpreendente nesse movimento. A complexidade, por sua vez, apresenta-se como uma das abordagens possíveis para pensar a contemporaneidade e sua contingência tecnológica. Como nos fala Rosa Maria Pedro (1999: 73), se o acontecimento tecnológico inventa a contemporaneidade e, com ela, novas formas (híbridas¹⁴) de nos relacionarmos com o mundo e conosco, isto parece se dar na medida em que estas relações se complexificam.

Seguindo alguns teóricos da atualidade, encontra-se entre eles expressões e idéias como Teoria da Complexidade, Ciência da Complexidade e Pensamento Complexo para designar o que estamos entendendo aqui como uma rede de problemáticas tomada como foco para dar conta de híbridos contemporâneos que, nas últimas décadas, têm confrontado as ciências. A ciência moderna, historicamente fundada no pressuposto de um mundo simples que se permitiria conhecer tal como se mostra, entrou em crise diante de estudos recentes sobre sistemas físico-químicos: seres vivos, máquinas e microcosmos. Avanços teóricos e aperfeiçoamentos técnicos possibilitam outra sensibilidade, tendo-se como exemplos a física que teoriza e mede

¹⁴ [Do lat. *ibrida*, *hibrida* ou *hybrida*, 'filho de pais de diferentes países ou de condições diversas', evidentemente relacionado com o gr. *hibris*, 'destempero', 'excesso', poss. pelo fr. *hybride*.] Adj. 1. Biol. Originário do cruzamento de espécies diferentes. 2. Fig. Em que há mistura de espécies diferentes: Seus olhos eram de uma cor híbrida. 3. E. Ling. Diz-se de vocábulo composto de elementos de línguas diversas, como, p. ex., monóculo, em que o primeiro elemento vem do grego e o segundo, do latim. Dicionário Aurélio Eletrônico – Século XXI – Versão 3.0 – 1999.

uma “energia quântica” e a biologia que inventa um outro ser vivo, não mais determinado pelo meio e sim autopoietico¹⁵.

Dentro de uma concepção de evolução científica, a complexidade seria o mesmo que complicação, e complicação, o contrário de simplificação. O trabalho na complexidade não é torná-la menos complicada, mas o de habitar os atravessamentos sem simplificá-la ou reduzi-la. Complicado, para o pensamento complexo, não é sinônimo de difícil, mas se refere a um modo de pensar não binarizante, unicamente causal, unidirecional, e sim em (em)plicar-se no pensamento, pensar através das plicas (do plissê).¹⁶

Segundo Edgar Morin (1996: 138-139), a complexidade é um desafio mais que uma resposta, é a busca da possibilidade de pensar através das inumeráveis inter-retro-ações, através das incertezas e das contradições. A própria idéia de complexidade comporta nela a impossibilidade de unificar e de acabamento, uma parte de incerteza, uma parte de irresolubilidade e o reconhecimento do frente-a-frente final com o indizível. Para ele, pensar de modo complexo é um esforço incansável de articulação entre saberes dispersos, exercício de resolver problemas ao articular sem homogeneizar, e respeitar a diversidade sem fazer dela um puro e simples catálogo. Trata-se, pois, de um gênero de experiências que leva quem se aventura por ele a atravessar as disciplinas e repensar os valores do pensamento científico.

Onde a ciência moderna identificava o conhecimento à previsão e conseqüentemente à manipulação do objeto, os estudos contemporâneos tendem a preservar a multiplicidade na relação de conhecimento (Rosa Maria Pedro, 1999: 74).

A complexidade, para Edgar Morin, não é tomada como o princípio revelador da essência do mundo, mas do pensamento que considera o mundo sem uma essência.

¹⁵ “O conceito de autopoiese – que diz respeito a sistemas que produzem continuamente a si mesmos – diferencia, num sistema, sua estrutura e sua organização. A estrutura seria a forma específica como o sistema está acoplado a um sistema maior que o engloba ao seu meio, enquanto a organização seria responsável por sua atividade autônoma. Isto confere aos seres vivos uma capacidade não apenas adaptativa, como também uma autonomia organizacional, por meio da qual eles se modificam, criando novas estruturas. O vivo deixa de ser estático e determinado pelo meio, de modo que a questão decisiva transfere-se do indivíduo para a individuação – capacidade de transformação estrutural que, simultaneamente, depende de e mantém a autonomia organizacional” Pedro, Rosa Maria (1999: 83).

Para Rosa Maria Pedro (1999: 76), esta rede de problemáticas na qual se baseia a complexidade funcionaria a partir de três princípios:

1. Modificar aquilo de que um **objeto** é capaz, passando-lhe a atribuir-lhe características que antes eram atributo privilegiado do **humano**.
2. Apontar, **no sujeito**, tudo o que acentua seu **caráter material** e, inversamente, esvazia seu estatuto privilegiado perante os demais seres vivos.
3. **Transformar** as concepções de **espaço e tempo**, que de referenciais externos tornam-se parte constituinte dos fenômenos do mundo.

Vemos, pois, que, a proposta de pensar a contemporaneidade e sua contingência tecnológica, a partir da complexidade, coloca de imediato uma condição: a de abolir as fronteiras ontológicas entre natureza e cultura, humano e inumano, e, por extensão, estranhar a naturalização de categorias tão caras ao nosso pensamento, tais como sujeito e objeto.

1.2.1 - A Invenção do Ecológico: dos objetos aos sistemas

Nossas grandes instituições sociais, como a saúde, concordam com uma visão de mundo obsoleta, uma percepção da realidade inadequada para lidarmos com o nosso mundo superpovoado e globalmente interligado, ou seja, complexo. A razão moderna, fundamentada no paradigma analítico-científico, tem se pautado por uma ação normatizadora que busca encontrar o que pode haver de comum desta na diversidade. Nesse paradigma, diz Fritjof Capra (2001: 29), a física foi o modelo e a fonte de metáforas para todas as ciências, mas a mudança de paradigma, que vem acontecendo na ciência, implica uma transformação do primado da física para o das ciências da vida. A biologia aparece como primeiro exemplo de uma ciência da vida, tanto pela especificidade do seu objeto de estudo, como pela produção de novos conceitos no seu campo disciplinar. A mudança de perspectiva, que ela mesma cria, permite-nos incluir não só as Ciências Naturais (Antropologia, Zoologia, etc.) e as Ciências Humanas

¹⁶ Plica ou prega, parte de um plano dobrado sobre si mesmo.

(Psicologia, Sociologia, História, etc.) entre as ciências da vida, como qualquer forma de ciência ou de tipo de conhecimento, pois a própria atividade de conhecer pode ser entendida como vida, um ato vivo.

Para estarmos pensando a experiência de uma Equipe de Saúde Mental (ESM) e os mecanismos de subjetivação operados pelo modo de trabalhar grupal - desde a perspectiva das ciências da vida -, abordaremos algumas concepções que constituem essa cartografia, tais como a de ecologia, sistemas e pensamento complexo.

1.2.2 – A Noção de Ecologia: da Parte ao todo

Buscamos uma visão científica que integre todos os níveis dos sistemas vivos - organismos, sistemas sociais e ecossistemas – numa concepção de saber que articule todos os demais, inclusive os pautados pelo paradigma anterior. A organização do conhecimento que mais se aproxima do que descrevemos acima, isto é, que vê o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma rede de fenômenos, fundamentalmente interconectados e interdependentes, é a ecologia.

A noção de ecologia¹⁷ é possível de ser mapeada desde algumas mudanças de concepções e idéias que ocorreram na biologia no início do século XX, acarretando mudanças epistemológicas nas ciências em geral com a passagem do modelo da física, como fonte de metáforas para todas as ciências, para o modelo das ciências da vida. A tensão entre estes pólos pode ser descrita por uma **ênfase nas partes** – chamada de mecanicista, reducionista ou atomística – para uma **ênfase no todo** – chamada de holística, organísmica e ecológica.

Salientamos que adotaremos o termo ecologia por nos parecer mais apropriado desde algumas distinções que podemos fazer com relação aos termos holístico¹⁸ e organicista¹⁹, e, principalmente, pelos desdobramentos que se dão no

¹⁷ “A ecologia – palavra proveniente do grego oikos (“lar”) – é o estudo do Lar Terra. Mais precisamente, é o estudo das relações que interligam todos os membros do Lar Terra. O termo foi introduzido em 1866 pelo biólogo alemão Ernest Haeckel, que o definiu como a ciência das relações entre o organismo e o mundo externo circunvizinho” (Fritjof Capra, 2001: 43).

¹⁸ Chamamos atenção para a diferenciação que Fritjof Capra (2001:25) faz entre os termos “ecologia” e “holístico”: “Os dois termos, ‘holístico’ e ‘ecológico’, diferem ligeiramente em

interior do seu campo conceitual e epistemológico com a ascensão do pensamento sistêmico. Contudo, não adotaremos o termo ecológico segundo uma concepção antropocêntrica – que vê o homem como situado acima ou fora da natureza – atribuindo apenas um valor instrumental ou de uso à própria concepção de ecologia. Trataremos a ecologia como um campo conceitual que não separa o humano de qualquer outra coisa ao ver o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma “rede de fenômenos que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes” (Fritjof Capra, 2001: 16).

A noção de ecologia vista como a articulação de diversos saberes é entendida por Félix Guattari (1997), em “As três Ecologias”, no que ele chamou de *ecosofia*, ou seja, três instâncias distintas histórica e conceitualmente - meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana - articuladas numa questão e preocupação comum: a maneira de viver daqui para diante sobre nosso planeta. Quanto à *ecosofia* social, em específico, Guattari propõe que sejam desenvolvidas práticas que tendam a modificar e a reinventar maneiras de ser nos coletivos. “A questão será literalmente reconstruir o conjunto das modalidades do ser-em-grupo” (1997:16).

Existe, para Félix Guattari (1997), uma situação de *risco ecológico para a subjetividade contemporânea*, colocada a partir do processo de desterritorialização – de perda das coordenadas existenciais – que caracteriza nosso modo de vida atual. A serialização, a imitação maciça e mortífera compromete a criação de novos territórios existenciais ao mesmo tempo em que antigos são destruídos, comprometendo a vida humana e sua reprodução em escala planetária (Cristina Rauter, 1995:72).

seus significados, e parece que o ‘holístico’ é um pouco menos apropriado para descrever o novo paradigma. Uma visão holística, digamos, de uma bicicleta significa ver a bicicleta como um todo funcional e compreender, em conformidade com isso, as interdependências das suas partes. Uma visão ecológica da bicicleta inclui isso, mas acrescenta-lhe a percepção de como a bicicleta está encaixada no seu ambiente natural e social – de onde vêm as matérias-primas que entram nela, como foi fabricada, como seu uso afeta o meio ambiente natural e a comunidade pela qual ela é usada, e assim por diante. Essa distinção ainda entre ‘holístico’ e ‘ecológico’ é ainda mais importante quando falamos sobre sistemas vivos, para os quais as conexões com o meio ambiente são mais vitais”.

¹⁹ A distinção que fazemos entre ecológico e organicista é por entendermos o primeiro como mais abrangente e o segundo referente mais a concepção orgânica e conseqüentemente biológica dos sistemas. Limitando, assim, a aplicação destas idéias a sistemas sociais.

Portanto, a ecologia, entendida como o estudo das relações, ou seja, a articulação de saberes sobre uma mesma questão, traz à tona a problematização não mais em função de causa-efeito, tipo desmatamento-seca-extinção, ou infância-trauma-neurose, mas de um sistema entendido como rede e concernente a todo tipo de vida que há no planeta.

O que nos parece relevante, nesse momento, é entendermos a passagem de uma razão que se aplica a objetos numa relação causa-efeito, para um pensamento que percebe e age sem distinguir fora e dentro, pensante e pensado, pois ambos fazem parte de um mesmo sistema organizado em rede, de uma realidade ontológica.

1.2.3 - **Pensamento Sistêmico: da unidade à rede**

Quanto ao surgimento do pensamento sistêmico nas ciências modernas, Fritjof Capra (2001: 33) nos conta que este emergiu simultaneamente em várias disciplinas na primeira metade do século XX. E que os primeiros cientistas a utilizá-lo foram os biólogos, ao enfatizarem a concepção dos organismos vivos como totalidades integradas, demonstrando que a idéia central do novo paradigma refere-se à vida.

De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. Essas propriedades são destruídas quando o sistema é dissecado, física ou teoricamente, em elementos isolados. Embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma das suas partes (Fritjof Capra, 2001: 40-41).

O paradigma cartesiano pressupõe que, em todo sistema complexo, o comportamento do **todo** pode ser entendido inteiramente a partir das propriedades de suas **partes**. Esta idéia central para o pensamento científico ocidental é contraposta pelo pensamento sistêmico por entender que as propriedades das **partes** de um sistema complexo não podem ser entendidas pela análise, porque suas propriedades não são intrínsecas e só podem ser entendidas dentro do contexto mais amplo, isto é, as

propriedades das **partes** só podem ser entendidas a partir da organização do **todo**. “Em consequência disso, o pensamento sistêmico concentra-se não em blocos de construção básicos, mas em princípios de organização básicos” (Fritjof Capra, 2001:41).

Vejamos alguns exemplos do desdobramento deste pensamento nas ciências. Na mecânica clássica, as propriedades e o comportamento das **partes** determinam as do **todo**, enquanto na mecânica quântica é o **todo** que determina o comportamento das **partes**.²⁰ A Psicologia da Gestalt, desenvolvida na Alemanha na década de 20, afirma que o **todo** é mais do que a soma das **partes**, reconhecendo a existência de totalidades irredutíveis como o aspecto-chave da percepção.²¹ Foi a partir da biologia que o pensamento sistêmico começou a utilizar o modelo de rede para explicar que células, órgãos e sistema de órgãos, assim como ecossistemas, são entendidos cada um como uma parte da rede total de organismos, isto é, redes aninhadas dentro de outras redes sem determinar propriamente uma hierarquia.

A concepção de sistemas vivos como redes fornece uma nova perspectiva sobre as chamadas hierarquias da natureza. Desde que os sistemas vivos, em todos os níveis, são redes, devemos visualizar a teia da vida como sistemas vivos (redes) interagindo a maneira de rede com outros sistemas (redes). Por exemplo, podemos descrever esquematicamente um ecossistema como uma rede com alguns nodos. Cada nodo representa um organismo, o que significa que cada nodo, quando amplificado, aparece, ele mesmo, como uma rede. Cada nodo na nova rede pode representar um órgão, o qual, por sua vez, aparecerá como uma rede quando amplificado, e assim por diante (Fritjof Capra, 2001: 44).

As noções de ecologia e pensamento sistêmico criaram um mundo distinto daquele organizado por leis rígidas e causais e explicado por uma razão imparcial e objetiva. Segundo essas concepções, toda e qualquer coisa percebida está em rede com outras redes, de modo que o mundo a que temos acesso é um mundo reticular. O pensamento também é organizado como rede, interligando conceitos, percepções e palavras num sistema aberto e complexo.

²⁰ “As partículas subatômicas não têm significado enquanto entidades isoladas, mas podem ser entendidas somente como interconexões, ou correlações, entre vários processos de observação e medida” (Fritjof Capra, 2001: 41).

²¹ Segundo Fritjof Capra (2001: 42), os psicólogos da Gestalt afirmaram que os organismos vivos percebiam as coisas não em termos de elementos isolados, mas como padrões perceptuais

Nossa tarefa passa ser a organização conceitual, metodológica e ética sustentada pelas idéias descritas acima, de modo que nos permita, através da cartografia da experiência de uma Equipe de Saúde Mental (ESM), problematizar os mecanismos de subjetivação operados pelos modos de trabalhar-em-grupo.

1.3 - CARTOGRAFIA: COMO ATIVAR PERSPECTIVAS²² E RESSONÂNCIAS

Nesse momento, vamos reunir o material teórico trabalhado até aqui para criar uma perspectiva metodológica que sustente nossa ida a campo. Essa orientação metodológica se chamará cartografia e, como tal, “foi se fazendo ao mesmo tempo que certos afetos foram sendo revisitados (ou visitados pela primeira vez) e que um território foi se compondo para eles” (Suely Rolnik, 1989: 19).

Salientemos, antes de qualquer coisa, que a cartografia é um compromisso ético e uma atitude na defesa da vida em seus movimentos de expansão. Não determina em si uma metodologia, porém, propõe uma discussão metodológica que se atualiza em cada encontro entre sujeito e objeto.

Assim, pode-se tomar a cartografia como um modo de dar corpo à produção científica emergente, que se diferencia daquele inspirado no paradigma cartesiano. A cartografia, como instrumento de pesquisa, faz visível a intenção estética na articulação teórica. Quanto à intenção estética, pode-se dizer que junto à razão está a força do argumento, da criatividade, e a sedução na plástica das associações contidas na rede de idéias. A “verdade” é criada fora da experiência, encontrando sua gênese dentro da estratégia de expressão da mesma.

integrados - totalidades significativamente organizadas que exibem qualidades que estão ausentes em suas partes.

²² Esse capítulo foi composto com recortes e com a inspiração de um texto que está sendo escrito por colegas do Grupo de Pesquisa Modos de Trabalhar, Modos de Subjetivar e por mim sobre a cartografia como um possível método de pesquisa. Os colegas são: Patrícia Gomes Kirst, Psicóloga e Mestra em Psicologia Social e Institucional-UFRGS; Angélica Elise Giacomel e Giovani Andreolli, Psicólogos e Mestrandos do Curso de Psicologia Social e Institucional-UFRGS; e Luis Artur Costa, graduando em Psicologia-UFRGS.

Aqui diferenciamos o método descritivo da cartografia. Enquanto espera-se que o resultado da descrição seja a representação do objeto de pesquisa, isto é, esteja no lugar daquilo que foi descrito, a cartografia entende que a produção de seu “olhar” e de sua “língua”, sempre singulares e circunscrita no tempo, são o próprio objeto de estudo, o qual pode guardar uma maior ou menor semelhança com original sem perder sua potência para a investigação e produção de conhecimento.

Cartografia, portanto, difere de mapa, este sempre apoiado em um processo de engendramento segundo uma lógica binária, procura ser um decalque mais ou menos fiel do que pretende representar. Cartografar, ao contrário, busca apreender o movimento que surge da tensão fecunda entre essa representação e o fluxo que lhe escapa. Como disseram Deleuze e Guattari (1995), um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”. O decalque, ou as operações de representação que o antecedem, são da ordem da identidade, “aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável” (Félix Guattari e Suely Rolnik, 1999: 68).

Ao contrário da ciência moderna, que considerava o método científico como fundamento da verdade, a ciência emergente afirma que os critérios de validade para o conhecimento científico se processam mediante um conjunto de práticas sociais necessariamente históricas e contingentes. Ciência e verdade são invenções do humano, nada tendo de transcendental e eterno. Pelas “leis” do método científico, sujeito-pesquisador e objeto-pesquisado ocupam lugares fixos, pressupondo-se ainda a sua neutralidade e seu descolamento da história, do ambiente social, de seu inconsciente e do próprio corpo.

Na cartografia,

nosso corpo, coisa sensível entre as coisas, é sensível para si. É ele que nos faz ver as coisas no lugar em que estão e segundo o desejo delas, realizando o mistério do ver e do tocar, pois a visão e tato têm o dom da ubiquidade: a visão se realiza simultaneamente a partir das coisas e das mãos. Nossos sentidos operam por transitividade, enlaçando-se com as coisas: o olho apalpa, as mãos vêem, os olhos se movem com o tato, o tato sustenta pelos olhos nossa mobilidade e imobilidade, compensando a mobilidade e imobilidade das coisas (Marilena Chauí, 1984: 483).

Se o legado cartesiano diferencia clara e distintamente o mundo exterior do mundo interior, fundando a partir daí a neutralidade científica, na perspectiva cartográfica o objeto pode instaurar no sujeito um estado de outramento, que consiste em tornar-se estrangeiro de si mesmo, possibilitando-lhe experimentar-se em novos espaços e modos da existência. Aqui, o sujeito pode ser entendido, como uma multiplicidade à espera de recursos para sair do conhecido e (re)fazer sua forma através de devires do mundo. Na apropriação e produção dos devires do mundo, traduzir é duplicar-se não em outro idêntico, mas em um outro efêmero. Segundo Gilles Deleuze (1997: 169), “... cada vez que um corpo convém com o nosso e aumenta nossa potência, uma noção comum aos dois corpos pode ser formada, de onde decorrerão uma ordem e um encadeamento ativos das afecções”.

A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes se tornaram obsoletos (Suely Rolnik, 1989: 15).

O caráter instituinte da cartografia está ligado à explicitação das sensações, muitas vezes fugidias, nos encontros com o objeto. Salienta-se a importância de conceituar a sensação, pois ela é ilocalizável tanto no cartógrafo, quanto nos fluxos cartografados ou mesmo nos tempos de encontro e produção. A sensação é *intermezzo*, é a exigência do mundo, demanda irresistível de fabulação e guia de procedimentos.

A cartografia pressupõe intenções de quem a percorre. Ela tem como objetivo arrancar o *percepto*²³ das percepções, do objeto e dos estados de um sujeito percipiente. Bem como arrancar o *afecto* das afecções, passagem de um estado a outro. A cartografia busca extrair um bloco de sensações, um puro ser de sensações. E, para isso, de acordo com cada autor; o método e sua invenção são a própria pesquisa, enquanto a sensação é o próprio pensamento ou aquilo que faz com que o cartógrafo se impressione e expresse sua relação com as coisas que o tocam.

²³ Para Gilles Deleuze e Félix Guattari (1992: 213) *perceptos* e *afectos* são seres que valem por si mesmos e excedem qualquer vivido. “Os *perceptos* não mais são percepções, são independentes do estado daqueles que os experimentam; os *afectos* não são mais sentimentos ou afecções, transbordam a força daqueles que são atravessados por eles”.

As sensações, os conceitos e as percepções constituem um elo, uma laço de algo que acontece entre o pesquisador e seu objeto.

Segundo Gilles Deleuze (1992: 222),

... *perceptos* desta vida, deste momento, fazem estourar percepções vividas em uma espécie de cubismo, de simultaneísmo, de luz crua ou de crepúsculo, de púrpura ou de azul, que não tem mais outro objeto nem sujeito senão eles mesmos. Chama-se de estilos, dizia-se Giacometti, essas visões paradas no tempo e no espaço.

Na pesquisa cartográfica, o tempo pulsa, pois se evidenciam os modos pelos quais os sujeitos percebem, experimentam e narram a passagem do tempo em suas próprias vidas e naquilo que estudam. Por este motivo, o conhecimento produzido desde esta perspectiva não pode ser tomado como algo generalizante, mas sim singularizante e único. O tempo, tomado na pesquisa como procedimento cartográfico, nos orienta à desterritorialização/reterritorialização promovida na dança sujeito-objeto captada nos registros advindos de tal encontro. Portanto, aquilo que na pesquisa cartesiana pôde se chamar de descrição, narrativa ou discurso, a partir do ponto de vista cartográfico será chamado de produção existencial ou cartografia do tempo. Assim, os movimentos de pesquisa serão movimentos da vida.

A cartografia propõe-se a capturar, no tempo, o instante do encontro de um movimento do cartógrafo com um movimento do território de pesquisa. É o encontro que se registra, e não seus objetos. O cartógrafo desconsidera a possibilidade de congelar um objeto para, então, estudar sua natureza, sob todos os ângulos, isentando-se de implicação direta, conforme propõe a ciência positivista. Cartografar é seguir o movimento de exceções que se conectam e produzem desvios ao invés de regras e, a partir daí, novos movimentos. A cartografia é um terceiro que se produz e a linguagem que a compõe é, em si mesma, criação de mundos, e, por isso, pode-se conectar a muitos outros e produzir ainda outros, infinitamente.

A idéia do olhar e do pensamento estarem ligados a uma abordagem perspectivista, faz coincidir a estratégia metodológica aqui apresentada, com pautas relacionadas a um eterno movimento de criação, abertura e conexão. Enfim, fazer cartografia é como construir um ponto de vista e um sistema de ecos e ressonâncias entre elementos.

A cartografia, nessa pesquisa, deve funcionar como um dispositivo²⁴, ou seja, como máquina para fazer ver e falar, se faz acompanhando os movimentos, os desvios, os desmanchamentos e as novas construções. A extração de sensações, conceitos e percepções, própria da cartografia, vão constituindo elos entre aquilo que acontece e naquilo que acontece. Procura-se registrar os encontros no que eles têm de afecção e potência de criação. Procura-se registrar as conexões.

Segundo a perspectiva cartográfica, os procedimentos de coleta de dados aqui utilizados foram inventados em função do contexto em que nos encontrávamos. O que nos define como cartógrafos, portanto, não são protocolos normatizados, mas um tipo de sensibilidade conectada com aquilo que dizíamos anteriormente, um compromisso ético e uma atitude em defesa da vida em expansão.

Por ora, ficaremos com a enumeração de alguns movimentos e registros que possibilitaram encontros profícuos entre a teoria e campo empírico:

1. Observação de campo e elaboração de um diário, ou “diário de bordo”, que se constituiu de memórias, elaborações e reflexões em estado bruto. Não se trata da consequência de uma observação distanciada do objeto, mas é o *locus* no qual aparece a análise de implicação.
2. Confecção dos relatórios, que fazem parte de um segundo momento em relação ao diário de campo, no qual o material dos diários é confrontado com o arcabouço teórico, formando um quadro de análise e possibilitando novos viéses de entendimento e atuação. Uma espécie de rebatimento da forma-diário através de operadores teóricos, criando outro plano, isto é, uma perspectiva.
3. Acompanhamento das reuniões e de algumas atividades desenvolvidas por integrantes da ESM durante os meses de janeiro a julho de 2001.
4. Levantamento de dados referentes à ESM constantes no livro de ata, nos projetos e em documentos relativos as suas ações, bem como de outros serviços de saúde mental da cidade.
5. Entrevistas coletivas temáticas com os membros da ESM em momentos das reuniões semanais da equipe.

²⁴ O conceito de “dispositivo” será tratado com maior densidade na seção Individuos e Grupos do Capítulo Plano Grupal Transdisciplinar.

6. Entrevistas temáticas com duas psicólogas que fizeram parte do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Estado, bem como da implantação de políticas e de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.
7. Entrevista com a Psicóloga da ESM, Lisiane Vargas, realizada por iniciativa da Maria Luiza Imber, aluna da graduação do curso de Psicologia, integrante do Grupo de Estudos sobre a Saúde Pública e bolsista do grupo Modos de Trabalhar, Modos de Subjetivar.
8. Entrevista com ex-coordenador do Movimento Antimanicomial no Estado e usuário de um dos serviços substitutivos ofertados pelo Município de Porto Alegre.

As entrevistas citadas acima foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas à luz do referencial teórico aqui utilizado.

Portanto, a cartografia é uma opção metodológica que vai tratar de tomar a ESM não como um caso sobre o qual as teorias se aplicarão, pois o empírico desse trabalho não é visto como campo de aplicação das teorias, e nem ele é aquilo que explica as teorias. Constitui-se como aquilo que está ao lado. Então, tomar a ESM em análise é muito mais convocá-la na sua possibilidade de produzir desterritorialização no enfoque teórico do que explicar ou ser exemplo de alguma coisa. Sustentamos que o empírico aí é uma experimentação, e por isso, ele possui uma estranha autonomia em relação ao que produz.

2 - CARTOGRAFANDO:

Cartografamos, até o momento, conceitos – éticos, políticos, estéticos, epistêmicos – de modo a construir nossa perspectiva. Daqui por diante, cartografaremos a história da loucura, a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, e uma Unidade Sanitária, instalada em um bairro de periferia, e, lá de dentro, sua Equipe de Saúde Mental, constituída de profissionais de diversas formações. E, quase ao final, nos interessaremos por cartografar suas práticas em processo de hibridização e suas subjetividades em movimento, tornadas observáveis pelos seus efeitos discursivos em nossos “corpos vibráteis”²⁵. Enfim, vamos buscar cartografar alguns movimentos da vida em expansão.

Esse capítulo terá, então, dois momentos: um primeiro da cartografia de eventos históricos possíveis de serem relacionados à própria história da ESM; e, um segundo, composto pela descrição, análise e problematização de alguns movimentos mapeados nos encontros com a ESM.

2.1 - A HISTÓRIA DA HISTÓRIA

Propomo-nos, aqui, mapear algumas questões relativas à história da loucura/saúde mental - discursos e práticas – desde a Grécia Clássica até os dias de hoje, de modo que fragmentos históricos potencializem nossa análise sobre os modos de trabalhar em saúde mental na contemporaneidade.

²⁵ Termo utilizado por Suely Rolnik (1989: 26) para designar “aquele [corpo] que alcança o invisível. Corpo sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, simulação em matérias de expressão”. Distinguindo, assim o “olho-do-visível”, aquele que percebe apenas a máscara resultante do movimento de simulação.

Sem perder de vista que estas sínteses são frações da História Universal bem como a própria, pois aqui ela é pensada como mais uma versão orientada no sentido que convém aos setores sociais que a produzem. Mapearemos a seguir, algumas questões sobre a questão de trabalhar com a história.

A perspectiva histórica, segundo Gregório Baremlitt (1998: 115), deve ser trabalhada tomando-se alguns cuidados. Em primeiro lugar, a História não é cronológica-genético-evolutiva, senão retrospectiva. É lida a partir de suas instâncias ativas no presente, isto é, todos os componentes da História de cada uma dessas formações sociais são produzidos, reproduzidos e antiproduzidos segundo modalidades *sui generis*. Assim, “leremos uma História que está inevitavelmente sujeitada a como nos situamos no panorama atual”. Em segundo lugar, devemos ter em conta que, para falarmos em uma História Universal de forma fecunda, a partir da atualidade, devemos “tomar em conta uma certa distância de si mesma que lhe possibilite fazer sua autocrítica e assim tendê-la ao passado” (Idem: 117). Devemos, então, explorar essa capacidade crítica para dessacralizar o ocorrido de forma irônica. E, por último, além de um certo determinismo que possamos dar à História, é o intempestivo o que a constitui como devir permanente, motor e possibilidade da diferença num fluxo ordinariamente tomado como constante.

A tarefa do historiador é assinalar o “período” de coexistência ou de simultaneidade dos dois movimentos (de um lado, descodificação-desterritorialização e, de outro, sobrecodificação-reterritorialização). E é nesse período que se distingue o aspecto molar: de um lado as massas ou fluxos, com suas mutações, seus *quanta* de desterritorialização, suas conexões, suas precipitações; de outro lado, as classes ou segmentos, com sua organização binária, sua ressonância, sua conjunção ou acumulação, sua linha de sobrecodificação em proveito de uma delas (Gilles Deleuze e Félix Guattari, 1996: 101).

Diferenciamos, assim, a Historiografia, pretensão de descrever os fatos históricos tal como ocorreram, do verdadeiro trabalho do historiador, assim como do cartógrafo, que invariavelmente é uma invenção de conceitos e versões do acontecido. Salientamos que não existe a História Universal e que esta é apenas uma abstração destinada a dar coerência a um transcurso que é composto de inumeráveis processos e acontecimentos e dos quais temos acesso apenas a alguns de seus efeitos, justamente aqueles que nossa estrutura permite perceber.

Buscamos, com esse entendimento, lidar com a história de modo que ela nos potencialize a pensar o presente e não nos prenda em verdades afixadas por fatos ocorridos no passado. Tal posicionamento, em relação ao passado, pode ser mapeado desde que Platão concebeu, segundo Luiz Fuganti (1991: 22),

um plano divino constituído por Idéias, mundo supraceleste das essências ou puras formas inteligíveis, lugar dos modelos superiores que implicam uma realidade verdadeira que existe em si e permanece imutável, eternamente idêntica a si mesma, apreendida apenas pelo pensamento. De outro, o plano dos corpos sensíveis, mundo terreno das aparências, da matéria, das imagens que se refletem nos corpos sublunares, lugar dos fluxos, das mudanças e devires que se tornam sempre diferentes do que são, região inferior apreendida pela experiência sensível e que, no melhor dos casos, conquista uma realidade segunda, isto é, torna-se cópia, caso deixe-se ordenar e medir à semelhança do mundo modelar das alturas.

Para Oswaldo Giacóia Junior (2000: 49), “...o essencial da operação platônica consiste na instauração de um conceito objetivo da verdade – a verdade como ultrapassamento do simulacro e desvelamento das essências”.

O que aconteceu na história ocidental, e no uso que se passou a fazer dela, é que esta divisão foi lentamente deslocada e deixou de recair exclusivamente sobre objetos de planos distintos como, por exemplo, entre modelo e cópia, idéia e imagem, para passar a exercer uma divisão mais profunda e sutil entre a imagem dotada de semelhança – boa imagem ou ícone - e a imagem sem semelhança – má imagem, diferença pura ou simulacro. “Esta diferença entre dois tipos de imagens é a mesma para os tipos de desejo ou amor, porque é, sobretudo, moral (a moral contra a estética) e não epistêmica” (Luiz Fuganti, 1991: 32).

Do mesmo modo, a história passou a ter um caráter de utilidade quando tomada como um modelo vindo do passado e por isto passível de comparação com o presente, colocada, assim, numa perspectiva moral. Mas, o que nos interessa, é tomá-la desde sua problemática ontológica, de modo que possa nos auxiliar a pensar o pensamento que pensa as coisas, sejam instituições, sejam práticas.

2.2 - A HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO LOUCURA

Quais virtualidades da história da instituição loucura conhecemos e que coexistem ainda hoje com as “novas” práticas nos cuidados com a saúde mental? Apostamos que muitas, mesmo que só consigamos destacar algumas como constitutivas da nossa contemporaneidade.

Iniciemos pela Grécia Clássica. Desse espaço-tempo, ressalta-se que nem sempre aquilo que chamamos de loucura significou “doença” ou “ausência de algo” presente nos “sãos” dos dias atuais. Nas palavras de Peter Pál Pelbart (1989: 42) sobre a Desrazão na Grécia Antiga: “A loucura não é o Outro do homem (do qual ele poderia se assenhorear), mas simplesmente o Outro”. Isto é, a loucura não ocupava um lugar contrário à razão, até porque o “logos grego não tinha contrário”, como disse Michel Foucault (1972) em a História da Loucura.

No entanto, para Pelbart (op. cit.), uma desrazão não contrária à razão é algo que nosso pensamento não está acostumado a pensar. Para ajudar em tais questões, devemos ter presente que, na Grécia antiga, o louco está possuído por um *daimon*, isto é, por uma força divina, mais próxima de uma arte divinatória do que da loucura, como é concebida hoje. “A conclusão que se impõe por si: não há contradição entre Labirinto e Minotauro, Apolo e Dionísio, palavra e desrazão” (Peter Pál Pelbart, 1989: 35).

Já na Idade Média, encontramos a loucura dessacralizada e o louco aparecendo de modo familiar à paisagem humana da época. No século XIV, surge a Nau dos Loucos, como novo objeto simbólico no imaginário da época. Barcos deslizam pelos rios da Europa levando sua carga de insanos de uma cidade para outra. Mas, “é possível que essas naus de loucos, que assombraram a imaginação de toda a primeira parte da Renascença, tenham sido naus de peregrinação, navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão” (Michel Foucault, 1972: 10).

Ainda da Idade Média, a herança dos leprosários e de seus valores. Segundo Foucault (1972), com o “desaparecimento” dessa doença no mundo ocidental, em consequência do fim das cruzadas – que entravam em contato com focos orientais de infecção, trazendo a doença para a Europa – e do modelo de segregação – prática médica da época com relação à lepra -, permanecerão as estruturas, os mesmo prédios e jogos de exclusão. Surge, assim, a internação do louco, e com ela a clausura da loucura.

Antes de ter o sentido de cura hoje atribuído à essa prática, o internamento se deu pelo imperativo trabalho. Se, na idade Média, o grande pecado foi a soberba e na aurora da Renascença a avareza, no século XVII, textos anunciam o infernal triunfo da preguiça. Assim, a exigência moral se transforma em econômica. O internamento passa a ter um duplo papel: reabsorver o “desempregado”, ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços das mercadorias através da utilização da mão de obra de seus internos.

Envolvidos na grande proscrição da ociosidade e confundidos com os “outros”, os loucos distinguiram-se por sua incapacidade para o trabalho.

Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social. É nesse “outro mundo”, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de “outro lugar” e de “outra coisa”, não é porque o louco vem de outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética (Michel Foucault, 1972: 73).

A internação é uma criação institucional própria do século XVII e, com ela, a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se ao grupo, modificando-lhe o sentido. Como ainda nos lembra Michel Foucault (1972: 6),

em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e às suas noites monótonas. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.

Podemos dizer que as idéias apresentadas acima, postas em prática por Pinel, exemplificam o que teria sido a grande invenção dos alienistas, a loucura como algo

“curável”, e conforme o “novo” espírito burguês da época, um produto aberto ao comércio terapêutico.

Assistiu-se, assim, a um processo maciço de metabolização da alteridade, que significou o fim de um “fora” simbólico e sua transformação num “fora” concreto e enclausurado – por exemplo, o confinamento efetivo dos loucos (Peter Pál Pelbart, 1989: 54).

Movimento revelador de um estranho paradoxo, pois, a proximidade física dos loucos com seus contemporâneos, na Grécia Clássica, vai de par com a distância irredutível que separa o homem comum da loucura do louco, distância que é percorrível por um vai-e-vem que torna legítima a experiência e a palavra louca aos olhos da razão. Inverso do que ocorre no alienismo, no qual o isolamento físico dos loucos gera uma proximidade total da loucura com o homem, porém, nenhum contato, já que a palavra do “louco” é sem vez.

Assim, o diferente, a diversidade das idéias, a singularidade, é transformada em patologia, em doença mental, natureza desnaturada, juntamente quando essa passa a ser trancada, aprisionada, seja nas fogueiras da inquisição, nas paredes dos manicômios, na química dos psicofármacos, enfim, nos modos de perceber, entender e agir sobre a desrazão, concebida como doença mental.

2.3 - A REFORMA ANTIMANICOMIAL²⁶

Em nossa perspectiva, a história da criação dos hospitais psiquiátricos, com suas práticas asilares, e a história da criação dos serviços substitutivos, formados por equipes multidisciplinares, são vistas como desdobramentos da história da instituição loucura. Igualmente, se primarmos pelo movimento e não pela forma, poderemos pensar a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial como movimentos sociais que têm em comum uma postura política contra a concepção de manicômio e a lógica de internação

²⁶ Esse texto foi produzido tomando como base quatro entrevistas feitas com sujeitos implicados com a Luta Antimanicomial/Reforma Psiquiátrica e/ou trabalham em serviços do SUS.

como tratamento para a loucura. Se hoje vemos os movimentos pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial proporem, de um modo geral, a desativação dos manicômios com a volta dos “loucos” para o convívio social e urbano, entendemos que se trata da colocação em questão de um passado ainda vivo.

Até a metade do século XIX, no Rio Grande do Sul, os loucos sem família ou não agregados a uma família qualquer ou instituição - Igreja, Escola, comércio -, perambulavam pelas ruas das cidades e vilas. Poucos eram recolhidos pelas Santas Casas de Misericórdia e hospitais gerais até fundação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), segundo manicômio do Brasil, inaugurado em 1879, 27 anos depois do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Estas construções podem ser vistas como consequência do movimento higienista que, a partir de 1830, passou a exigir melhores condições para os doentes mentais, e da transformação dos Colégios Médico-Cirúrgicos do Rio de Janeiro e da Bahia, em Faculdades de Medicina, em 1832.

Essa história, marcada pela criação dos hospitais psiquiátricos e dos recentes movimentos contrários ao que estes (mesmos) hospitais fazem e significam, é repleta de outros acontecimentos significativos. Cabe, então, mapear algumas das linhas de força que poderão dar visibilidade ao Movimento Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e a estruturação de serviços substitutivos no campo da saúde mental, principalmente no que se refere ao Estado do Rio Grande do Sul e a Porto Alegre. Para dar conta da nossa problemática, composta por múltiplas linhas, vamos nos ater em material bibliográfico e em entrevistas²⁷ com três psicólogas, que trabalharam ou ainda trabalham em algum órgão público com a saúde mental coletiva e/ou em serviços do Estado, bem como em uma entrevista realizada com um usuário de serviços de saúde mental e integrante do Movimento Antimanicomial. Em seguida, vamos salientar alguns pontos²⁸ que vemos como potencializadores para pensarmos a criação dos recentes serviços substitutivos com suas equipes multidisciplinares e suas práticas grupalistas.

²⁷ Três destas entrevistas realizei em parceria com a Maria Luiza Imber, integrante do Grupo de Saúde Pública e bolsista de iniciação científica do mesmo, sob orientação de Gislei Romanzinni Lazzarotto, psicóloga, professora da UFRGS e coordenadora desse grupo de pesquisa

²⁸ Ponto, aqui, pode ser entendido, também, como um nó, ou nodo, de uma rede.

2.2.1 - Eugenia Psiquiátrica: o referencial científico

Nos anos 30, houve a construção do Estado Capitalista Nacional cunhado pela ditadura positivista - que pregava um saneamento moral e físico da nação -, e pela passagem do modelo ruralista para o modelo urbano-industrial - possibilitando o aparecimento das grandes metrópoles e, com elas, seus problemas específicos de saúde. Neste período, a implantação de uma política trabalhista e de seguridade social, somada a uma xenofobia oriunda da construção do “espírito nacional”, propiciaram a implantação da eugenia como modelo de atenção à saúde. Modelo que até hoje é perceptível nas concepções preventistas e nas práticas psicossociais, mas, que somado aos discursos organicista e psicoterápico do pensamento psiquiátrico da época, esteve em perfeita sintonia com a prática manicomial.

Com a introdução dos primeiros neurolépticos, sintetizados nos anos 50, houve uma significativa mudança nas perspectivas de tratamento e “cura” dos loucos. Chegou-se a supor que haveria uma redução no número de internações psiquiátricas e, conseqüentemente, uma progressiva diminuição do número de internos nos hospitais psiquiátricos. O que não veio a ocorrer, nos levando a corroborar a posição de que o modelo manicomial de atenção a saúde mental é decorrente não somente de técnicas isoladas de seu contexto, mas também de uma organização socioeconômica.

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. (Heitor Resende, 1987:60). Dada a precariedade dos hospícios públicos e a ideologia privativista do movimento de 1964, os governantes optaram pela contratação de leitos em hospitais psiquiátricos privados, que floresceram e cresceram rapidamente com um fluxo maciço de pacientes. Segundo Amadeu Weinmann (1998), essa tendência de financiamento público do setor privado viria a ser criticada por constituir uma “indústria da loucura”, altamente dispendiosa e pouco eficiente. A rede ambulatorial ainda pouco incipiente e a falta de um controle sobre as internações fizeram com que o tempo médio de internação nestes hospitais privados ultrapassasse os três anos.

Neste contexto, segundo o autor, apesar do governo militar manter estreitas ligações com o empresariado nacional, muitas das críticas e denúncias ao modelo da livre empresa em saúde mental foram acolhidas. Passou-se a exercer mais controle sobre o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais; os ambulatórios empenharam-se em dar conta de uma parcela do atendimento da clientela, reduzindo os índices de hospitalização; instalaram-se centrais de internação, a fim de disciplinar os encaminhamentos para os hospitais, fazendo valer critérios clínicos e resistindo à pressão dos chamados “casos sociais”; e iniciaram-se ações de internalização do cuidado psiquiátrico, visando a reduzir o afluxo de pacientes do interior do Estado para os hospitais das capitais, com o intuito de mantê-los em suas comunidades e, se possível, trabalhando.

Uma das decorrências dessa tentativa de frenagem no número de internações psiquiátricas foi a incorporação da saúde mental pelo sistema de saúde geral, fazendo com que fossem implantados programas de psiquiatria preventista junto às comunidades (de baixa renda, diga-se de passagem), gerando uma nova demanda por serviços de saúde mental.

Na década de setenta, quando o Hospital São Pedro chegou contar com 5.000 internos, surgem os primeiros Centros Comunitários de Saúde Mental, inspirados no modelo preventista adotado nos EUA; ao mesmo tempo, são contratados e treinados profissionais para atuar em Unidades Sanitárias da capital e do interior; e estabelece-se um programa de atendimento aos egressos. Também são instalados leitos psiquiátricos em hospitais gerais de diversas cidades do interior, contrata-se leitos em hospitais psiquiátricos privados e os Hospitais Universitários criam enfermarias psiquiátricas (Amadeu Weinmann, 1998).

Sandra Fagundes (Psicóloga e atual Secretária de Saúde do Município de Viamão) faz uma crítica à psiquiatria preventista, lembrando que, ao mesmo tempo em que se psiquiatrizava a sociedade, perdia-se na inespecificidade das práticas desenvolvidas na comunidade, como na unidade experimental de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo²⁹, criada na década de 70 numa parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Secretaria de Saúde do Estado.

Em 1982, a primeira turma de concursados do Estado entra para trabalhar em saúde mental nas unidades sanitárias, inaugurando um procedimento, visto que anteriormente a maior parte ingressava para trabalhar no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Começaram, então, a ser criadas equipes para trabalhar unidades básicas de saúde, desfazendo os rígidos limites de contenção da loucura nos Hospitais Psiquiátricos. Assim como os técnicos em saúde mental do Estado passam a não trabalhar exclusivamente no HPSP, o espaço da loucura passa a não ser exclusivamente o manicômio.

Conforme a Organização Pan-americana de Saúde³⁰, essa nova modalidade de trabalho conferiu alta prioridade ao atendimento às famílias consideradas de alto risco, definidas como aquelas em que um ou vários de seus membros se incluía em uma das seguintes situações:

1. crianças em situação de risco de acordo com as normas pediátricas;
2. gravidez de risco, igualmente segundo as normas;
3. tuberculose;
4. alcoolismo;
5. doença ou retardamento mental; problemas associados ao saneamento ambiental e da moradia;
6. também qualificava como família em risco a que estava enfrentando importantes problemas sócio-econômicos.

Desfaz-se, aqui, a lógica de exclusividade entre saúde mental-loucura-manicômio, passando a operar a da saúde mental-pobreza-desvio social.

Enquanto isso, segundo Carmem de Oliveira (Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica PUC-SP e Professora da UNISINOS), a antipsiquiatria que floresce nos anos 70 com Basaglia na Itália, a psiquiatria de setor na França e o movimento dos centros comunitários de saúde mental nos EUA, pouco chegavam (e ainda pouco chegam) aos cursos de Psicologia das Universidades brasileiras. Segundo a entrevistada, os estudantes, mais inquietos com relação ao enfoque individualista e elitista de psicologia ensinada nas Universidades, buscavam estágios na área da Psicologia

²⁹ Local onde Sandra Fagundes fez estágio de Psicologia Comunitária, quando graduanda da PUR-RS, e Residência em Saúde Pública, depois de formada.

³⁰ Organização Panamericana de Saúde – Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implantação, 1990: 37.

Comunitária e Social Institucional.³¹ A Unidade Sanitária Murialdo era um desses espaços e nessa época era coordenada por um psiquiatra que vinha de uma formação americana e preventista. “O que nos levava para essa área era mais a ideologia do que a formação”. Esta modalidade da psiquiatria comunitária prolifera várias experiências, inclusive no interior do Estado.

Muito mais os movimentos estudantis e os movimentos políticos é que não nos faziam deixar de pensar, ou pelo menos sempre nos fizeram pensar o que a psicologia tinha a ver na inserção na sociedade, mais o campo ideológico que o campo conceitual e o entendimento da sociedade. A necessidade de mudanças pelas lutas sociais, não pela contribuição da psicologia (Sandra Fagundes, em entrevista).

Segundo as entrevistadas, o trabalho no Murialdo tinha um problema, uma lacuna, pois se agia com a comunidade, mas sem que o referencial da psicologia de então contribuísse muito.

Era mais uma ideologia, do direito, da luta, da produção dos direitos, da cidadania sem que se tivesse elaborando algo como da subjetividade, em relação ao aparelho psíquico, dos conflitos existentes na população; dentro dessa situação, se teorizava muito pouco, não havia uma teoria que servisse de referencial (Sandra Fagundes, em entrevista).

Após o estágio de Psicologia Comunitária, e, já graduadas, Sandra Fagundes e Fátima Fisher fazem Residência em Saúde Mental no Murialdo, que se constituía no lugar da “prática”, de “uma certa exaltação da coisa da ação”, enquanto que na Escola de Saúde Pública, vinculada ao HPSP, era um lugar da esquerda teórica.

³¹ Essa história é comum de algumas personalidades que foram lideranças da “Luta Antimanicomial” dos anos oitenta no Rio Grande do Sul, como Fátima Fischer (Psicóloga e atual Coordenadora das Políticas de Saúde Mental do Governo do Estado do RS), Carmem de

2.3.2 - Encontros: o referencial político

A crise de legitimidade do regime militar que se intensifica a partir do final da década de setenta será acompanhada do ressurgimento dos movimentos sociais no país. No campo da saúde mental, destaca-se o *1º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, ocorrido em São Paulo (1979) – marco da introdução da interdisciplinaridade como prática em saúde mental.

Sucederam-se a este primeiro encontro a *1ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, ocorrida no Rio de Janeiro em 1987 que, em seu relatório final, criticará o papel da saúde mental por ter consistido, historicamente, na classificação e exclusão dos “incapacitados” para a produção e, portanto, para o convívio social; aprovará a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais, ou por serviços alternativos à instituição psiquiátrica; e defenderá que seja garantida constitucionalmente a condição de cidadania plena do doente mental. Segundo Sandra Fagundes, essa primeira Conferência de Saúde Mental no Rio de Janeiro contou com 1500 pessoas, sendo que apenas uma era “usuário”, o “que foi considerado completamente revolucionário”. Ainda em 1997, ocorre o *2º Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, cujo lema é: “Por uma sociedade sem manicômios”.

No Rio Grande do Sul, ocorre uma série de eventos em consonância com o movimento nacional e com um crescente aumento do número de participantes. Realiza-se em maio de 1987, o *1º Encontro Estadual de Saúde Mental*, em preparação à *1ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, que elegeu os delegados para essa conferência, e, entre estes, 3 representantes dos usuários e um usuário. Em maio de 1989, realiza-se o *2º Encontro Estadual de Saúde Mental*, que contará com a presença de 320 participantes; e, em setembro do mesmo ano, organiza-se o *1º Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária (SISMEC)*, com 750 participantes, oriundos de todos os países do Cone Sul. Ainda em 1989, realiza-se o *3º Encontro Estadual de Saúde Mental*, no HPSP, desta vez com 850 participantes. Em agosto de 1990, realiza-se o *4º Encontro Estadual de Saúde Mental*, cujo tema central foi “Desconstruindo Manicômios a

Caminho da Municipalização”, com mais de 1.200 participantes representando mais de cem municípios do Estado.

Foram favoráveis, para a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, as Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde que, foram somadas ao acolhimento de técnicos, chamados “técnicos petistas”, pelo Governo Pedro Simon (PMDB, 1987–1990), e a contratação de várias pessoas-chaves da experiência da saúde mental comunitária.³²

Em 1992, ocorre a 2ª *Conferência Nacional de Saúde Mental* que, em suas conclusões, reforça a necessidade de criação de uma rede de atenção integral em saúde mental e salienta uma revisão da legislação referente aos doentes mentais, pois a lei em vigor, que “dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens do Psicopata”, é de 1934. Coerente com a *Conferência* – que reconheceu os usuários de serviços de saúde mental como cidadãos de pleno direito – abriu-se para uma representação partidária destes, em relação aos demais segmentos sociais representados.

Entendemos que estes movimentos sociais prepararam o campo da batalha política no qual passariam a se dar conquistas significativas em termos de leis e serviços.

2.3.3 - Movimentos no Estado do RS

Segundo Amadeu Weinmann (1998), a eleição de Pedro Simon (PMDB) para o governo do Estado, em 1986, dada à composição heterogênea de seu partido, abriu algumas brechas para intervenções transformadoras. Para coordenar a Política de Atenção Integral à Saúde Mental (PAISMental) – setor tradicionalmente vinculado ao HPSP – foi nomeada a psicóloga Sandra Fagundes – primeira mulher e não médica a

³² Até então, este discurso mais comunitário era abastecido pelos argentinos do grupo Plataforma, psicanalistas politizados que confrontavam a ditadura militar de seu país. Alguns deles vieram para o Brasil e aqui desenvolveram importantes trabalhos, como Gregório Baremlitt e Antônio Lancetti. Sandra Fagundes conta que, no trabalho desses psicanalistas argentinos, se buscava uma consistência teórica para as experiências que ela e de suas colegas (Fátima Fischer e Carmem de Oliveira, dentre outras) tinham tido no estágio de psicologia comunitária no Murialdo.

assumir o cargo-, que constituiu uma equipe interdisciplinar, oriunda de experiências inovadoras em saúde mental. As metas estabelecidas pela equipe foram a desospitalização, a setorialização do atendimento, a interiorização dos recursos, a prevenção em saúde mental e o aproveitamento dos recursos locais e não especializados. Como prioridade inicial, elegeu-se a capacitação dos profissionais de saúde mental para atuarem de acordo com as diretrizes da Reforma Sanitária (conforme fora definido na 8ª *Conferência Nacional de Saúde*). Nesse sentido, promoveu-se a articulação entre o Hospital Psiquiátrico São Pedro e a Escola de Saúde Pública, fato que resultou em mudanças na Residência Interdisciplinar em Saúde Mental que existia naquele hospital.

Tendo em vista o processo de descentralização da gestão pública da saúde – que culminou com a municipalização -, a partir de 1989 foram realizados diversos cursos em Saúde Mental Coletiva, em diferentes regiões do Estado, visando o aperfeiçoamento dos profissionais das diversas categorias envolvidas no atendimento ao doente mental. Sandra Fagundes lembra que a convicção dos envolvidos na coordenação de Saúde Mental do Estado era de qualificar os profissionais da saúde mental. Uma equipe formada por técnicos com diversas formações passou a viajar pelo Estado com o compromisso de estimular a descentralização do atendimento e criar espaços de formação. Antes, esse grupo vai para Concórdia, Argentina, fazer um curso de Administração e Serviço em Saúde Mental. Essa experiência é trazida para o Brasil, Rio Grande do Sul, e entre 1988 e 1995 são realizados 21 cursos, chamados de Curso em Saúde Mental Coletiva. Buscava-se um referencial teórico que viesse a sustentar, não só técnica mas também politicamente, experiências postas em andamento no Estado. A estratégia desse curso era trabalhar com referenciais não só da psicanálise, psicologia social e comunitária, psiquiatria democrática, mas buscava também referenciais no direito alternativo, pedagogia e outros campos do saber. “Através desse pensamento estratégico ia-se buscando outros corpos teóricos para a transformação da realidade” (Sandra Fagundes). Ou seja, como criar um processo na cultura, no lugar, no território, independente da gestão administrativa governamental: **capacitar as pessoas**.

Durante oito anos foram 1000 alunos nos cursos de capacitação. Eram cursos abertos, não exigiam formação especializada prévia, com 280 horas distribuídas em 8 meses. Após sua sexta edição, em 1991, viera a ter caráter de especialização. Eles ocorriam em diversas cidades do interior do Estado, geralmente em parceria com universidades. Quando terminaram, havia mais de 110 municípios no Estado do Rio

Grande do Sul com serviços de Saúde Mental. Sandra Fagundes salienta quanto à proposta desses cursos, que “a opção nunca foi por disciplina, isso é outra coisa que a gente tem dificuldade de trabalhar com as categorias profissionais, que essa **construção** toda ela não é própria da psicologia, ou da psiquiatria, ou do direito, enfermagem, ou qualquer outro profissional. Ela é, na sua construção, **transdisciplinar**” [grifos meus].

Esse grupo, esses mil alunos, pelo menos metade deles continua trabalhando na saúde mental e na saúde pública. Com inquietações, tentando modificar. Hoje, a coordenadoria de saúde do Rio Grande do Sul tem, na direção, pessoas que participaram desses cursos de formação. Em serviço de saúde mental também continua bastante gente. Outros não, outros ingressaram na universidade para fazer mestrado, doutorado, ou estão em Santa Cruz, Ijuí, Santa Maria, Pelotas, outros na Unisinos, na ULBRA, tem mais (Sandra Fagundes, em entrevista).

Em relação aos serviços oferecidos à população, em meados da década de oitenta, aproximadamente 30% dos municípios do Estado já possuíam algum tipo de serviço em saúde mental, sendo que alguns destes já com características de **rede** de atenção integral. Esses serviços apresentavam-se organizados de acordo com as necessidades da população e as peculiaridades locais, encontrando-se em diferentes momentos de sua implantação. Delvo Oliveira e Olinda Saldanha (1983: 48) citam como exemplos destes serviços os hospitais-dia Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, e A Casa, em Novo Hamburgo; a Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre, o Nosso Cantinho, em Palmares do Sul; a COOPLOC (Cooperativa de Loucos), em Santiago, O CAISMental, em Passo Fundo; e a Oficina de Criação Coletiva, em Bagé.

Mas, essa história não é um “mar de rosas” e, no governo estadual do Alceu Collares (PDT, 1991-1994), seguinte ao de Pedro Simon, viveu-se “uma verdadeira caça às bruxas”, nas palavras de Carmem de Oliveira, que resultou no sucateamento dos serviços e conquistas da saúde mental, no dismantelamento das equipes e engavetamento dos projetos política e administrativamente implicados, substituídos por trabalhos estritamente técnicos.

Para Sandra Fagundes, a gestão Collares/PDT e a seguinte Brito/PMDB (1995 – 1998) não tiveram, a nível central, um discurso contra a luta antimanicomial, mas também não tiveram um tipo de aliança para trabalhar por contágio com as equipes e seus respectivos profissionais. Restringiram alguns cursos de capacitação a uma troca

técnica, desconsiderando aspectos continentais da empolgação de experimentar os processos de criação relacionados a novos entendimentos e serviços relacionados à saúde mental, em parte decorrente do momento anterior.

A autocrítica desse momento, feita por Sandra Fagundes (em entrevista), é com relação à constatação da falta de dispositivos de movimento social que garantissem continuidade aos projetos e serviços de modo mais independente da máquina administrativa. Por outro lado, nesse mesmo período, **foi criado o Fórum Regional de Saúde Mental**, que, apesar de ter uma secretaria executiva e uma coordenação, funcionava mais como **uma rede, sem comando central**.

2.3.4 - Ponto de Vista Jurídico-manicomial

O Movimento começou com usuários e familiares, e alguns técnicos, profissionais de saúde mental, para tentar resgatar a cidadania dos portadores de sofrimento psíquico e tentar dar uma visão mais cidadã da coisa, e não aquela coisa da rotulação, do estigma que a doença em si trás, e todo o preconceito. Em seguida veio a Lei do deputado Paulo Delgado, que é lei da Reforma. Aí não é só um Movimento de pessoas em busca, aí já é uma coisa respaldada em lei, que é nacional, agora (Paulo Michelin, ex-coordenador regional do Movimento pela Luta Antimanicomial, ex-interno de Hospitais Psiquiátricos e atual usuário de serviço substitutivo do Município de Porto Alegre, em entrevista).

Do ponto de vista jurídico-institucional, em 1991, o Conselho Estadual de Saúde emitiu uma resolução proibindo a construção e a ampliação do número de leitos em hospitais psiquiátricos e, em seguida, em agosto de 1992, foi aprovada pela Assembléia Legislativa a Lei da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, dos deputados Marcos Rolin (PT) e Beto Grill (PDT), que legitimou a necessidade de um redimensionamento nas formas de atenção psiquiátrica até então preconizadas.

Regina Benevides de Barros (sd.) destaca os seguintes princípios da Reforma:

1. a cidadania historicamente negada aos loucos;
2. a extinção do hospital psiquiátrico e seus similares e a criação de serviços substitutivos de assistência aos usuários e seus familiares;

3. a intervenção junto à comunidade, junto à cidade de tal forma a criar condições favoráveis à reintegração do ex-paciente.

No ano de 2001, foi aprovado, com modificações, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentado em 1989 à Câmara Federal. O Projeto “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiatria compulsória”. Por este Projeto, fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação, pelo governo, de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados, enquanto as administrações regionais de saúde se encarregam da instalação de recursos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Para Paulo Michelon, essa lei da Reforma Psiquiátrica, como outras leis no Brasil, existe só no papel. O problema da Lei da Reforma Psiquiátrica, como de tantas outras, é fazer cumprir. O entrevistado salienta que lutar contra a resistência na cultura, deve ser o próximo objetivo do movimento antimanicomial.

O Movimento alcançou a lei, o nosso principal alvo, mas com algumas modificações. Não foi totalmente como a gente queria, por exemplo, eles não mandam acabar com os hospícios, a lei diz que não se pode criar novos hospícios, hospitais psiquiátricos, mas não diz que é pra extinguir. Então quem vai se encarregar disso é a própria cultura que nós do movimento estamos (Paulo Michelon).

Isto, transposto para o ponto de vista da Sandra Fagundes, trabalhadora em saúde mental, pode ser colocado nas suas seguintes palavras: “Não adianta só uma política nem só os usuários e as pessoas reivindicarem melhor atendimento, **quem vai dar legitimidade ao processo é o trabalhador**, é o envolvimento e o modo como ele **trabalha**” [grifos meus].

Encontramos, aqui, de certo modo, a corroboração com a posição de que a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial vão além de leis e (macro)políticas, sendo que os seus êxitos passam pela cultura (micropolítica) do trabalhador, do usuário, pois, como refere Paulo Michelon, “cultura, que não diz respeito só aos portadores de deficiência psíquica, mas diz respeito a um monte de coisas que acontece na vida da gente, no país da gente”.

Para o nosso entrevistado,

a cultura vai se encarregar de fechar esses hospitais, a própria sociedade vai criar alternativas, e quanto mais alternativas, menos pessoas vão recorrer aos hospitais psiquiátricos e mais pessoas vão recorrer a essas alternativas. **Vai chegar a um ponto em que não vai mais precisar de hospital psiquiátrico, vai fechar por falta de clientela** [grifos meus].

Para Antonio Lancetti (1990), existe hoje um consenso mundial sobre o caráter iatrogênico dos hospitais psiquiátricos. Muitas organizações, entre elas a OMS – Organização Mundial de Saúde – recomendam a progressiva substituição dos manicômios por serviços psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios de saúde mental, comunidades terapêuticas, hospitais-dia etc.

E, para Lisiane Vargas (Psicóloga e Integrante da Equipe de Saúde Mental desse estudo), a Luta Antimanicomial tem sido a grande bandeira e funcionou como uma diretriz para a Administração Popular [do PT na Prefeitura de Porto Alegre].

No atual governo o que a gente já recebeu de posicionamento é que a Luta Antimanicomial continua, mas a gente precisa ir um pouco mais além, porque é necessário a gente pensar em serviços substitutivos. Em outubro, vai acontecer a 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental. A primeira foi em 93; acho que é um momento importante de poder participar, de estar se informando, justamente um marco, da primeira para segunda, é quase dez anos de uma conferência pra outra. A pergunta é justamente essa: há dez anos atrás, o que a gente reivindicava, a bandeira era a da luta antimanicomial, e agora, que mais? Como é que é? Avançou, não avançou? Acho que a conferência vai tentar avaliar isso.

2.3.5 - A Comissão de Saúde Mental e seu Projeto

A presente análise das políticas públicas em saúde mental na cidade de Porto Alegre se restringirá ao período entre o início da Administração Popular (1989), quando o município começa a pensar a questão da desinstitucionalização em saúde mental, e o momento atual.

Com a ajuda do Amadeu Weinmann (1998), historiador e psicólogo, destacamos a *1ª Conferência Municipal de Saúde Mental*, em abril de 1992, espaço no qual é proposta a municipalização da saúde mental com a orientação da desinstitucionalização da loucura; e o relatório de 1993, da Comissão de Saúde Mental (CSM) do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que delinea uma rede de serviços de atenção integral em saúde mental.

A CSM, criada por determinação da Lei da Reforma Psiquiátrica do Estado, foi composta por representantes dos trabalhadores em saúde, autoridades sanitárias, prestadores e usuários de serviços, familiares de usuários e representantes da OAB e da comunidade científica. Seu objetivo inicial foi o da reorganização dos serviços em saúde mental, a ser realizada no prazo de um ano; e, posteriormente, acompanhar e exigir do Executivo municipal e estadual o estabelecido em Lei. De início, a Comissão procurou mapear os serviços já existentes e suas possibilidades de adequarem-se a uma rede de serviços a ser estabelecida na cidade dividida por Distritos Sanitários. A partir disso, foi proposto que as equipes de saúde de cada Unidade Sanitária devessem estar capacitadas para atender às demandas em saúde mental de forma integrada às demais ações de saúde, evitando o encaminhamento a serviços especializados. Nessa perspectiva, todo trabalhador em saúde é considerado um agente de saúde mental, contrariando a lógica da especialização e diminuindo a saturação dos serviços especializados.

Segundo determinação da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, em cada Distrito Sanitário³³ deveria haver um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISMental) e uma ESM. Os CAISMental deveriam funcionar 24 horas por dias, com pronto atendimento e leitos para observação e internação breve, e contar com uma equipe interdisciplinar constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem, psicopedagogo, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais e professores de educação física. Às Equipes de Saúde Mental competiriam supervisionar e assessorar o trabalho das Unidades Sanitárias (US), interagir com o CAISMental do seu Distrito e procurar trabalhar com as instituições e a comunidade organizada de sua área de abrangência. Também vinculadas aos CAIS Mental e sob sua coordenação, deveriam ser criadas “oficinas” de profissionalização, de

³³ O Município de Porto Alegre é dividido em 11 Distritos Sanitários que estão subordinados a 6 Gerências Distritais. A ESM do nosso estudo está localizada no Distrito 9, sob a Gerência 3.

lazer e artísticas para os usuários dos serviços e abertas às comunidades, com a possibilidade de propiciar o surgimento de cooperativas de usuários.

Também foi prevista, pela Comissão, a criação de “moradias protegidas” para os pacientes crônicos (ou cronificados), com distinções entre os tipos de serviços vinculados e o tempo de permanência de cada usuário, a ser definido pela especificidade do caso. Outro serviço preconizado é a Unidade de Saúde Mental do Hospital Geral que deveria ter como objetivo a internação breve (no máximo 15 dias). Finalmente, a CSM determina que, integrada à emergência geral dos Hospitais de Pronto Socorro e Hospitais Gerais, funcione um serviço de urgência em saúde mental.

Segundo essa concepção de serviços, constituídos em rede, não haveria a necessidade de Hospitais Psiquiátricos e, os recursos humanos, locados nestas instituições, poderiam ser transferidos para a rede de assistência.

De acordo com a Coordenação da Saúde Mental da Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde, a rede de serviços de atenção integral em saúde mental, conforme proposta pela CSM do Conselho Municipal de Saúde, ainda está em fase de implantação. Foram destacadas as dificuldades orçamentárias, de pessoal e de estrutura física na municipalização de serviços federais e estaduais, sendo que os serviços municipais também oferecem resistências ao ajustes propostos. Um dos principais problemas levantados pela Coordenação de Saúde Mental da ASSEPLA é a lógica da especialização que ainda vigora nas Unidades Sanitárias, pois a tendência dos profissionais destas unidades é a de se descomprometer do atendimento de casos de saúde mental, encaminhando-os para os serviços especializados.

Dadas as dificuldades (financeiras, de recursos humanos, burocráticas, etc.) para a estruturação dos novos serviços, o objetivo imediato da Coordenação de Saúde Mental do município passou a ter como exigência pelo menos uma ESM ou CAISMental por gerência, enquanto que a proposta da Comissão de Saúde Mental é de que haja uma ESM e um CAIS Mental por distrito (cada gerência é composta por dois distritos). Como é possível supor, a debilidade de uma estrutura de serviços especializados, cuja função seria respaldar a atuação das Unidades Sanitárias e conter a tendência hospitalocêntrica, torna precário o funcionamento da rede enquanto os resultados esperados segundo a concepção inicial colocada pelo projeto CSM.

2.4 – CENÁRIO POLÍTICO-GEOGRÁFICO

Vamos, em seguida, apresentar algumas questões sobre o SUS, a Restinga e a formação psi que fizeram parte de nossa trajetória de pesquisadores, nos ajudando compor o cenário político e geográfico onde se insere a ESM por nós estudada.

2.4.1 - Plissê Único da Saúde: O SUS

No ano de 2000, compus, com colegas e professores do Instituto de Psicologia, “um grupo de estudo com o objetivo de viabilizar a aproximação entre professores, alunos de graduação e pós-graduação, e profissionais interessados, visando a construção de estratégias que contribuam para potencializar a produção técnica e política da psicologia no campo da saúde pública” (Gislei Romanzinni Lazzarotto, Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Psicologia Social).³⁴

Inicialmente nos movemos em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS). Começamos pela busca de bibliografia e documentos relacionados às leis e à saúde pública que tivessem relação com o SUS. Depois, especificamos a abrangência, focando a saúde mental, para, a partir disso, buscar um entendimento dos serviços substitutivos que estão acontecendo (sendo estruturados) no momento.

Numa linha temporal, o SUS é antecedido, conforme Pugin (1991, apud Luiz Andrade, 2001: 26), pela *VIII Conferência Nacional de Saúde*, em 1986, marco histórico para as reformas que foram e estão sendo processadas no setor e que difere das anteriores por contar com a participação de setores organizados da sociedade. O Relatório respectivo tornou-se referência para os constituintes dedicados à elaboração da

³⁴ A Professora Gislei Lazzarotto, organizadora do grupo, é uma das docentes das cadeiras de Psicologia Social e Psicologia do Trabalho e supervisora dos estágios de Trabalho e de Psicologia Social e Institucional. Ela já trabalhava com o tema da saúde pública em suas aulas e/ou supervisões. Conhecendo meu projeto de pesquisa convidou-me a participar da criação do grupo juntamente com mais quatro alunos da graduação que estão em momentos distintos do curso mas, de um modo ou de outro, já tinham algum vínculo e interesse pelo tema. Assim, passamos a trabalhar-em-grupo, a partir de março de 2000, em reuniões semanais.

Carta de 1988, bem como para os militantes do movimento sanitário brasileiro.

Desde a Constituição de 1988, com a construção do SUS, o sistema brasileiro de saúde vem passando por profundas transformações. Esse processo foi norteado pela visão de saúde dessa Constituição e regulado com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). Para operacionalizá-la, foi editado um conjunto de normas, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que vem sendo utilizados como mecanismo regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

O modelo que, vigorou até a implantação do SUS, poderia ser denominado de médico-assistencial e teve suas origens no processo de industrialização que o Brasil viveu a partir da década de 50. A industrialização determinou um deslocamento do pólo econômico para os centros urbanos gerando uma massa de operários que deveria ser atendida pelos serviços de saúde.

Esse modelo médico-assistencial assentava-se na garantia de que o Estado é seu grande financiador por intermédio da Previdência Social³⁵, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos (Almeida, 1995, apud Luiz Andrade, 2001: 22).

A Constituição de 1988, por sua vez, estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ressalta que as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública atribuindo à União a normatização e planejamento, ficando a execução dos serviços como atribuição dos estados e sobretudo dos municípios. É, então, instituído Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal (1988), definindo que:

³⁵ “O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) foi criado em 1966, o que significou uma uniformização dos benefícios numa previdência Social concentrada e um crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento então disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos de Previdência” (Luiz Andrade, 2001: 21).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento **integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. **participação da comunidade** [grifos meus].

Segundo Luiz Andrade (2001: 16), com o surgimento do SUS, todas as atividades tidas de saúde coletiva e individual são unificadas, no Ministério da Saúde, ficando no Ministério da Previdência Social as atividades de previdência e assistência social.

A **descentralização** refere-se à complexificação e à municipalização dos serviços, bem como ao repasse de verbas; a **integralidade** refere-se à priorização das ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a **participação da comunidade** refere-se ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte dos servidores técnicos e dos usuários, por meio representativo em Fóruns e Convenções municipais, regionais e nacionais.

Para Luiz Andrade (2001: 15), “o conceito de Seguridade Social que aparece na Constituição brasileira de 1988 é composto do tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social, sendo um dos maiores avanços de política social do Brasil na sua história recente”. O SUS se diferencia do sistema anterior por garantir a existência de um **sistema articulado** entre todas as esferas de governo (União, estados e municípios) e por ter bases norteadoras únicas, pois, anteriormente, cada esfera tinha a sua política e muitas vezes, dentro de um mesmo nível, instituições desenvolviam políticas de saúde desarticuladas. Outros dois princípios importantes são o da **universalidade**, que rompe radicalmente com o sistema anterior, excludente, que dava acesso ao atendimento só aos contribuintes do sistema previdenciário (ex-INPS), e o princípio da **integralidade**, onde serviços além do modelo baseado na assistência médica individual-curativa devem ser criados.

Com a ajuda do Luis Fernando (Estudante de Psicologia da UFRGS e integrante do Grupo de Saúde Pública), em seu estágio de Psicologia Social e Institucional de modo “descentralizado” e nômade por espaços políticos de discussão da

saúde, chegamos a seguinte problematização sobre o SUS e suas implicações no processo reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Um dos pilares ideológicos deste Sistema é a descentralização político-administrativa da gestão. Esta consiste numa efetiva partilha de poder entre o Estado e as coletividades locais, reconhecendo que o que é público deve estar o mais próximo possível da população. Assim, o Sistema inclui a participação de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e instâncias governamentais no controle dos aspectos assistenciais, administrativos e financeiros da gestão. Como consequência, foi deflagrado o processo de surgimento de múltiplos lugares de discussão sobre os rumos da Saúde Pública no país, alguns permanentes (conselhos) e outros temporários (conferências, fóruns, seminários, etc). Tal multiplicidade de espaços oportuniza uma visão ampla e diversificada dos saberes e fazeres em Saúde Pública. A Saúde Mental, inserida neste contexto, enfrenta também o desafio de reformular o antigo Modelo de Assistência (manicomial/excludente) em conformidade com os princípios expressos na Lei da Reforma Psiquiátrica (desospitalização e reintegração social do paciente). Para que isto aconteça é necessário uma Política de Saúde Mental que promova um novo Modelo de Assistência (criação de Serviços Substitutivos). A operacionalização desta mudança, como estabelecido pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, precisa ser discutida com diversos segmentos da Sociedade Civil Organizada. (Luis Fernando, 2001).

Segundo Lisiane Vargas (2001), “a complexidade é hierarquizada” no SUS, o que corresponde à distribuição dos serviços, que “tem desde o postinho de saúde básica, que está ali na esquina da casa da pessoa e do qual ela deve ter acesso quase que imediato”, aos grandes hospitais gerais, local dos procedimentos mais “complexos” que o posto de saúde básico não tem como fazer, mas tem como providenciar para que isso aconteça. Então, a hierarquia dos serviços no SUS é determinada pelos tipos de serviços que presta, ou seja, pela “complexidade” dos seus serviços.

Essa “complexidade hierarquizada” nos leva à seguinte elocubração: nela subtede-se um tipo de complexidade, relacionada aos tipos de procedimentos, sendo, pois, uma consulta clínica ou uma vacinação entendida como **menos** complexas do que uma cirurgia por essa requerer **mais** recursos tecnológicos, materiais e humanos e prestar um serviço especializado. Também podemos entender a complexidade como um **modo específico** de relacionar variáveis segundo a perspectiva do observador, e não

segundo qualidades intrínsecas de um objeto tomado como complexo. Nesse segundo sentido, o hospital geral não é **mais** complexo que o posto de saúde básica, mas **distinto** em relação às variáveis que o compõe. Com relação à ESM, no primeiro entendimento, ela é um sistema **mais** complexo que uma Unidade Sanitária, mas não pelo número de seus recursos materiais, tecnológicos ou humanos, mas porque no Universo SUS ela trabalha com um tipo de conhecimento e prática **mais** específicos do que aqueles da unidade básica e com **menos** recursos do que os de um hospital geral.

No segundo entendimento sobre a complexidade, a ESM não seria nem **mais** nem **menos** complexa do que o hospital geral e a Unidade Sanitária, respectivamente, e tampouco teria uma complexidade intermediária. A ESM se **distinguiria** com relação ao tipo de complexidade. Assim, na perspectiva de um observador, os três tipos de serviços se distinguiriam pela “diferença que se repete”, ou seja, se distinguiriam justamente pelas diferenças com relação ao mesmo plano de atuação em saúde mental. A complexidade aconteceria, então, relacionada às diferenças pragmáticas que cada um proporia no plano de atendimento. E a hierarquia viria em relação à **estrutura**³⁶ de cada um dos serviços, e não mais com relação à **organização** de cada sistema, pois todos os três serviços teriam práticas relacionadas à Saúde Mental, preservadas suas especificidades.

Tudo isso envolve uma mudança de mentalidade, e nisso o SUS é revolucionário. É muito diferente do que se fez em termos de saúde no ocidente. Toda a concepção cartesiana de separar corpo e mente, toda a questão de poder que existe entre os profissionais de saúde, a hierarquia, é tudo posto de pernas pro ar pelo SUS (Lisiane Vargas, em entrevista).

Neste contexto, o SUS pode ser entendido como um plano³⁷ de composição, ou seja, um espaço para criação, um dispositivo social para mudanças.

³⁶ Organização e estrutura e são aqui utilizados segundo entendimento da obra de Maturana e Varela (2000) e Maturana (2001).

³⁷ Apresentaremos uma definição do conceito de “plano”, como o entendemos aqui, posteriormente. Por enquanto ficaremos com a distinção com relação ao conceito de “campo”, o

2.4.2 - A Restinga³⁸

A Restinga, bairro da atual sede da ESM, situa-se na zona sul de Porto Alegre, a 23 quilômetros do centro. O lugar começou a constituir-se como um loteamento construído pela prefeitura na década de 60, com intuito de remover malocas da zona central da cidade.

O Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB), criado em 30 de dezembro de 1965, em plena ditadura militar, foi o órgão responsável pelas primeiras remoções de famílias de vilas das vilas Theodora, Marítimos, Ilhota e Santa Luzia. Os primeiros moradores da Restinga, hoje Restinga Velha, foram violentados no seu direito de opção quanto ao destino que lhes foi apresentado e agredidos pela usurpação de parte de seu único patrimônio, a maloquinha.

“Remover para promover”, com esse lema o poder público jogou dezenas de famílias carentes para bem longe do centro urbano da cidade. Nessa época, a Restinga era apenas uma sanga cercada por mata virgem, sem estrada, sem água, sem luz, sem escola, sem atendimento médico. Os poucos benefícios que os moradores começaram a usufruir, e que lhes haviam sido prometidos, foram conquistados através de reivindicações feitas em abaixo-assinados e idas aos meios de comunicação

A Restinga era o centro receptor das populações desalojadas. Devido à pobreza da população ali instalada, não havia retorno financeiro para os cofres públicos municipais. A partir daí, foi dado início a um gigantesco projeto ao lado esquerdo da Av. João Antônio da Silveira, hoje Estrada do Trabalhador: a construção da Nova Restinga. Com apenas 10 anos, a Vila Restinga passou a ser denominada Restinga Velha e a ela se agregaram núcleos de ocupações irregulares e novas transferências feitas pelo próprio DEMHAB – Departamento Municipal de Habitação.

Enquanto a Vila Restinga Velha teve seu desenvolvimento a partir da luta organizada de uma população dita marginal, os órgãos públicos municipais projetavam, a partir de 1969, um grande núcleo habitacional. Este núcleo deveria ser o maior de Porto Alegre e serviria de exemplo para o Brasil, talvez sonhando transformar o país numa grande Restinga (Nunes, 1990).

qual é definido por ter limites e contornos mais específicos do que um plano que, por sua vez, possui um maior coeficiente de conectividade.

³⁸ Texto produzido a partir de fragmentos dos Relatórios de Estágio em Psicologia Social Institucional e Psicologia Clínica.

No campo cultural, quase nada foi feito pelos órgãos municipais. Desprovida de atividades culturais e recreativas havia poucas alternativas. Uma delas era o Centro Comunitário da Restinga (CECORES) com um ginásio de esportes coberto, bem como alguns campos de futebol. Nesse clima criou-se uma escola de samba que serviu para mobilizar a comunidade para um novo tipo de divertimento e lazer, salienta-se que esta se localizou no lado da Restinga Velha.

A Restinga cresceu, foram implantados centros comerciais, construídos escolas, creches, ginásios de esportes, delegacia de polícia e postos de saúde.

Enquanto isso, a Restinga Nova não sofreu acréscimo de população, pois não foram construídas novas unidades; mas a Restinga Velha continua crescendo devido à ocupação de novos aglomerados. Hoje, a Restinga, que foi projetada para ter no máximo cinquenta mil pessoas, está oficialmente com 70.000 habitantes e, segundo dados das associações comunitárias, com 150.000 habitantes. Assim, o que inicialmente seria um núcleo habitacional, é hoje um dos bairros mais populosos de Porto Alegre, com aproximadamente 10% da população do município.

Por último, chamamos a atenção para o caráter de descontinuidade urbana que a Restinga tem com o restante da cidade, uma vez que o trajeto se dá por estradas que atravessam morros e pequenas propriedades rurais da periferia. Uma particularidade do bairro que cria naqueles que saem dali, ou os que para ali se deslocam, um sentimento de estar num lugar diferente de Porto Alegre, com uma história, lógica e funcionamento próprios. Aspecto que, talvez, tenha conferido à Restinga e à sua população o reconhecimento, como algo distinto e, ao mesmo tempo, representativo da cidade, já que ali são implantados vários projetos pilotos por parte das políticas públicas, como um atual projeto para minimizar a violência entre adolescentes, proporcionando-lhes alternativas sócio-culturais. Pelos mesmos motivos, incluiremos a implementação da ESM, do nosso estudo, na Restinga, e não em outro bairro do mesmo distrito sanitário. Também chamamos a atenção que a ESM, em seu projeto, relaciona usar as especificidades estruturais desse bairro como ferramenta para alcançar seus objetivos.

2.4.3 – A Formação por Estágios Contínuos

Uma particularidade, é eu ter realizado o estágio acadêmico de Psicologia Clínica junto a Unidade Sanitária Restinga (USR) no ano de 1998 e ter acompanhado as reuniões organizativas, administrativas, para estudos teóricos e discussões de casos da ESM que estava a constituir-se ali desde setembro de 1997. Assim, soma-se à minha inserção mais recente, como pesquisador, a participação anterior como estagiário, da qual retomo material teórico e registros feitos naquele período, bem como contatos e afinidades pessoais engendrados pela particular situação de supervisionado, colega e amigo de vários protagonistas dessa história.

Conhecemos, meu colega de estágio Fábio Dal Molin e eu, a ESM antes mesmo de ela existir, quando no Estágio de Psicologia Social e Institucional em uma escola próxima a Unidade Sanitária Restinga. Sendo uma das tarefas desse estágio mapear a comunidade e serviços, conhecemos o “postinho de saúde” e as psicólogas que ali trabalhavam. A experiência de estágio em Psicologia Social e Institucional nos proporcionou um “particular” conhecimento institucional da Restinga e um “olhar” que se manteria no futuro Estágio de Clínica, que viríamos a fazer junto à ESM, bem como nas problematizações que acompanham esta pesquisa.

Como salienta Sandra Fagundes (em entrevista),

o psicólogo que está se formando, na universidade, não escuta quais são os poderes que estão determinando que ele estude aquilo está estudando. Isso não é dito, mas alguns alunos inferem e outros nem se dão conta do quanto a formação na graduação está determinada pelos poderes que estão subjacentes na universidade. E, muitas vezes, nossas formações básicas nos ajudam, mas outras nos atrapalham, e aí tem que transcender essa formação e conseguir circular em outros conhecimentos.

A superposição espaço-temporal dos estágios de Psicologia Social e Institucional e de Psicologia Clínica nos arremessou para fora do plano curricular. A superfície do planeta Terra constitui-se assim, por estratos superpostos. Um estrato geológico é formado por “sedimentação” de diferentes materiais. Mas um estrato

geológico só ganha estrutura funcional quando tem garantido a passagem dos sedimentos a rochas sedimentares através do “dobramento” (Gilles Deleuze e Félix Guattari, 1995: 54-55).

Quando se pensou o Estágio de Psicologia Social e Institucional no que se refere às divisões clássicas da prática do psicólogo, o aspecto clínico já estava presente, apesar da nova proposta de estágio vincular-se formalmente apenas às áreas de Psicologia Escolar e do Trabalho. Desde o início, tinha-se como objetivo possibilitar ao aluno a integração de conhecimentos para desenvolver uma “escuta clínico-social”³⁹ Para isso, utilizaram-se os seguintes procedimentos metodológicos: **diário de campo**, que se constitui em memórias, elaborações e reflexões em estado bruto; **relatórios**, que fazem parte de um segundo momento, no qual o material dos diários é confrontado com o arcabouço teórico, formando um quadro de análise e possibilitando novos viéses de entendimento e atuação. É importante salientar que esta orientação metodológica, adaptada, continuou sendo utilizada no estágio de Clínica e nessa pesquisa.

O trabalho com estagiários na Unidade Sanitária Restinga (USR) iniciou em 1997. Em 1998, quando fiz o estágio de Clínica, as mudanças do referencial de saúde mental em relação à passagem de “serviço de psicologia da USR” para “ESM da USR” já podiam ser notadas no Plano de Estágio (Lisiane Vargas, 1999: 20-27):

Para 1998, nossa idéia é a de ampliar o espectro, tanto no que se refere às universidades de origem dos estagiários quanto às áreas de estágio. (...) Acreditamos que um estagiário de Clínica, por exemplo, não deva ficar restrito aos atendimentos clínicos, da mesma forma que um estagiário de Psicologia Comunitária, terminará por lançar mão de ferramentas clínicas como a entrevista (psicologia clínica) ou de intervenções junto à escola (psicologia escolar).

Para exemplificar as mudanças que começavam a acontecer como consequência da criação da ESM, trago a situação dos estagiários de psicologia, no ano de 1998, naquela Unidade Sanitária. Havia dois estagiários de clínica da UFRGS, dois de Psicologia Social e Institucional, também da UFRGS, e dois de Psicologia Comunitária da UNISINOS. Meu colega e eu, que fazíamos estágio de Clínica, nos diferenciávamos dos demais por termos a obrigatoriedade, por parte da Universidade, de

realizar atendimentos individuais num modelo clínico psicoterapêutico⁴⁰. Contudo, os demais colegas de estágio também realizavam alguns atendimentos individuais, desde que não caracterizassem uma psicoterapia (pelo menos de longa duração). E todos nós realizávamos atividades conjuntas que iam de assessoria a grupos de idosos a visitas a escolas e creches, bem como tínhamos supervisões individuais e uma reunião semanal com todos os estagiários e as duas psicólogas.

Nessas circunstâncias, aconteceu que aspectos ético-estéticos, metodológicos e bibliográficos foram hibridizados. Dessa forma, explico e justifico meu interesse pelo processo de formação da ESM que vem acontecendo na Unidade Sanitária Restinga, local onde se deu meu Estágio de Clínica, local onde pratiquei um olhar institucional e “aprendi” a escuta clínica. Enfim, foram nessas condições que conheci a ESM.

2.5 - A ESM DA UNIDADE SANITÁRIA RESTINGA

Fui para a Restinga ser psicóloga do posto de saúde, nem um postinho pequeno, nem uma policlínica, mas um posto que faz vacinação, curativo, e que tem uma equipe básica de ginecologista, pediatra, médico geral comunitário, nutricionista. Então, a abordagem era mais em atenção primária, e o que eu sempre tinha se feito até então era clínica⁴¹, com algumas intervenções na comunidade, tipo palestras nas escolas, mas a maior demanda era clínica, e a maior oferta também (Lisiane Vargas, em entrevista).

Como vimos, a proposta da Reforma Psiquiátrica implica a reorganização dos serviços. O Relatório da Comissão de Saúde Mental da SMS, de 1993, propôs que “a operacionalização da mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico está vinculada ao gerenciamento único dos vários serviços e sua organização distrital através da Municipalização da Saúde, respeitando-se os princípios da hierarquização,

³⁹ Uma apresentação e discussão sobre essa proposta de estágio esta publicada nos Anais do 1º Encontro Nacional de Estágios: aspectos éticos e legais. Curitiba: UFPR, 1997, p.210-214.

⁴⁰ Logo adiante será apresentada uma definição do termo “psicoterapêutico” que acreditamos servir também para essa situação.

⁴¹ Entendemos que Lisiane usa aqui o termo “clínica” num sentido mais usual, ou seja, como espaço de atendimento-tratamento predominantemente individual e que no caso da Psicologia compreende a prática psicoterapêutica (termo definido pela própria Lisiane e a ser apresentado em outro momento dessa dissertação).

universalização, integralidade, equidade e participação” do SUS. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre vem implementando, nos últimos anos, novos serviços na área de saúde mental. Além da constituição de dois Centros de Atendimento Integrado a Saúde Mental (CAISMental), os profissionais das Unidades Sanitárias são “convidados” a formar equipes interdisciplinares a fim de constituírem novos serviços em saúde mental nos seus respectivos distritos sanitários.

A constituição da ESM, do nosso estudo, se deu através da proposição da Secretaria Municipal de Saúde, formulada pela Assessoria de Planejamento (ASSEPLA), em setembro de 1997, numa reunião na qual foram convidados os profissionais locados nas Unidades Sanitárias da Prefeitura no Bairro Restinga e que já trabalhavam com saúde mental. Aceitaram a proposta uma assistente social, um médico geral comunitário, um pediatra e duas psicólogas da USR, uma dentista e uma neurologista do PAM Restinga Nova, e passaram a se reunir para construir o Projeto de Criação da ESM da Restinga (1998). “A essas sete pessoas, foi dada a liberdade de criação da equipe, em forma de um projeto, que foi apresentado em janeiro de 1998” (Lisiane Vargas, 1999: 16-17).

Estava cada um num posto de saúde fazendo o que bem entendia em saúde mental, segundo suas preferências. Não existia uma política clara, definida, e não existia uma equipe, existiam pessoas isoladas: uma neurologista, um médico geral comunitário, um pediatra, que faziam saúde mental do jeito que entendiam. Então, esse chamamento da Secretaria foi nos sinalizando: olha, a gente quer ter um serviço mais organizado em saúde mental, e em vez de ficar um em cada canto fazendo o que bem entende a gente acha que vocês podem ser muito mais úteis como uma equipe, pra fazer ações de maior impacto, porque o que vocês fazem, embora a boa vontade, não tem muito impacto sobre a região (Lisiane Vargas, em entrevista).

Vejamos alguns aspectos conjunturais que consideramos terem colaborado para a criação da ESM: Administração Municipal do Partido dos Trabalhadores, autonomia dada pela gerência do posto e pela Secretaria da Saúde do Município aos trabalhadores que estão nos postos de saúde, existência do SUS, Lei da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, política de saúde mental adotada pela Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde, inclusão de estagiários e

motivação por parte dos trabalhadores da Unidade Sanitária Restinga que vieram a integrar a equipe.

Concomitante a esses pontos, certas liberdades políticas e informativo-educacionais, plasmadas no aperfeiçoamento de corpos jurídico-legais conquistados por movimentos e lutas populares, assim como concedidos pelas necessidades participativas dos sistemas liberais e social-democratas, vêm possibilitando “novas” territorializações. Há, também, um reflorescimento de “antigas” e uma proliferação de “novas” correntes e movimentos com algum tipo de relação com as práticas clínicas mais tradicionais – Análise Institucional, Rogerismo, Gestalt, Acupuntura, Homeopatia, Terapias Florais e uma variedade de “linhas” psicanalíticas – também geradoras de “novas subjetividades” e que, muitas vezes, não são passíveis de um enquadramento científico, mas não cessam de mostrar sua eficácia clínica. Como lembra Gregório Baremlitt (1989: 19), a clínica psi no contemporâneo “se diversifica y multiplica interiormente en una dispersión y en un combinacionismo y/o sincretismo incesante en el que co-existen todas las tendencias de su historia, mas o menos ‘aggiornadas’, con otras neo-arcaicas y muchas enteramente novedosas”.

Por sua vez, o Projeto de criação da ESM da Unidade Sanitária Restinga, tem como objetivo geral definir ações coletivas e individuais para a promoção de saúde mental na Restinga. Como movimento instituinte, a formação dessa “nova equipe” viria (re)ver certas concepções de doença mental, sofrimento psíquico e correspondentes abordagens terapêuticas a serem adotadas e utilizadas pela equipe, bem como os modos de trabalhar. Mas antes, nos atemos mais ao que propunha o projeto.

Os objetivos específicos do Projeto de criação da ESM da Restinga⁴² foram divididos em duas etapas.

Na primeira etapa (6 meses iniciais):

1. Atender a demanda espontânea e referida de pacientes com sofrimento psíquico na USR.
2. Divulgar o serviço da ESM junto à comunidade.
3. Reavaliar mensalmente o funcionamento da equipe.

⁴² Projeto de Criação da ESM, em anexo no A Psicóloga em Questão, Lisiane Vargas, 1999.

4. Definir estratégias de atendimento às patologias mais prevalentes através da análise da demanda espontânea e referida na USR.
5. Interagir com os Cais Mental e outros serviços especializados existentes na área de saúde.

Na segunda etapa:

1. Continuar atendendo a demanda espontânea e referida de pacientes com sofrimento psíquico na USR.
2. Ser referência para os demais serviços de saúde do Distrito 9.
3. Supervisionar e assessorar os mesmos.
4. Estabelecer ações coletivas para promoção da saúde mental junto à comunidade.

No nosso entendimento, esse último ponto seria a realização do objetivo geral. Os demais objetivos, especificados nas duas etapas descritas acima, teriam a função de possibilitar sua efetivação. O objetivo de atender a demanda espontânea e referida de pacientes com sofrimento psíquico na USR (1º item do projeto da ESM), já era um serviço realizado antes do planejamento e criação da ESM, isto é, já havia busca por serviços de saúde mental na Restinga, como em qualquer outro lugar.

Assim, o objetivo da ESM está, desde o início, subentendido, como alterar a produção da demanda por saúde mental no seu distrito, e não, simplesmente, vir tentar dar conta da demanda que já existia ou que viria a ser produzida. Lembramos Gregório Baremlitt (1996: 68), quando diz que “a demanda não existe *per se*”. Isto é, não existe demanda espontânea, toda demanda é produzida, é gerada. Seguindo esta linha de Análise Institucional, deveríamos iniciar pela análise da produção da demanda, ou seja, deveríamos pensar que serviços a ESM oferta que geram a demanda que ela tem por “clínica terapêutica”⁴³.

⁴³ Gregório Baremlitt (1996: 106) chama atenção para “um cruzamento natureza da demanda”, pois não é necessariamente a organização que oferece um serviço a única responsável pela produção de demanda desse serviço, e trás um bom exemplo para ilustrar nosso estudo: “Muitas vezes, a produção da demanda de um serviço, por exemplo, um serviço de saúde, é ‘naturalmente’, em princípio, produzida pelos estabelecimentos de saúde que oferecem seus serviços. Mas é produzida, igualmente, pela falência, por exemplo, de outras ofertas de outras

2.6 - O FUNCIONAMENTO GRUPAL DA ESM

O movimento da Reforma Psiquiátrica vem valorizando o grupo, tanto como dispositivo de intervenção clínica junto aos usuários, como no processo de organização dos serviços substitutivos.

Segundo Regina Benevides de Barros (sd.),

A proposta de uma desospitalização implica, portanto, não apenas uma reformulação na Organização dos Serviços, mas também um processo de atualização e criação de estratégias que se afinem com a desinstitucionalização da doença mental.

Em nosso entendimento, uma dessas estratégias é a constituição de equipes multidisciplinares⁴⁴, com a passagem do foco do trabalho do modo individual para o grupal. Do mesmo modo, vamos priorizar os aspectos grupais correlacionados à ESM, isto é, a multiplicidade em seu caráter virtual e de atualização. Vamos demarcar como início de seu funcionamento grupal, para fins da nossa problematização, o momento em que os profissionais locados numa mesma unidade sanitária estavam “isolados” e fazendo “saúde mental do jeito que entendiam” para quando passam a se **reunir** para a elaboração de um projeto para a criação de uma Equipe de Saúde Mental que viriam a constituir.

Escolhemos as reuniões da ESM, não só como marco do início do funcionamento grupal, mas como espaço para estarmos construindo nossa cartografia. Justamente ali se inaugura uma nova prática para os profissionais.

Examinando algumas propostas do próprio projeto da constituição da ESM, já organizado por e para o coletivo, vemos que uma das tarefas priorizadas foi a triagem, trabalho em que todos se envolviam e que, no início, era feito de forma individual, mas com a distribuição e encaminhamento dos casos a todos integrantes da Equipe, inclusive aos estagiários. A Equipe (o **todo**) e os integrantes (**partes**) ganharam outras dimensões, seus limites foram alterados, com responsabilidades e obrigações que antes eram quase

organizações que são incompletos, que são distorcidos, que são anacrônicos e que geram demanda de serviços de saúde porque não resolvem bem os problemas da sua especificidade”.

que exclusivamente entre paciente-profissional-chefia. Isto passa a ocorrer também, e com mais intensidade, entre colegas e comunidade. Então, são criadas possibilidades de perturbação/percepção de informações entre os diversos sistemas: integrante-ESM, integrante-paciente, paciente-ESM, ESM-Unidade Sanitária, e assim por diante. O grupal passa a se atualizar nas reuniões e em outros momentos coletivos, amplificando a rede onde está inserido, e vice-versa, uma rede que ao se ampliar (tornar-se perceptível a outras redes) atualiza o grupo, o nodo de uma rede, ou seja, a ESM.

Outros momentos, onde também já se percebia a grupalidade, eram as reuniões semanais e os seminários quinzenais para estabelecer rotinas e *guide lines*, quando acontecia o encontro de todos integrantes.

A Reforma Psiquiátrica, ao valorizar noções como as de cidadania, reinserção social, ressocialização, indica o compromisso com o coletivo. Neste sentido, o grupo aparece como instrumento facilitador de tal objetivo. Entretanto, sua utilização acrítica pode comprometer o projeto de desinstitucionalização pretendido. Tal projeto implica sobretudo a criação de outras subjetividades, outras cidadanias, outras implicações com a instituição loucura. Tal projeto implica num desmonte das dicotomias indivíduo-grupo, clínica-política, clínica-social (Regina Benevides de Barros, sd.).

Apesar de, nesse artigo, Regina Benevides de Barros focar o grupo como dispositivo a ser usado por profissionais da saúde em suas práticas de assistência, e nós estarmos focando uma “política de grupalidade” quanto à integração dos profissionais, vemos que há uma preocupação comum: o compromisso do coletivo, de técnicos, políticos e usuários com a Reforma Psiquiátrica e com os decorrentes serviços que estão se estruturando. Exemplificamos com o seguinte acontecido: no espaço dos seminários da ESM, em novembro de 1998, foi convidado um especialista em grupos com orientação na obra de Enrique Pichón-Rivière (Ricardo “Kaito” Dominguez), de uma instituição na qual a Psicóloga Lisiane Vargas (integrante da ESM) fez formação em Psicologia Social com ênfase em grupos. Posteriormente, esse mesmo especialista passou a dar assessoria à ESM, paga pelos próprios integrantes. Segundo Lisiane Vargas (1999: 17), a partir dessa assessoria, a ESM passou a fazer projetos de trabalhos em grupo, como a triagem em grupo, que passou a acontecer a partir de março de 1999.

⁴⁴ A definição do Multidisciplinar, bem como de outros termos afins será apresentada,

Nesse mesmo período, a ESM criou grupos terapêuticos para onde eram encaminhadas algumas das pessoas que passavam pela triagem grupal. Tais grupos, no início, eram de: adolescentes, bipolares, convivência, crianças, expressão, mulheres, terapia de casal e terapia de família. Hoje, eles são 10 e passaram de uma categorização mais por patologias para uma mais por perfil, idade e história com o serviço. Apesar dos atuais nomes dos grupos indicarem uma visão mais relacionada à prevenção e sociabilização, com a redefinição de suas “unidade” (de Pais, de Proteção, de Egressos...), eles conservam um tom terapêutico. Contudo, parece haver na atual experimentação dos “grupos”, ao distingui-los por uma certa substancialidade que seria comum a todos integrantes de cada um dos grupos, uma conservação de idéias dos anteriores na homogeneização, da heterogeneidade própria do grupal, em um fim ortopédico.

Os grupos em andamento são:

1. Grupo de Pais: formado por abusadores de menores, podendo ser os próprios ou familiares que foram “cúmplices”.
2. Grupo de Proteção: atende a crianças abusadas e ocorre concomitante ao de pais.
3. Grupo de Egressos: para quem passou por internação psiquiátrica há pouco tempo.
4. Grupo de dependência química: inclui alcoolistas e familiares.
5. Grupo de Mulheres: foi o primeiro e acolhe apenas mulheres, independente da “patologia” ou da idade. É também chamado de Grupo de Reflexão e Expressão para Mulheres.
6. Grupo de Adolescentes: tenta concentrar os adolescentes pela idade, independente do motivo do encaminhamento: problemas de aprendizagem, de relacionamento e/ou violência.
7. Grupo de Crianças: ainda tem um tom terapêutico, pois recebe “crianças-problema” encaminhadas pelas escolas, creches, Conselho Tutelar e/ou outros profissionais da saúde. Ocorrem uma vez por semana, um pela manhã e outro à tarde.

8. Grupo de Medicação: foi formado a partir do grupo de bipolares e é o espaço para a renovação de receitas. Da consulta individual ou da simples renovação sem avaliação passou a ser realizado em encontros quinzenais, com indicação primeira à renovação da receita. Não faz distinções quanto ao motivo da medicação, ou seja, as “patologias”.
9. Grupo de Triage: é um grupo semanal, no qual os profissionais se revezam e onde são acolhidas as pessoas encaminhadas à ESM ou que procuram “voluntariamente” o serviço de saúde mental.
10. Grupo de Expressão e Criatividade: atende principalmente Psicóticos, e realiza atividades laborais, plásticas e lúdicas.

A ESM passou, então, a adotar trabalhos em grupo que privilegiam a prevenção, fugindo do modelo tradicional de consulta individual e terapêutica. Os grupos, que, num primeiro momento, montaram-se em torno das patologias, passaram a ser organizados em torno do perfil, idade e história com o serviço, afastando-se de um modelo mais classificatório, pautado pelo tipo de “doença”.

Para Lisiane Vargas (1999: 13), as abordagens usadas em grupos, em um posto de saúde básica, não necessitam ser psicoterapêuticas, entendendo que “psicoterapêutico” é um conceito que tradicionalmente se refere a um trabalho “voltado para a cura através da análise de causalidade do sofrimento psíquico associado à infância”.

Nota-se que “avaliações individuais para aprofundamento diagnóstico” e alguns atendimentos individuais continuaram acontecendo, principalmente no que diz respeito às atividades do psiquiatra quanto à relação com a prescrição medicamentosa. Como salientou Sandra Fagundes, em entrevista, “vai se criando um jeito de trabalhar que não se opera apenas no individual”.

De uma situação na qual tomava-se uma demanda “natural” por atendimento clínico individual, passou-se a utilizar técnicas grupais, para então pensar e trabalhar sobre a demanda por elas gerada, como no caso de assessorias às Unidades de Saúde Básica, as triagens e os grupos terapêuticos.

Eu acho que **os dispositivos têm sido os serviços**. Em Santos, com a experiência da administração da Telma, e depois Davi que usava essa expressão, “eu sou mais do fazejamento que do planejamento”, mas era esse grupo, cutucado pela realidade e pela necessidade de dar respostas efetivas do ponto de vista político, do ponto de vista social, do ponto de vista técnico e teórico, que acabou produzindo um monte de questões dentro da saúde mental (Sandra Fagundes) [grifos meus].

Entre agosto e dezembro de 1998, a ESM teve atendido um pedido de assessoria que foi dada por uma psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde. Um dos desdobramentos dessa assessoria foi a solicitação de um planejamento para o ano seguinte.

Em dezembro de 1998, a ESM apresentou o “Planejamento 1999”⁴⁵, no qual relaciona 7 itens. Aqui os apresentaremos (de modo resumido) por considerarmos acontecimentos ilustrativos das mudanças que se deram na história da Equipe naquele ano, e em função de algumas dessas mudanças alterarem a estrutura da Equipe:

1. Receber uma nova integrante na equipe, isto é, o ingresso de uma terapeuta ocupacional, revestido de “todo um significado simbólico”, pois envolvia a inclusão de novas atividades, como oficinas e grupos.
2. Criação de Oficinas e Grupos⁴⁶.
3. Ampliação do espaço de Seminários das terças-feiras, o que significa uma transição do estudo de psicopatologias com a finalidade de estabelecer *guide lines*, para “o estudo de terapias de casal e família” e “o estudo de temas candentes como os grupos e a dependência química”, o que contou com a participação de ministrantes externos.
4. Envolvimento no processo de reestruturação da Rede Integrada de serviços de atendimento à criança e ao adolescente⁴⁷, ponto que se refere à forma de participação da ESM nesse outro espaço coletivo.

⁴⁵ O texto com o “Planejamento 1999” consta em anexo no A Psicóloga em Questão, Lisiane Vargas, 1999.

⁴⁶ “No decorrer do ano de 1998, implantamos um grupo de mulheres, o qual tem demonstrando muita resolubilidade. Nossa hipótese é a de que tal resolubilidade está intimamente relacionada com seu aspecto grupal, tanto do lado dos usuários quanto no que se refere aos profissionais envolvidos com sua coordenação. Diante de tal experiência, nossa equipe tem buscado saber mais sobre grupos para, posteriormente, poder adotá-los de maneira mais significativa em nossas rotinas” (Lisiane Vargas, 1999: 40).

5. Atenção aos usuários de substâncias psicoativas e familiares, relacionada à grande demanda de dependentes químicos e familiares à ESM e se propondo a criar espaços de discussão e atenção a essas pessoas, para tanto estabeleceu contatos com a equipe da política de Redução de Danos da ASSPLA.
6. Restinga o ano todo, é “a idéia de lançar uma campanha de proliferação deste espírito” da Semana da Restinga⁴⁸.
7. Inauguração de um novo espaço físico, que se tratava da ocupação de uma sala reformada no PAM Restinga Nova e que viria a abrigar, durante o ano de 99 e 2000, as reuniões da Equipe e algumas oficinas e grupos.

Tinha-se a idéia que a ocupação desse espaço (referente ao item 7) viria a ampliar tanto os limites geográficos (Restinga Nova), quanto de profissionais (inclusão de membros desta Unidade Sanitária), o que não aconteceu. A ampliação geográfica veio a ocorrer pelo sistema de referência e assessoria que vamos abordar a seguir. E, também não houve inclusão de outros profissionais, pelo contrário, nesse período, a neurologista que fazia parte da ESM se exonerou, no meio do ano de 1999, e o psiquiatra pediu transferência para outro posto no final de 1999.

A ESM diminuía?!

⁴⁷ Para saber mais sobre a Rede Integrada de Serviços de atendimento à criança e ao adolescente ver a dissertação de Fábio Dal Molin intitulada: Autopoiese e Sociedade: a Rede Integrada de Serviços Restinga na teoria dos sistemas vivos. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional/ UFRS, 2002.

⁴⁸ Atividades sócio-culturais, educativas e políticas que acontecem todos os meses de novembro e que congrega várias entidades do bairro. A Semana da Restinga faz parte da história da comunidade e é conhecida em toda cidade e justifica a fama de “organizada e criativa” dessa comunidade. Fato que é corroborado pelo sucesso das duas escolas de samba do bairro. É em função desta distinção do Bairro Restinga que achamos interessante trazer um pouco da história do bairro, conforme apareceu na seção “Restinga”.

2.7 - A ESM DO DISTRITO 9 E O PARADOXO DE DIMINUIR EXPANDINDO

Quanto ao funcionamento grupal, num primeiro momento, referimos a organização dos integrantes da ESM quanto ao modo de operar “interno”. Nesse capítulo, vamos ver como esse funcionamento grupal se desdobra dos indivíduos para o grupo, e da ESM para o distrito sanitário. Esse momento de “expansão” é demarcado por nós quando o sistema de assessoria às Unidades Sanitárias (US) e às unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário 9 é implementado, mesmo período em que mais dois integrantes se afastaram da ESM.

A atual formação da equipe é uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, e um psiquiatra, além de mim, psicóloga. Somos quatro profissionais e, atualmente, temos duas estagiárias de psicologia (Lisiane Vargas, em entrevista).

Do período em que estive na ESM, como estagiário, para o ano de 2001, como pesquisador, houve uma mudança de hierarquia com relação à estrutura dos serviços públicos de saúde do distrito sanitário no qual ela está locada. A ESM, no momento da sua formação, era mais um serviço da Unidade Sanitária Restinga⁴⁹, onde estava sediada e era local de origem da maioria dos profissionais que a compunha. Atualmente, ela encontra-se como um serviço diferenciado em relação à hierarquia e à complexidade das unidades básicas, respondendo diretamente à Comissão de Saúde Mental. Trata-se, pois, de um serviço de referência em saúde mental para as Unidades Sanitárias e Postos de Saúde da Família localizados no Distrito 9 de Porto Alegre (extremo sul do município).

Atualmente, nossa equipe é responsável por atender saúde mental em todo Distrito Sanitário 9. Nossa missão é fazer retaguarda aos 8 postinhos básicos que atendem as pessoas num primeiro momento. O clínico geral ou o pediatra do postinho tentam atender, e, se acham que o paciente necessita de um atendimento mais especializado, então, essa pessoa vem para ESM. Eu acho que só isso aí é uma baita responsabilidade. Com isso a gente tem que pensar em termos de saúde coletiva, e não na doença. Infelizmente, muitas vezes a gente acaba

⁴⁹ Pelo menos foi esse o entendimento que tive durante o período em que fui estagiário. Não que isso significasse que as ações da ESM estivessem restritas nas instalações da USR.

priorizando atender os que já estão doentes. Nós ainda não temos muito desenvolvida a questão da promoção da saúde e da prevenção (Lisiane Vargas, em entrevista).

Segundo Lisiane Vargas, na ESM “todo mundo faz tudo”. O acolhimento de um novo paciente, avaliação familiar, avaliação individual, assessoria a uma escola, assessoria a um postinho de saúde, reuniões em grupo, grupoterapia. “Todos da ESM fazem coisas muito parecidas, a única coisa que é só médico quem faz é a prescrição de medicação, a avaliação da parte mais de farmacoterapia”.

Em outros aspectos, a antiga estrutura ainda continua funcionando. A ESM, apesar de, no ano de 2001, ter conquistado um espaço físico próprio, continua sediada na USR, visto que esse novo espaço é contíguo às instalações dessa. Seus integrantes, em relação ao quadro de pessoal, também estão locados na USR, pois as Equipes de Saúde Mental não possuem status autárquico para ter um quadro de pessoal próprio.

Essa **possibilidade de mudar a estrutura**, de criar, a gente tem, desde que tenha esse tipo de determinação. De ter uma coerência entre o que a gente está propondo e o que agente está construindo (Sandra Fagundes, em entrevista) [grifos meus].

Uma das mudanças foi quanto à questão da assessoria. Um dos objetivos da ESM, no seu próprio entendimento, seria o fator multiplicador, ou seja, fazer com que cada US e PSF passassem a ser **autônomas** em termos de atendimento e prevenção em saúde mental. Para tanto, ela tornou-se⁵⁰ referência em saúde mental e passou a oferecer assessoria aos profissionais desses postos de saúde, o que não significa que essa venha funcionando como era esperado. Para Lisiane Vargas, ainda existe muito preconceito por parte dos médicos. “O clínico geral acha que não está habilitado a atender um psicótico, que um psicótico tem que ser atendido por um psiquiatra. Então, o nosso papel também é esse, de sensibilizar, de mostrar para o clínico que ele tem condições. Que o paciente tem como fazer um tratamento de manutenção com um clínico geral perto da sua casa, no postinho de saúde perto da sua casa”.

⁵⁰ Esse “tornar-se”, reflexivo, é coerente com o SUS, o movimento da Reforma Psiquiátrica, e da política local (Prefeitura e SMS), mas também é uma iniciativa da ESM, pois não há uma formulação oficial por parte das instancias administrativas que estipulem o sistema de

Em cada posto funciona de um jeito, por mais que a gente tente ter algumas rotinas, alguns padrões de consultoria, de assessoria, cada posto nos recebe de um jeito, cada profissional reage de um jeito. Alguns querem aprender, querem ser **autônomos** para atender no seu próprio posto a clientela, no aspecto também da saúde mental. Outros preferem, como a gente diz no serviço público, desovar aqueles casos mais difíceis para outros serviços, lavar as mãos. Mas isso varia muito, e o nosso papel é justamente esse, de mostrar para as pessoas que elas são capazes de ser resolutivas em saúde mental (Lisiane Vargas, em entrevista) [grifo meu].

Enquanto a ESM faz esse movimento para fora, de estabelecer as assessorias, ela mantém reuniões semanais (as quais acompanhei de janeiro a julho de 2001) para tratar de assuntos diversos. Essas reuniões duram de duas a três horas e não possuem uma coordenação explícita, apesar da Equipe ter uma coordenadora responsável que responde por ela em situações burocráticas e oficiais. Esses encontros são organizados por uma pauta, montada no início da reunião, com o pedido de inclusão dos temas por parte dos presentes e, com isso, é distribuído o tempo em função do número de pontos. Junto a esse primeiro momento podem ocorrer os “avisos gerais”, que se tratam de “notícias” rápidas que não entram na pauta, pois não devem acarretar discussões.

Entre os temas das pautas, destacamos, primeiro, os que tratam sobre a própria organização da ESM, como o planejamento das atividades e os limites dos deveres de cada integrante com a Equipe e dela com as USs e PSFs e sua gerência; segundo, destacamos as discussões de casos que, necessariamente, não são de atendimento individual, podendo se remeter aos grupos que a Equipe realiza ou aos estabelecimentos com quem esta mantém contato: USs, PSFs, Escolas, Conselho tutelar; por último, assuntos de ordem “pessoal”, como a ausência de algum dos em uma das atividades, a chegada do psiquiatra, os temores, alegrias e dúvidas encontrados no dia-a-dia, no trabalho e na vida privada desses profissionais de saúde mental. Assim, o que observamos, é a antítese indivíduo-grupo se atualizando num grupal marcado pela multiplicidade de um coletivo virtual.

referência em saúde mental e, conseqüentemente, o atendimento em saúde mental por parte dos profissionais locados nas USs e PSFs.

Para Gislei Larazzaroto (sd.), Gastão Campos (1997) contribui para esta reflexão ao abordar que,

na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a Saúde Pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia, pela redefinição dos critérios de cura e do papel dos serviços de saúde – colocando-os a serviço da reprodução da vida.

3 – PLANO GRUPAL TRANSDISCIPLINAR

Cartografamos linhas de modo a comporem planos, contudo, ainda segmentados, às vezes muito próximos a um decalque, como que querendo representar algo. Mas, como nos mostram Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995: 24), “existem estruturas de árvores ou de raízes nos rizomas, mas, inversamente, um galho de árvore ou uma divisão de raiz podem recomeçar a brotar em rizoma”. Ou seja, o rizoma⁵¹ existe na árvore assim como pode existir estrutura arborescente no rizoma.

Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc.; mas compreende também **linhas de desterritorialização** pelas quais ele foge sem parar (Gilles Deleuze e Félix Guattari, 1995: 18) [grifos meus].

São essas linhas que buscaremos priorizar daqui por diante.

Além do mais, a presença de segmentaridades, necessariamente, não chega a se constituir em um problema para nossa cartografia se tivermos em conta que elas não são verdades e muito menos aquilo que pretendem representar, apesar de poderem vir a ser confundidas como tais. Desde que tomados alguns cuidados, as segmentaridades que apresentamos, como leis, políticas e fatos históricos, podem ser úteis para dar “visibilidade” aos fluxos que delas transbordam e aos movimentos “invisíveis ao olho nu”, mas capturáveis por nossos “corpos vibráteis”. Como nos falam Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995: 23): “é preciso sempre projetar o decalque sobre o mapa, mesmo

⁵¹ Para uma noção do conceito de “rizoma” ver “Introdução: Rizoma” da obra “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia” (Gilles Deleuze e Félix Guattari, 1995:11-37).

que ele não reproduza o real, pois ele não reproduz senão ele mesmo quando crê reproduzir outra coisa”.

Portanto, nossa intenção, no capítulo anterior, foi religar os decalques ao mapa, relacionar as raízes e as árvores ao rizoma, destacar do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da política de Saúde Mental e da rede de serviços substitutivos de Porto Alegre o que se conecta entre si e com outras redes. Insistimos em lembrar que é no brotar de árvores que se constituem planos, planos conceituais, teóricos e existenciais; e que é no “espraçar” do rizoma que podemos acessar outros planos, planos imanentes e transversais, e, assim, estarmos (re)situando impasses desde o mapa **segmentado** às **linhas de fuga**.

Chamamos atenção para que as **linhas** das leis (SUS), discursos (desinstitucionalização), práticas (agrupar), nesse sentido, não têm nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mudem de natureza. É o múltiplo tratado, efetivamente, como substantivo. E, essa mesma **multiplicidade**, desdobrada em modos de trabalhar, nos possibilita pensar em **planos de consistência das multiplicidades**, ou seja, pensar em um número crescente de conexões entre *perceptos* e *afectos* que teriam a função de denunciar a relação do uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural e espiritual e como imagem e mundo; denunciar o mundo dual de Platão.

Para tanto, vamos priorizar os diários de campo e as entrevistas realizadas com a ESM, isto é, os espaços das reuniões. Foram realizadas três entrevistas de uma hora e meia com a ESM. Elas aconteceram num momento anterior à sua reunião semanal, de modo que os temas propostos pela entrevista se hibridizaram com os assuntos das reuniões. É justamente esse híbrido que nos potencializa estar pensando o pano grupal transdisciplinar como imanente, uma “realidade ontológica” que vamos apresentar com pequenos recortes desse processo de desterritorialização/reterritorialização teórica em que nos encontramos.

Também vamos propor que são as reuniões, os encontros, as conexões e perturbações recíprocas que fazem dos trabalhadores da ESM um grupo operante. Um *modus operandis* que, pela própria dinâmica de trabalho estar centrado na Equipe e não num profissional ou disciplina-profissão, pode vir a criar realidades diversas.

Segundo Antonio Lancetti (2001: 19), quanto à organização de serviços de saúde mental, a trama traçada pelo *modus operandis* e suas conexões com os recursos da comunidade devem ser consideradas, pois, qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma, e para isso, é preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde. Pois, passando-se a contrapor a forma de determinações por pontos ordinários - médico-louco -, por um *modus operandis* produtor de agenciamentos que conectem os usuários do serviço às redes trançadas pela organização sanitária e os recursos da comunidade, pode-se estar avançando de um modelo de atenção à saúde mais ortopédico para um mais voltado para a prevenção e atento as especificidades da população a qual se dirige. Achamos que pode ser o caso da implantação do serviço de referência para as USs e PSFs, ou de projetos vinculados à Secretaria Municipal de Cultura, Semana da Restinga e/ou Escola de Samba.

Notamos, também, que o trabalho em grupo possui um caráter político, pois pode alterar as relações de poder ao redefinir tarefas e a circulação de saber. Ele, também, possui um aspecto pedagógico terapêutico, pois os modos de trabalhar influenciam sobre a constituição de sujeitos e produzem subjetividades. Ou seja, os coletivos nos quais o modo de trabalhar é atravessado pelo grupal podem vir a proporcionar, desde os próprios trabalhadores, uma reflexão crítica sobre os modos de produção de subjetividades e de constituição dos sujeitos.

Assim, vamos estar pensando o grupo, ESM, tanto como uma espécie de **nó** nessa teia ecológica das práticas, políticas públicas, movimentos sociais e da própria ciência. Mas também como um **plano de imanência** e, como tal, singular, autônomo, autopoietico, e, potencialmente, capaz de alterar ou criar outros planos. Esses planos, por sua vez, teriam uma parte **estratificada** (os nós), o coletivo organizado⁵², as reuniões da ESM, a divisão de tarefas; e outra **lisa** (as linhas), de pura intensidade, acessível pela atualização do grupo – o grupal - em suas desterritorializações e linhas de fuga perceptíveis nos modos de trabalhar, nas práticas e nas (des)estruturas das especialidades: “nessa Equipe todo mundo faz tudo” (Lisiane Vargas, em entrevista).

Vejamos, primeiro, como fica a questão do trabalho e da gestão de coletivos, para, então, pensarmos questões referentes ao grupo e suas relações com aspectos segmentarizados - grupo-indivíduo, grupo sujeito -, e seus contrapontos grupo-

⁵² “Coletivo organizado designa aqueles agrupamentos que tem como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço” (Gastão Campos, 2000: 35).

coletivo, grupo-sociedade, grupo sujeito. Depois, vamos acompanhá-los em seus movimentos de desterritorializações/reterritorializações provocados por problematizações em torno da transdisciplinaridade e da clínica nos desdobramentos do funcionamento grupal.

3.1 – TRABALHO, GESTÃO E COLETIVOS

Os métodos de gestão de origem taylorista⁵³, para Gastão Campos (2000), são individualizantes e, por conseguinte, alienantes. Neles, o trabalho do homem se processa de modo que produza coisas que imediatamente são separadas dos interesses e do alcance de quem as produziu, para se transformarem, indistintamente, em mercadorias. Individualizantes, porque ao dividir o tempo, o espaço, e os fazeres, dividi também os saberes e seus atores em objetos indivisíveis e, na maioria das vezes, desconectados de outros nós da rede social. Segundo Cristina Rauter (1995), quando se mantém a crença num campo profissional autônomo, desvincula-se a questão da subjetividade de suas implicações coletivas, isto é, restringem-se as possibilidades de ação do trabalhador sobre o campo político e conseqüentemente sobre questões ético-estéticas.

O caráter científico das gestões baseadas em Taylor procura eliminar o traço de subjetivismo do trabalho. Essa idéia é sustentada por uma visão de ideal em relação à maneira de executar uma tarefa, na qual a “melhor maneira” estaria indicada *a priori*, mediante estudos empíricos realizados em outras circunstâncias e transportados, sem crítica, ao momento de execução da tarefa. Segundo Gastão Campos (2000: 30), qualquer semelhança com o discurso oficial da medicina⁵⁴, quando esta procura assegurar o *status* de ciência à prática clínica, não é mera coincidência, mas compromisso com uma visão de mundo meta-racional. Diferentemente disto, entendemos que o profissional contemporâneo da saúde deveria buscar - para si e para o

⁵³ Mencionamos apenas o taylorismo, e não o fordismo e outros métodos mais recentes, por entender que esse é o grande sobrecodificador da organização do trabalho da nossa contemporaneidade.

⁵⁴ Apesar de citarmos a Medicina, incluímos todas profissões ou práticas que são atravessadas pela ordem médica, ou seja, que tenham o cuidado da “doença” como objetivo. Isso inclui, por exemplo, a Psicologia, Assistência Social e a Terapia Ocupacional.

coletivo com quem e para quem trabalha – refazer coordenadas e (re)construir territórios existenciais onde a vida possa se expandir.

Se os modos de trabalhar de “inspiração taylorista” produzem alienação real, pode-se esperar que outros modos produzam outras realidades. Segundo Gastão Campos (2000), o trabalhador ao mesmo tempo em que produz mercadorias com valor de troca e valor de uso para atender as necessidades (sociais), produz a si mesmo. Isso nos faz pensar que outros modos de trabalhar, distintos do psiquiátrico, nosográfico, manicomial, produziram outros olhares sobre a loucura, que nem poderia mais ser chamada assim.

Se pensarmos que leis, como a que gera o SUS, geram normas e instauram ações que podem vir a provocar mudanças na organização dos trabalhadores e nas práticas, também, com isso estar-se-ia possibilitando distintos modos de trabalhar no coletivo e invenções de subjetividades.

Necessitamos, então, como diz Gastão Campos (2000: 54), de

um conceito ampliado de trabalho que superasse a concepção restrita de trabalho produtivo, e que considerasse como digno de ser remunerado todo o esforço humano voltado para a produção de valores socialmente construídos. O trabalho sendo toda e qualquer atividade humana voltada para o atendimento de necessidades sociais.

Concluimos com a idéia que todo trabalho está **circunscrito** a um **campo** misto, entre saberes (disciplinares) que o sustentam e às práticas através das quais produzem efeitos no mundo (valores de troca e valores de uso). Diferenciados e inseparáveis a esse campo, coexistem **planos** de imanências nos quais os **contornos** das especificidades dos saberes e o sentido de concretude de atividades desenvolvidas no cotidiano estão **borrados**. Essa aparente falta de nitidez pode parecer algo negativo (ou menos produtivo), mas é através dela que se constituem espaços vazios, heterotopias nas quais circula o desejo produzindo não só produtos, mas também realidades sociais e subjetivas diversas.

3.2 - INDIVÍDUO E GRUPOS

Indivíduos ou grupos, somos feitos de linhas, e tais linhas são de natureza bem diversa.

GillesDeleuze⁵⁵

Nossa intenção é pensar o plano grupal em sua potência de auto-criação. A idéia de plano grupal envolve, a um só tempo, as linhas de segmentaridade dura, operando pela dicotomização - saúde-loucura, médico-paciente, indivíduo-grupo -, e as linhas moleculares que fazem correr, entre os segmentos, fluxos de desterritorialização - SaúdeLoucura⁵⁶. Esses distintos tipos de linhas não existem separadamente; um só existe em relação ao outro, e “o que conta não são apenas os dois campos opostos sobre a grande linha onde eles se confrontam; o que conta é a **fronteira**, por onde tudo passa e correr sobre uma linha quebrada molecular orientada de modo diferente” (Gilles Deleuze, 1998:153) [grifos meus].

A “grande linha”, que faz fronteira, é de ordem ontológica, da criação, do instituinte, zona de um “entre”, repleto de vazios, desertos a serem povoados, forma borrada pelo movimento e velocidade dos fluxos, sempre **acelerados**. Para nos aproximarmos desses espaços em movimento, proporemos **desacelerações**. Vamos apresentar algumas linhas duras, estáticas, epistemológicas, e, muitas vezes, já naturalizadas, para aí fazermos o movimento de desnaturalização, de desterritorialização/reterritorialização, no qual o grupal faz agenciamento com o plano molecular, muitas vezes invisibilizado pelo plano molar das formas.

Segundo Virgínia Kastrup (2000), nosso acoplamento com o mundo externo não é uma relação entre formas ou termos pré-dados, mas um agenciamento, uma comunicação entre fluxos ou forças heterogêneas, que possui duas faces:

por um lado, é **agenciamento maquínico de corpos**, que põe em relação imediata fluxos diversos: técnicos, políticos, biológicos, lingüísticos, etc. (...) O conceito de agenciamento maquínico vem justamente marcar o caráter de produção deste acoplamento fino e

⁵⁵ Gilles Deleuze, 1998: 145.

⁵⁶ Essa grafia é em menção a coleção SaúdeLoucura que muito tem nos valido de referência e inspiração.

molecular, cuja suavidade do resultado esconde sua origem. (...) Por outro lado, o **agenciamento coletivo**, isto em dois sentidos. O mais óbvio remete à dimensão **social** presente em todo agenciamento, inclusive o agenciamento técnico. (...) O segundo sentido de “**coletivo**” não é tão óbvio, mas é talvez o mais importante. O agenciamento é coletivo não apenas porque remete a um *socius*, para além do indivíduo, mas também porque o remete a uma multiplicidade que subsiste aquém do indivíduo [grifos meus].

Desde o contexto da saúde pública, Regina Benevides de Barros (sd.), nos apresenta algumas questões de como tem sido utilizado o grupo:

- Tem ele servido como instrumento de quebra dos processos homogeneizantes, identitários, individualizadores?
- Tem sido ele operador de outros processos de subjetivação que escapem das dicotomias indivíduo-coletivo?

Buscaremos, então, para pensar estas questões, romper a dicotomia indivíduo-social, na qual o grupo é historicamente visto como um “entre” desajeitado, para propor planos onde, ao mesmo tempo, adviriam indivíduos-grupos-sociedades.

Como lembra Regina Benevides de Barros (1994: 147),

a antítese indivíduo-grupo tomou o lugar de uma outra anterior: indivíduo-sociedade. (...) O grupo, nesta perspectiva, vem a inserir-se como intermediário da relação indivíduo-sociedade. Duplica-se a dicotomia: indivíduo-grupo e grupo-sociedade, na tentativa de se estabelecer uma passagem “mais suave” da compreensão dos fenômenos individuais aos sociais. O que se percebe é a insistência do “social” como algo “externo” ao individual, mantendo-se como há pouco apontávamos, a mesma lógica disjuntiva (interno-externo, indivíduo-grupo).

Félix Guattari e Suely Rolnik (1999: 319), se referindo à micropolítica, também opõem dois tipos de grupos, o “grupo sujeito” e o “grupo sujeitado”:

o grupo sujeito tem por vocação gerir, na medida do possível, sua relação com as determinações externas e com sua própria lei interna. O grupo sujeitado, ao contrário, tende a ser manipulado por todas as determinações externas e a ser denominado por sua própria lei interna.

Proporemos mais uma oposição, que seria entre o **grupo-substantivo**, que entendemos como sendo a reunião de unidades de um sistema que passa a ser reconhecido como uma unidade composta, ou até mesmo um sistema complexo; e **grupo-adjetivo** como a atualização destas unidades em um plano coletivo e, portanto, contendo uma multiplicidade em estado virtual.

Vamos entender o **plano grupal** como um virtual em ininterrupto processo de atualização, para problematizarmos as coleções de objetos técnicos, as entidades incorporais e as idealidades estético-éticas atualizadas em identidades estereotipados: atendimento terapêutico individual numa sala a portas fechadas, Freud fumando cachimbo, o DSM-IV na escrivaninha, a confissão e a receita.

Nossa intenção é nos aproximarmos da idéia de grupo como produtor, com autonomia, capaz de criar uma causalidade própria. Pensamos que a ESM estudada está na rede da saúde pública, mas que também tem uma produtividade em anel, no sentido da autonomia, e que o grupo, no seu operar, pode produzir uma causalidade outra - movimento autopoietico.

Aqui situamos o grupo-dispositivo – que interfere nos processos de subjetivação individualizantes e privatizantes contemporâneos em prol de uma subjetividade-coletiva – como operador importante no movimento da luta antimanicomial. Certamente não como mais uma técnica, mas como produtor de outras políticas da subjetividade (Barros, sd.).

Dispositivo, aqui, tem o sentido dado por Deleuze (1999), isto é: “máquinas para fazer ver e falar”. Com ressalva, pois a visibilidade não se refere a uma luz que forma figuras variáveis e inseparáveis desse ou daquele dispositivo. Assim, a produção de subjetividade pode ser entendida como um dispositivo. Lembramos que, apesar do nosso foco sobre o conceito de dispositivo ser sobre sua dimensão *poiética*, de criação, de invenção e intercessora, os dispositivos comportam, também, linhas de fratura, que passam as fronteiras do dispositivo, de uns a outros, explicitando a dimensão agonística dos dispositivos, de luta, batalha.

Nossa tese é a de que o dispositivo grupal destaca-se como estratégia privilegiada por sua capacidade diferenciadora, intercessora nos processos contemporâneos individualizados de experimentação da subjetividade (Regina Benevides de Barros, sd.).

Como dissemos, um dispositivo tem, também, uma dimensão de poder por implicar em linhas de força que se produzem de um ponto ao outro, passando por todos lugares de um dispositivo. “Invisible e indecible, esa línea esta estrechamente mezclada con las otras y sin embargo no se la puede distinguir” (Gilles Deleuze, 1999: 156).

O dispositivo consiste na montagem de uma situação que articule elementos heterogêneos, ou melhor, é aquilo que aciona certos modos de funcionamento produzindo determinados efeitos (Regina Benevides de Barros, 1994: 413).

A ESM é um efeito já territorializado, mas, também, em permanente processo de desterritorialização/reterritorialização, sob o qual agem forças imanentes. É um espaço, ao mesmo tempo, configurado e aberto, no qual a instituição da diferença é possível; um espaço onde distintos planos se cruzam, potencializando o surgimento de outros. Consideramos, pois, que as produções de subjetividade escapam, muitas vezes, dos poderes e saberes de um dispositivo para colocar-se nos poderes e saberes de outro, ou seja produzindo formas de saber e poder mutantes.

O grupal não tem no sujeito seu centro, mas ocorre em uma zona adjacente situada ao lado das formas subjetivas e existentes. Trata-se de um plano impessoal e múltiplo, de imanência, que denominaremos **plano grupal transdisciplinar**.

Esse plano de imanência é da ordem ontológica e não estabelece limites precisos entre interno e externo, e, em consequência, os limites ente sujeitos e coletivos encontram-se em permanente interprodução. Sujeitos e coletivos vivem imersos e sofrem perturbações dos planos que os compõe, ao mesmo tempo em que se singularizam, interferindo na constituição desses mesmos planos.

Somos movidos a desejo, pois se trata de criar mundos possíveis, tanto para nós próprios quanto para nossos pacientes. Para que possamos pensar desta forma é necessário que incluamos em nossa concepção de desejo os investimentos coletivos e políticos comumente descartados

em outras concepções largamente difundidas no campo PSI, que mantêm a velha dicotomia individual versus social (Cristina Rauter, 1995: 74).

Entendemos que o trabalhar-em-grupo da ESM poderia potencializar os movimentos e desejos tanto de seus integrantes como de pessoas “externas”, outros profissionais e usuários. Isto é, o trabalho-em-grupo possui um caráter político - pois altera as relações de poder ao redefinir tarefas e a circulação de saberes; e um aspecto pedagógico terapêutico - pois os modos de trabalho influenciam a constituição de sujeitos e produzem subjetividades. Os coletivos, nos quais o modo de trabalhar caracteriza-se como grupal, em nosso entendimento, proporcionam uma reflexão crítica sobre os modos de produção de subjetividades e de constituição de sujeitos a partir dos próprios trabalhadores.

O funcionamento grupal implica em elementos de atualização e elementos virtuais, pois como afirma Gilles Deleuze (1998: 173), não há objeto puramente atual, já que todo atual se envolve de uma névoa de imagens virtuais.

Tal névoa se eleva de circuitos coexistentes mais ou menos extensos, sobre os quais as imagens virtuais se distribuem e correm. (...) Eles são virtuais quando sua emissão e absorção, sua criação e destruição são feitas em tempo menor do que o mínimo de tempo contínuo pensável, e que tal brevidade os mantém desde então sob um princípio de incerteza ou de indeterminação. Todo atual se envolve de círculos de virtualidades sempre renovadas, sendo que cada um emite outro, e todos envolvem e reagem sobre o atual...

O virtual, segundo o autor (1998: 174-175), nunca é independente das singularidades que o recortam e o dividem no plano de imanência.

O plano se divide, portanto, em uma multiplicidade de planos, conforme cortes do *continuum* e as divisões do impulso que marcam uma atualização dos virtuais. Mas todos os planos se confundem, conforme a via que leva ao virtual. O plano de imanência compreende, a um só tempo, o virtual e sua atualização, sem que possa haver limite assinalável entre os dois. O atual é o complemento ou o produto, o objeto da atualização, mas esta só tem por sujeito o virtual. A atualização pertence ao virtual. A atualização do virtual é a singularidade, enquanto o próprio atual é a individualidade constituída.

Sendo assim, se o atual e o virtual coexistem, a *praxis* da ESM - enquanto atualização de leis, políticas, sua história e a de seus integrantes - entra em um estreito circuito que nos conduz de um a outro. Se os “virtuais comunicam imediatamente por cima do atual que os separa”, a distinção entre o que a ESM faz e o que a faz é pura abstração, operação didática-explicativa sem correspondência direta com o plano de imanência grupal.

Os dois aspectos do tempo, imagem atual do presente que passa e a imagem virtual do passado que se conserva, se distinguem na atualização, tendo, ao mesmo tempo, um limite inassinalável, mas se perturbam na cristalização, até se tornarem indiscerníveis, cada um tomando emprestado o papel do outro (Gilles Deleuze, 1998: 178-179).

A relação do que a ESM faz com o que a faz constitui um circuito no qual o *modus operandis* remete à história, leis e políticas concernentes à ESM, como a outras coisas em vastos circuitos onde o virtual se atualiza. Isto é, o plano grupal é constituído pelas atualizações do social virtualizado.

Pois não só o objeto é construído, mas o sujeito e o sistema teórico ou conceitual com o qual ele se identifica, eles também, são efeito emergente de um plano de constituição que não se pode dizer ter a unidade e a homogeneidade de uma disciplina ou de um campo científico, já que é composto de materiais heteróclitos, de diferentes gêneros. Há componentes teóricos e tecnológicos, mas também estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos que se atravessam neste plano, impulsionando seu mecanismo de produção de realidade, seja ela objetiva ou subjetiva (Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros, 2000:74).

O plano grupal contém, a um só tempo, o dispositivo, que é a própria atualização, e o atual, isto é, o dispositivo é a atualização como relação do virtual. O atual corresponde a indivíduos já constituídos, às práticas e aos discursos instituídos. “A relação do atual e do virtual forma uma individuação em ato ou uma singularização por pontos notáveis a serem determinados em cada caso” (Gilles Deleuze, 1998:179).

Nesta perspectiva. A noção de rede se torna central já que permite pensar uma mecânica de conexão de elementos pré-individuais e sub-simbólicos que produz como efeito emergente o mundo individuado (Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros, 2000: 76).

O trabalho em equipe, então, pode ser visto como plano de imanência, pois exige dos integrantes considerar as limitações do contexto, as redes de serviços e de possibilidades informais, e as restrições impostas pelo interesses alheios, ao mesmo tempo em que lida com desejos e interesses dos trabalhadores. Ele aposta na possibilidade de criação de situações singulares e na elaboração de projetos coletivos que desenvolvam ações para superar as relações normativas instituídas.

O trabalhador de saúde mental, neste viés, é um produto circunstancial dos distintos planos que habita, como atualização decorrente de sua própria capacidade de reagir a estas influências e de recompor estes mesmos planos iminentes. E, por isso, o “sucesso” da proposta que envolve a ESM depende tanto dos seus trabalhadores como das demais políticas públicas: educação, assistência social, cultura, habitação...

Então, os modos de trabalhar em grupo, no nosso entendimento, podem possibilitar que os trabalhadores tenham mais autonomia para interferir tanto sobre o resultado quanto sobre a organização do trabalho, no qual o mecanismo não é de identificação, mas de contágio e propagação⁵⁷. Não há transmissão de informação, mas habitação compartilhada de uma zona de neblina, a zona molecular. Cada agenciamento abre a possibilidade da continuidade da propagação.

Portanto, para o trabalho em grupo, segundo nossa concepção, não caberia a posição antagônica entre indivíduo-coletivo, indivíduo-grupo, indivíduo-social, assim como entre médico-paciente, terapeuta-analisando, psiquiatria-esquizofrenia.

⁵⁷ “Stengers (1987) esclarece que a noção de propagação referida ao domínio da natureza, possui dois sentidos: o físico e o biológico. Em física, fala-se da propagação de um raio de luz ou do calor. A propagação termodinâmica é uma difusão de calor, causada pela diferença inicial de temperatura e tende sua uniformização, ou seja, seu desenvolvimento tende anular a causa que o engendrou. Já nas ciências biológicas, a noção e ganha o sentido, por exemplo, de propagação de uma epidemia por bactéria ou vírus. Diferentemente da concepção termodinâmica, a propagação biológica tem como efeito propagar sua própria origem” (Kastrup, 2000).

3.3 - DISCIPLINAS E CLÍNICAS

Avançando nesta discussão sobre o plano grupal, abordaremos a questão da transdisciplinaridade, corroborando a proposição apresentada por Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2000) de que “toda clínica é transdisciplinar”. Pensando, também, que efeitos o dispositivo grupal tem sobre a ESM e a relação disso com os modos de trabalhar. Em outras palavras, **pensar de que maneira o dispositivo grupal produz efeitos sobre a equipe que trabalha com esse dispositivo.**

Partiremos da idéia de que a ESM é um plano grupal, e que, como tal, da ordem da multiplicidade e alguns planos destes relativos aos campos disciplinares das profissões. Focaremos, então, aspectos da multiplicidade decorrentes da lógica da formação-categoria profissional em campos de contornos precisos – **multidisciplinaridade** -, para posteriormente pensar possíveis desterritorializações/reterritorializações de um **plano grupal transdisciplinar.**

Como salienta Sandra Fagundes,

tem uma certa lógica das categorias profissionais que ajuda, dá uma profissionalidade para o serviço, mas têm momentos que ela é impeditiva. A lógica das categorias profissionais é a lógica das disciplinas. Como que estão organizadas as disciplinas, e como ela se reproduz na organização do trabalho, no código de ética dos profissionais, na regulamentação dessa profissão, e depois tem que ver como acaba se organizando o trabalho no serviço. Acaba se dividindo.

E, ainda, como diz Gastão Campos (2000: 115),

um médico crente no positivo do seu saber, conseguiria, diante do ente-enfermo, saltar das prisões do discurso clínico (biomédico), sobrepujar os limites da instituição médica, e perceber que seu paciente como um todo dotado de subjetividade e de sociabilidade? Conseguiria, mesmo sem antes negar e destruir todo o arcabouço do saber que o aprisiona, reconstruir uma nova prática clínica que integrasse o ente enfermo ao saber médico?

Mas o que é uma disciplina? De onde vem? Qual a relação das disciplinas com a sociedade disciplinar e com a divisão dos saberes em campos disciplinares.

E quais as diferenças e relações entre multi, pluri, inter e transdisciplinar?

Para tanto, vamos, inicialmente, precisar tais termos utilizando os trabalhos de Eduardo Mourão Vasconcelos (sd.) e de Hilton Japiassu (1976) que, por sua vez, se basearam em E. Jantsch (apud, Japiassu, 1976), para propor uma diferenciação entre os “conceitos vizinhos” multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, numa ordem crescente de cooperação e coordenação entre as disciplinas⁵⁸.

1. Multidisciplinaridade (ou multiprofissionalidade): Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas. Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação.
2. Pluridisciplinaridade: Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.
3. Interdisciplinaridade: Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas no nível hierárquica imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade. Sistema de dois níveis e de objetos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior.
4. Transdisciplinaridade: Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral. Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vista a uma finalidade comum dos sistemas.

Vemos que na multi e pluridisciplinaridade se conserva uma separação entre os campos disciplinares; eles se relacionam, há uma zona de interferência, mas eles se mantêm enquanto unidades. Já a interdisciplinaridade é diferente da multi e

⁵⁸ Para Hilton Japiassu (1976:72) o termo disciplina tem o mesmo sentido de ciência. “E a ‘disciplinaridade’ significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos”.

pluridisciplinaridade, pois não se efetua por uma simples adição ou mistura de elementos de disciplinas distintas, tendendo para a criação de campos de saber ou disciplinares e a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Mas, na Interdisciplinaridade ainda há a conservação dos campos disciplinares, com a diferença da criação de um terceiro campo híbrido, mas ainda na forma de campo disciplinar.

Como lembram Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2000: 74),

em que pese o esforço observado nas últimas quatro décadas de se flexibilizar tais fronteiras, o mais que se conseguiu, no melhor dos casos, foi se estabelecer um diálogo entre profissionais mais identificados com tal ou qual disciplina, remetidos, na maior parte das vezes, a determinados especialismos.

Continuando com os autores (op. cit.: 74),

esta flexibilização se realiza através de diferentes procedimentos: o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares (multidisciplinaridade), ou, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para qual um objeto específico será designado (interdisciplinaridade). Mas o que vemos como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade, é manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes.

A proposta da transdisciplinaridade implicaria em uma radicalização do nível anterior - a interdisciplinaridade - com a desterritorialização do campo teórico, operacional, ou disciplinar.

Nesse sentido,

o essencial da transdisciplinaridade reside numa postura de reconhecimento onde não há espaço e tempo culturais privilegiados que permitam julgar e hierarquizar – como mais corretos ou mais verdadeiros – complexos de explicação e convivência com a realidade que nos cerca (Ubitaran D'Ambrósio, 1997: 9).

Ainda, segundo Japiassu (op. cit.: 75), o termo transdisciplinar teria sido criado por Jean Piaget⁵⁹ para vir a dar conta de uma etapa superior da interdisciplinaridade, e o próprio Piaget teria dito tratar-se apenas de um sonho, visto que ainda estaríamos longe de chegar a um sistema interdisciplinar de fato como é possível precisar em termos conceituais.

Além disso, a transdisciplinaridade entende que o conhecimento fragmentado dificilmente poderá dar a seus detentores a capacidade de reconhecer e enfrentar as situações novas, que emergem de um mundo a cuja complexidade resultante desse próprio conhecimento – transformado em ação – que incorpora novos fatos à realidade, através da tecnologia (op. cit.: 10).

Segundo o autor (op. cit.), a transdisciplinaridade é transcultural e isso implica num reconhecimento de que a atual proliferação das disciplinas e especialidades acadêmicas e não-acadêmicas conduz a um crescimento incontestável de poder associado a detentores desses conhecimentos fragmentados.

Acrescenta-se a essa noção de complexidade, aquela produzida pelo conhecimento transformado através da tecnologia que incorpora novos fatos à realidade, como na situação da ESM, na qual as mudanças teóricas se dão em torno de campos disciplinares tradicionais – ética e estética relacionadas à cidadania do portador de sofrimento mental – e as mudanças práticas que se desdobram nas profissões - assistência social, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional – através de mudanças em suas práticas.

Percorremos esse modelo classificatório com o propósito de mudarmos o foco de uma perspectiva epistemológica, como até agora vínhamos construindo, para uma ontológica e, com isso, poderemos radicalizar a idéia de transdisciplinaridade e a relação dela com a saúde pública, a reforma psiquiátrica, o SUS e a ESM.

⁵⁹ “Enfim, à etapa das relações interdisciplinares, podemos esperar que suceda uma etapa superior, que não se contentaria em atingir interações ou reciprocidades entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas.” PIAJET, Jean. *Psychologie et épistémologie*. Paris: Gonthier, 1970 apud. JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.75

Para fazermos essa passagem, do estriado ao liso, valemo-nos da diferenciação entre as noções de interseção e intercessão apresentada por Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2000: 77):

no primeiro caso [interseção], a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio. É o caso, como acima apontado, da interdisciplinaridade. No segundo [intercessão], que é o caso da transdisciplinaridade, a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre o outro. Na interdisciplinaridade, portanto, temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende a estabilidade.

Para os autores (op. cit.: 76),

o eixo de sustentação de um campo epistemológico é, em última instância, a relação estabelecida entre sujeito e objeto do conhecimento. A especificidade desta relação é que distingue os campos, que define as fronteiras epistemológicas, que delimita as disciplinas. Mas é, justamente, a atitude crítica com relação à estabilidade desta relação que, contemporaneamente, podemos chamar de transdisciplinaridade, já que o limite entre disciplinas é perturbado quando se coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos.

Trata-se, pois de um sistema aberto relacionado às circunstâncias e não à essência; um conceito-ferramenta, que segundo os autores, é aquele que está pleno de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise e desestabilização.

A transdisciplinaridade, nesse caso, não se dá no plano das formas, não se trata de uma relação entre um sujeito e um mundo composto de objetos, e tão pouco é uma etapa superior à interdisciplinaridade como diz Piaget. Ao contrário, se faz num encontro de diferenças, um plano de diferenciação mútua que se dá pela perturbação e não pela troca de conteúdos, onde tem lugar a invenção de si e do mundo, onde sujeito e objetos são efeitos, e não pontos de partida de pólos pré-existentes. Em outras palavras, ela envolve não apenas o processo de territorialização e subjetivação, mas também o de

desterritorialização e dessubjetivação, pois habitar um território é como ser íntimo, mas também é ter a possibilidade de acolher o estrangeiro, ou, como dizem Deleuze e Guattari (1997), “só há desterritorialização nos limites, nas bordas de um território”.

Problematizar os limites de cada disciplina é argüí-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar (Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros, 2000:77).

O que varia é o encontro das profissões com o aspecto clínico de suas atividades. E a idéia do transdisciplinar com relação à clínica é que ela se dá no “entre”, ou seja, uma clínica no meio, na passagem.

Passamos a entender a transdisciplinaridade não mais como um ponto a se chegar numa escala de nível de complexidade, como apresentado por Japiassu. Não mais percorrendo apenas o entendimento segundo a epistemologia, mas também numa posição por dentro da ontologia. Nesse caso, não há um ponto a ser atingido com relação a um “novo” arranjo dos saberes; mas sim, a transdisciplinaridade é vista como uma atitude em relação ao binômio poder/saber.

É no contemporâneo que se vem experimentar o paradoxo e a complexidade desses temas aqui colocados. Isso não quer dizer abandonar as especificidades, como, por exemplo, um psicólogo deixar de ser psicólogo, e/ou querer ser arte-terapeuta. Ao contrário, significa que entre a arte-terapia e a psicologia há algo que se passa que desterritorializa/reterritorializa saberes/poderes. A transdisciplinaridade, nesse sentido, é o “entre”, o que se dá como espaço heterotópico, e que possibilita a idéia de uma clínica ampliada, de uma clínica transdisciplinar.

Essa clínica não é como ela classicamente tem se constituído no campo psi e nem como comumente vem sendo entendida e como vem produzindo um saber acerca de si. Não é, num sentido pedagógico, curativo, ortopédico, adaptacionista. Mas, ao contrário, trata-se de poder experimentar a clínica como o espaço do paradoxo, espaço do “entre”, como o que pode dar em muitos lugares. O trabalho de Deleuze e Guattari pode ser entendido como uma clínica. Clínica num duplo sentido: o inclinar-se, acolher o outro, não se tratando apenas da clínica que toma o paciente como transcendente; e o

sentido de clínica como desviar-se, enquanto *clinamen*, possibilidade de, no encontro com o outro, produzir diferença.

Então, isso se dá em todos os lugares, se dá no não-lugar (das heterotopias). Não se trata da clínica que se dá no interior do consultório, aquela que se dá num grupo terapêutico, ainda que nesses locais possa se dar. A atitude que vaza é do combater a cristalização da clínica como espaço de poucos. É a clínica de um povo e não a clínica de um sacerdócio. E, levando em conta que circulamos nesse trabalho pelo plano da saúde coletiva, essas noções se tornam preciosas.

Temos, então, uma Equipe comprometida com os princípios do SUS e com isso uma radicalização na desinstitucionalização e a intensificação do *status* ontológico da cidadania. Pois, se as instituições tendem a parecer ao sujeito como o aspecto de um valor transcendente a ele, ainda quando tenham sido produzidas por movimentos instituintes que envolveram a luta de sujeitos contra o instituído, a proposta grupal da ESM contempla uma ação que visa perturbar a “organização” médico-paciente, saúde-loucura, e possibilitar outra, solidária, mais tolerante e incitadora do desenvolvimento pessoal e social de cada um implicado, seja ele um trabalhador da saúde ou usuário.

Por fim, concordamos com que disseram nossos entrevistados Lisiane Vargas e Paulo Michelin: vai chegar um dia em que não vai existir a expressão saúde mental, porque ao falar em saúde, o mental estará contemplado.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. S. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia de norma operacional básica 1/93**. Tese de livre-docência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Departamento de Práticas de Saúde Pública, especialidade “Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde”, 1995. Apud. Andrade, Luiz. M. de. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- ANDRADE, Luiz. M. de. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- BRASIL. Constituição de 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Leis etc. Lei 6.229 de 17 de julho de 1975: organiza o sistema nacional de saúde e estabelece as principais competências e atribuições às distintas esferas do governo. Brasília, 1977.
- _____. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Leis etc. Ministério da Saúde. *A municipalização é o caminho. Anais*. Brasília:IX Conferência Nacional de Saúde, 1992.
- _____. Leis etc. Ministério da Saúde. *Relatório Final: I Conferência Nacional de Saúde Mental*. [25-28. jun. 1987] Brasília: 1988.
- BAREMBLITT, Gregório. *A Clínica como ela é: dez pontos para uma apresentação*. In: Lancetti, A (Dir) *SaúdeLoucura: A Clínica como ela é*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998. v. 5 p. 5-10.
- _____. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: 3ª Ed. Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, Regina D. Benevides de. **Grupo e Produção** In: Lancetti, Antonio (Dir.). *SaúdeLoucura: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994. v. 4 p. 145-151.
- _____. *Dispositivo em Ação: O Grupo*. In: Lancetti, A (Dir.). *SaúdeLoucura: Subjetividade*. São Paulo: HUCITEC, 1997. v. 6 p. 183-191.
- BETO, Frei. *Sabor de Utopias*. In: Caros Amigos, Editora. São Paulo, Editora Casa Amarela, Nov. 2001, ano V – nº 56. p. 38-39.

CAMPOS, Gastão W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.** In: Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

CAPRA, Frijot. *A Teia da Vida*. São Paulo, Ed. Cultrix, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Merleau-Ponty: obra de arte e filosofia.** In: Novaes, Adauto (org.). *Artepensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

D'AMBROSI, Ubiratan. *Transdisciplinaridade*. São Paulo: Palas Athena, 1997.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Ed. 34, 1995.

_____. **Qué és un dispositivo?** In: Balbier, E.; Deleuze, G.; et alli. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1999. p. 155-163.

_____.; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

_____. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol.3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DELEUZE, Gilles e Panet, Claire. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. *Foucault, Michel*. Espacios Diferentes. Barcelona: Paidós, 1999.

_____. **Espacios Diferentes.** In: *Foucault, Michel. Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1999, vol. III, p.431.

FUGANTI, Luiz Antônio. **Saúde, Desejo e Pensamento.** In: Lancetti, A. (Dir.). *SaúdeLoucura*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1991. v. 2 p. 19-82.

GALEANO, Eduardo. In: *Correio da Cidadania*. Ano V – nº 266, 2001.

GIACÓIA JUNIOR, Oswaldo. *Nietzsche: perspectivismo, genealogia, trasvaloração*. In: *Revista Cult*. São Paulo: Editora Lemos, Ano III - nº 37 - Jul 2000. p. 45-63.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: Um Novo Paradigma Estético*. São Paulo, Ed. 34, 1992.

_____. *As Três Ecologias*. Campinas: Papirus, 1997.

_____.; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1999.

- JANTSCH, E. **Une planification intégrante des “systèmes conjoints” de faits sociaux et technologiques.** Apud. Japiassu, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- KASTRUP, Virgínia. *Aprendizagem, Arte e Invenção*. Mimeo, Fortaleza, 2000.
- LANCETTI, Antônio. **Loucura Metódica.** In: *Saúde Loucura*. São Paulo: HUCITEC, 1990. v. 2 p. 139-147.
- MATURANA, Humberto. *A Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1997.
- _____. **O que se observa depende do observador.** In: Thompson, William Irwin (Org.). *Gaia uma teoria do conhecimento*. São Paulo: Gaia, 2000.
- _____.; VARELA, Francisco. *A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2001.
- MORIN, Edgar. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
- NUNES, M. K. *Restinga, Memória dos Bairros*. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Administração popular, Secretaria Municipal de cultura, 1990.
- OLIVEIRA, Delvo; SALDANHA, Olinda. **Da Instituição à Sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva.** In: *Saúde Mental Coletiva: revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental*. Bagé: Universidade da Região da Campanha (URCAMP), 1993, v. n. 1, p. 40-50.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para a sua implementação*. Instituto Mario Negri, Milão: OPS, 1990.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina D. Benevides de. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinariedade.** In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, Jan-Abr 2000, v. 16 n. 1, p. 71-79.
- PEDRO, Rosa Maria Leite Ribeiro. *Tecnologia e Complexidade: uma reflexão sobre a cultura contemporânea*. In: Série Documenta / EICOS / UFRJ. Nº 8. 1999.
- PELBART, Peter Pál. *Da Clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PIAJET, Jean. **Psychologie et épistémologie.** Paris: Gonthier, 1970 apud. Japiassu, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- PUGIN, S. R.; Nascimento, V. B. 7 Cohn, A. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996).** São Paulo: CEDEC, Série Didática, nº 1,29 p., 1996. Apud. Andrade, Luiz. M. de. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- RAUTER, Cristina. **O Psicólogo e Sua Inserção na Área da Saúde.** In: *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*. Rio de Janeiro, 1995, v.7 n. 2 e 3, p.70-74.

- RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Costa, N.; Tundis, S. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. 15-73.
- RIO GRANDE DO SUL, Lei nº 9.716 de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimentos psíquicos, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. *Diário oficial [do Governo do Rio Grande do Sul]*, nº 152, 10 de ago. 1992.
- ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- Serres, Michel. *Filosofia Mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- _____. *As Origens da Geometria*. Lisboa: Terramar, 1997.
- VARGAS, Lisiane F. *A Psicóloga em Situação: uma experiência de psicologia social aplicada à saúde pública*. Cadernos A.P.S.I. – A. BRA. Nº 3, 1999.

Anais

- ENCONTRO NACIONAL DE ESTÁGIOS (1.:1997:Curitiba) Anais.../ *Estágio Integrado em Psicologia Social e Institucional*. Universidade Federal do Paraná, Pró-Reitoria de Graduação, Coordenação Geral de Estágios. – Curitiba: UFPR, 1997. p.210-213.

Autores Identidades

- EQUIPE DE SAÚDE MENTAL. *Projeto de Criação da Equipe de Saúde Mental da Restinga. Formada pela U. S. Restinga e Pam Restinga e vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre*. Porto Alegre, janeiro de 1998.

Dissertações

- MORAES, Fábio Alexandre. *Abrindo a porta da casa dos loucos: (ou para ativar a potência dos fluxos)*. 2000. 237f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

Textos não Publicados

BARROS, Regina Benevides de. *O Dispositivo Grupal no Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Texto não publicado. Sd.

_____. *Clínica Grupal*. Versão ampliada do texto apresentado na mesa redonda “Práticas Psicológicas: Outros Lugares” no II Encontro Estadual de Clínicas-Escola “A interdisciplinaridade na Prevenção, Intervenção e Pesquisa”, UNESP, Assis/SP, agosto de 1995. Texto não Publicado.

LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini. *A construção de possibilidades na formação do psicólogo: moradas de in(ter)venção e acolhimento*. Texto não Publicado. sd.

RIBEIRO, Carlos J. S.; DAL MOLIN, Fábio; VIEIRA, Fábio Born. *Desacelerações*. Trabalho de Conclusão de Estágio de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

SILVA, Luis Fernando. *Onde você faz seu estágio?* Trabalho de Conclusão de Estágio de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental*. Texto não publicado. sd.

WEINMANN, Amadeu de Oliveira. *Desinstitucionalização em Saúde Mental: aspectos epistemológicos, históricos e políticos*. Trabalho de Conclusão de Estágio de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

Textos Eletrônicos

DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO – Século XXI – Versão 3.0 – 1999.

LÉVY, Pierre. *Plissê Fractal; ou como as Máquinas de Guattari podem nos ajudar a Pensar a transcendental hoje*. Disponível em <<http://www.portoweb.com.br/PierreLevy/plissefractal.html>>. Acesso em: 20 de jul. 2001.

Catálogo-na-Publicação

R484 Ribeiro, Carlos José Simões
Plano grupal transdisciplinar : cartografando uma equipe
de saúde mental / Carlos José Simões Ribeiro. – 2002.
100 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,
2002.

1. Grupo 2. Saúde pública 3. Saúde mental 4. Psicologia
clínica 5. Transdisciplinaridade I. Título

CDD 302.3

(Bibliotecária responsável: Viviane Castanho - CRB-10/1130)