

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Luiza Ferreira

Por uma *clínica inventada*.

Uma reflexão sobre as origens e rupturas da clínica e sua atualização nos
Consultórios de Rua a partir da Reforma Psiquiátrica

SÃO PAULO
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Luiza Ferreira

Por uma *clínica inventada*.

Uma reflexão sobre as origens e rupturas da clínica e sua atualização nos
Consultórios de Rua a partir da Reforma Psiquiátrica

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no curso
de Psicologia, sob orientação de Profa.
Dra. Maria de Lourdes Trassi Teixeira

SÃO PAULO
2014

Agradecimentos

Esse trabalho foi escrito por muitas mãos, agradeço

À minha família, em especial meus pais e minha irmã Mari.

Ao Gui, meu companheiro e parceiro em todas as etapas desse trabalho. Sua mania de desnaturalizar até meu fio de cabelo me contagiou e potencializou minha mania de ser do contra. Essa parceria foi essencial para que eu pudesse “concluir” esse trabalho. Obrigada!

À minhas amigas companheiras do Ouro Preto, que compreenderam minha ausência nos encontros semanais e escutaram minhas reflexões e experiências na “clínica ampliada” com muito amor e interesse.

Às amigas da psicologia que me ajudaram a escrever esse trabalho, cada uma de um jeito, seja nas conversas na prainha, nos cafés-pausa pós biblioteca, nos caminhos aos estúdios, nos bares e nos feriados intensos de trabalho coletivo. Em especial à Anita, minha parceira de supervisões, de problematizações, rupturas e ampliações que ganhou minha admiração e se tornou amiga nesse processo.

À minhas duas primeiras (in)pacientes de Acompanhamento Terapêutico que me mostraram que nadar na piscina do SESC, seguir formigas na praça, sair correndo no meio da rua, insistir pela articulação da rede e pelo cuidado compartilhado são formas de atualizar o potencial transformador da clínica. À minha supervisora do Giramundo, Deborah, que esteve tão presente no ano de AT que coincidiu com o ano dessa pesquisa.

À Julia, que no comecinho desse processo me mostrou a vastidão de autores que acreditavam e defendiam a dimensão política da clínica.

À Marina, que me recebeu de braços abertos para conhecer seu trabalho. Minha admiração por seu trabalho, por sua sensibilidade e precisão.

Às professoras e professores do curso de psicologia que me ajudaram a escrever esse trabalho ao compartilharem suas práticas clínico-institucionais.

Aos trabalhadores mal-humorados da biblioteca.

À minha parecerista e também supervisora e professora Elisa. Suas falas em aulas e supervisões estão vivas nesse trabalho.

E, principalmente, à minha orientadora e referência Lurdinha, quem me inspirou a pensar na urgência de lidar com o sofrimento humano. Muito obrigada por ter orientado meu TCC tão de perto. Aprendi muito com cada pontinho vermelho no texto, com cada conversa pelos corredores, nos encontros de supervisão, aulas, emails e sugestões de leitura.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo discutir a possibilidade de atualização da clínica nos Consultórios de Rua. Para tanto foram utilizados os princípios da Reforma Psiquiátrica como recorte para pensar as novas formas de cuidado que se propuseram a romper com a clínica fundamentada no paradigma da doença. Os conceitos de *desinstitucionalização* e de *existência-sofrimento* em relação ao corpo social são utilizados para pensar a clínica ampliada, centralizada no sujeito e em sua cidadania. A partir da descrição dos dispositivos clínicos de Consultórios de Rua o trabalho discute a dimensão política da clínica e sua possível atualização nesses serviços.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Consultórios de Rua, desinstitucionalização, existência-sofrimento, clínica ampliada.

Poética
Manuel Bandeira

*Estou farto do lirismo comedido
Do lirismo bem comportado
Do lirismo funcionário público com livro de ponto expediente protocolo e
manifestações de apreço ao sr. diretor.*

*Estou farto do lirismo que pára e vai averiguar no dicionário o cunho vernáculo de um
vocábulo.*

*Abaixo os puristas.
Todas as palavras sobretudo os barbarismos universais
Todas as construções sobretudo as sintaxes de exceção
Todos os ritmos sobretudo os inumeráveis*

*Estou farto do lirismo namorador
Político
Raquíptico
Sifilítico
De todo lirismo que capitula ao que quer que seja fora de si mesmo.*

*De resto não é lirismo
Será contabilidade tabela de co-senos secretário do amante exemplar com cem
modelos de cartas e as diferentes maneiras de agradar & agraves mulheres, etc.*

*Quero antes o lirismo dos loucos
O lirismo dos bêbados
O lirismo difícil e pungente dos bêbados
O lirismo dos clowns de Shakespeare.*

- Não quero saber do lirismo que não é libertação.

Sumário

-Introdução	
- Capítulo 1: Os (não) lugares da loucura.....	12
1.1 A produção da loucura como problema médico.....	12
1.2 A desconstrução do manicômio e invenção do cuidado do sofrimento.....	18
1.3 A constituição do saber psiquiátrico no Brasil e suas práticas.....	26
1.4 O período de desintutucionalização e a Reforma Psiquiátrica.....	35
-Capítulo 2: A desinstitucionalização da clínica.....	43
-2.1 O nascimento da clínica.....	43
-2.2 A desinstitucionalização da clínica.....	48
-2.3 A clínica ampliada e a Política Nacional de Humanização do SUS.....	54
-Capítulo 3: O Consultório de/na Rua.....	59
-3.1 O consultório de rua de Salvador, a reforma psiquiátrica, a política de álcool e outras drogas e o SUS.....	59
-3.2 Os “olhares cruzados” do Consultório de Rua.....	62
-3.3 Consultório na rua: atenção básica.....	65
-Capítulo 4: Metodologia.....	70
-Capítulo 5: Ampliações.....	74
-5.1 A Reforma Psiquiátrica e o Consultório de Rua - onde se cruzam?.....	74
-5.2 Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações?.....	79
-5.3 A clínica ampliada do CR como a clínica do cuidado de si: vínculo e escuta.....	83
-Capítulo 6: Considerações finais.....	91
-Referências Bibliográficas.....	96
-Anexos	

Introdução

Foram vários os caminhos e bifurcações que me levaram ao questionamento acerca da possibilidade do fazer clínico em uma dimensão ampliada e fora das quatro paredes do setting terapêutico. Nos primeiros anos do curso de psicologia encontramos uma variedade de correntes teóricas, que são compreendidas pelos alunos/passadas pelos professores como se ao final do segundo ou terceiro ano cada um já devesse estar seguindo “uma linha”, já pronta a ser “replicada” na clínica particular. Parecia que a “maioria” da psicologia ainda estava colada em seu próprio surgimento: enquadrar, normalizar, adaptar. Obviamente essa compreensão era (bem) limitada, mas talvez fosse reflexo da estrutura curricular do curso, que não contemplava conteúdos sobre a Reforma Psiquiátrica, a constituição do Sistema Único de Saúde e, muito menos, sobre a política de Assistência Social e a atuação do psicólogo nesses contextos. A predominância dos exemplos de intervenção dados pelos professores também eram, em sua maioria, referentes à prática clínica tradicional restrita a experiência dos consultórios particulares, fortalecendo, assim, o imaginário de que o psicólogo, se seguisse propostas institucionais, acabaria em um consultório particular. O problema que se colocava até então não era exatamente o consultório em si, mas sim a rigidez de se pensar essa clínica. Afinal, porque a escuta da singularidade não poderia se efetivar em outros contextos? Como seria a atuação do psicólogo nas políticas públicas? Como sua atuação poderia considerar o *público*, o *coletivo*, mas sem homogeneizar, naturalizar e reduzir?

A disciplina de psicologia institucional foi um marco nesse período por abordar os instituintes e os instituídos que se atualizam nos corpos, possibilitando a problematização da produção subjetiva e mesmo o questionamento das teorias como instituições totais. As discussões entre os estudantes sobre o 18 de maio, dia da luta antimanicomial e as poucas eletivas sobre esse tema nortearam esses questionamentos, que se ancoraram na minha experiência com uma cooperativa¹ em um hospital psiquiátrico² na Argentina junto a um grupo de estudantes do movimento

¹ Pan del Borda.

² O Hospital Borda é um hospital “portas abertas”. A lei da Reforma Psiquiátrica da Argentina semelhante à nossa saiu apenas em 2010, porém sem nenhuma rede substitutiva para os manicômios. A prefeitura de Buenos Aires - do prefeito Macri, na época - decidiu seguir friamente a lei, cortando luz e gás de muitos setores do hospital, o que levou à morte de muitas pessoas. O movimento estudantil e social de lá lutavam para o “não-fechamento” do hospital, mas para a transformação do hospital naquele mesmo espaço. O único serviço que se assemelhava a um hospital dia, e que não parecia uma prisão, com poucos leitos para crise e uma equipe multidisciplinar era o serviço 26a, coordenado por uma lacaniana chamada Cristina Gartland.

estudantil de psicologia da Universidade de Buenos Aires. A institucionalização daquelas pessoas me angustiava muito por ter apagado a história de vida singular de grande parte delas, que tinham no corpo ou no delírio fragmentos dessas histórias. Esse “olhar” para a história veio com a experiência de um trabalho voluntário³ em uma casa de acolhimento em que pude ver a importância do direito à leitura e à história para que o sujeito possa resgatar e criar novos laços sociais como protagonista de sua própria história. Casa de acolhimento, hospital, escola. Nesses primeiros anos transitei por algumas instituições e a questão que se colocava era a própria institucionalização e sua atualização no sujeito.

Outros questionamentos que me levaram a perguntar sobre a possibilidade do fazer clínico fora dos consultórios foi o estágio extra-curricular de Acompanhamento Terapêutico (AT) com uma idosa e com uma criança. Talvez tenha sido nessas experiências que mais me encantei com a possibilidade de estar na rua, construindo outras possibilidades junto com essas pessoas. Acontece, porém, que nesses dois estágios ouvi em algumas situações que não eram “casos de CAPS”, ora, não eram pessoas “loucas”, que surtavam ou deliravam, mas sim pessoas que não conseguiam situar-se em sua própria história, tampouco tinham lugares possíveis para se dizerem. Me questionei, assim, onde seria o lugar dessas pessoas, já tão sem lugares? Abriu-se a necessidade de seguir a trajetória da reforma psiquiátrica para saber o que esse movimento preconizava sobre a loucura e sua desinstitucionalização. O AT também me levou a perguntar sobre o porquê esse “estar na rua” sustentando possíveis laços e espaços se configurava como uma prática clínica. Queria, principalmente, uma fundamentação teórica que sustentasse a prática e que desnaturalizasse a idéia de que somente **uma** clínica poderia existir.

Um pouco ancorada nas idéias da psicologia institucional minha pergunta, ainda muito ampla, se referia a esse fazer clínico ampliado. Afinal, o que distinguia a clínica “tradicional” dessa ampliada? Esse tema seria o norteador do trabalho de conclusão de curso (TCC) articulado com o desejo de compreender essa clínica ampliada no marco das políticas públicas. O estar circulando na rua⁴ e ao mesmo tempo construindo uma espécie de clínica em rede era uma questão que não pude formular, mas que se colocou como necessidade de ter algum tipo de respaldo teórico para além da prática vivida.

³ No Instituto Fazendo História.

⁴ Uma rua ambivalente. Para o sujeito que acompanhava o estar na rua de modo errante era pura saúde, no sentido de poder proteger-se da violência de casa, mas ao mesmo tempo o “estar errante na rua” implicava em estar em situação de risco.

Nas supervisões do TCC foi possível a delimitação do problema a ser investigado. Sobre os serviços de Consultório de Rua pouco sabia. A sugestão da orientadora de pensar a atualização da clínica nesses dispositivos tão recentes casou com a idéia de entender essa clínica na rua, em rede, dita ampliada. Assim, aos poucos, o problema de pesquisa foi se delimitando. Por onde começar? Seria preciso uma aproximação com as formas de cuidado que fugiam das práticas hegemônicas em psicologia para entender a clínica dirigida a uma população marginalizada e sujeita a intervenções compulsórias, como acontece com loucos, crianças, adolescentes, homens e mulheres em situação de rua.

O primeiro capítulo desse TCC se concretizou como uma espécie de levantamento bibliográfico⁵. Ainda para delimitar de forma mais precisa o problema, comecei a me aproximar de autores da Reforma Psiquiátrica do Brasil. Especificamente a partir da leitura preliminar do texto de Resende (1997) foi possível a construção de uma visão histórica da política de saúde mental do Brasil e, principalmente, das maneiras construídas historicamente de lidar com a diferença em nossa sociedade e a naturalização/individualização do próprio sofrimento. Foi então possível delimitar um recorte para esse trabalho: quais são as origens e rupturas da clínica e sua possível atualização nos Consultórios de Rua a partir da Reforma Psiquiátrica?

Fez-se a escolha de trilhar a trajetória da reforma a partir da constituição da loucura como doença, tendo como base Foucault (2009) e o conto de Machado de Assis, *O Alienista*, que evidenciaram a relação intrínseca entre os discursos de poder e de saber, escancarando, principalmente, o discurso moral atualizado no discurso científico:

“E é bem de mito que se deve falar quando se faz passar por natureza aquilo que é conceito, por libertação de uma verdade o que é reconstituição de uma moral, por cura espontânea da loucura aquilo que não passe de sua secreta inserção numa realidade artificiosa” (Foucault, 2009, p. 476)

A denúncia de Foucault (2009) acerca da impossibilidade da neutralidade científica a partir do encadeamento genealógico do discurso que sustentou a produção da loucura como doença indicaram a necessidade de compreender todo e qualquer discurso do saber tendo como base sua relação intrínseca com o discurso do poder. O estudo sobre o nascimento do hospital psiquiátrico e a consideração de que as relações de poder implicam nas relações de saber e essas supõe aquelas (Deleuze, 1988) nortearam a continuidade do trabalho, apontando para o caminho da

⁵ Já que meu projeto de pesquisa se referia a outro tema.

desinstitucionalização, mas com o cuidado da própria desinstitucionalização não se tornar um processo rígido e institucionalizado em novos paradigmas.

Assim, seguiu-se pelos movimentos europeus que questionaram o próprio hospital psiquiátrico e a institucionalização da loucura, forjando outras formas de cuidado. Como “guia” para esse percurso da trajetória europeia a divisão proposta por Amarante (1998) foi essencial por evidenciar as experiências que propuseram transformações no espaço asilar e aquelas que foram além, rompendo com o próprio paradigma da doença naturalizado por Pinel.

Ao adentrarmos na trajetória das políticas de saúde mental do Brasil e no próprio movimento da Reforma Psiquiátrica foi possível visualizar as diferenças e semelhanças em relação à Europa, mas, principalmente, foi possível perceber como se atualizava aqui a opressão frente à diferença, e como o paradigma asilar fora usado como mecanismo de controle e exclusão social. Os princípios propostos pela reforma foram norteadores desse trabalho, especificamente o paradigma da Atenção Psicossocial que preconizava a clínica da escuta e da criação de si, a noção de existência-sofrimento em contraposição ao paradigma doença-cura, a configuração transdisciplinar dos trabalhadores nos novos dispositivos institucionais e a clínica ampliada como exigência para que a medicação não fosse a única forma de tratamento (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003).

Autores como Amarante, Yasui e Costa-Rosa mostraram, sob o prisma da reforma psiquiátrica, as origens, rupturas e construções de uma clínica sustentada pelo Paradigma Psicossocial. O levantamento bibliográfico que se concretizou no primeiro capítulo do TCC também apontou para a desinstitucionalização da loucura como processo complexo por extrapolar o âmbito da saúde, além de evidenciar a necessidade de desconstrução da clínica que se fundou no paradigma asilar.

Assim, o capítulo dois aborda o nascimento da clínica a partir de Foucault (2011), evidenciando a fragilidade da clínica marcada pela fragmentação do corpo e abstração da doença, e apontando para a necessidade de superação do discurso positivista e higienista hegemônico no qual a clínica se sustenta(ou). O processo de desinstitucionalização da clínica é abordado a partir de referenciais que negam a clínica como mecanismo de normalização e disciplinamento e a afirmem em sua dimensão também política por produzir a transformação e produção de vida e não a de doença. A partir desse processo de questionamento da clínica fundada no paradigma da doença entende-se, ainda no capítulo dois, a clínica ampliada e sua atualização nas políticas públicas de saúde.

O capítulo 3 descreve o dispositivo do Consultório de Rua (CR) a partir da experiência de Salvador (Universidade Federal da Bahia) e o Consultório na Rua a

partir do Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua (Brasil, 2012). A partir da descrição desses serviços e da articulação com os primeiros capítulos será feita a discussão sobre a possibilidade de atualização da clínica nos CR, problematizações quanto à clínica ampliada e aberturas a novas perguntas.

Primeiramente, a produção desse TCC se justificou pessoalmente pela necessidade de apropriação dos discursos que circulavam sobre o cuidado, o sofrimento, a subjetividade, o social, a loucura e a clínica. A partir das experiências nos estágios e da descoberta de autores como Amarante, Lavrador, Machado, Paulon, Nery Filho, Campos e Campos e da aula aberta de Pedro Delgado⁶ pude formular a justificativa social desse trabalho a partir da compreensão do desafio de resistir frente aos retrocessos da reforma psiquiátrica e de pensar em formas de cuidado no território.

⁶ Em aula aberta proferida no Instituto Sedes Sapientae no dia 24.10.2013 sobre “Caminhos e percalços da reforma psiquiátrica na atualidade”.

Capítulo 1: Os (não) lugares da loucura

"Não se sabia já quem estava são, nem quem estava doido"
Machado de Assis
em *O Alienista*

No tempo que os homens sabiam tudo, médicos foram os primeiros sábios porque, mais o fossem todos, lugar havia onde seu entendimento se recusa ingressar: em si mesmos, - para não se dissolverem na metáfora de qualquer coisa que esteja em qualquer lugar: extratos de delírio, estravastos de desequilíbrios, certames e torturas, insignificâncias!
Leminski
em *Catatau*

1.1 A produção da loucura como problema médico

O olhar de Simão Bacamarte, do conto "O Alienista"⁷, de Machado de Assis, servirá aqui como breve analisador da produção da loucura como problema médico a ser tratado e curado. A narrativa machadiana ilustra o nascimento das práticas de intervenção médica sobre loucura, essa que, na Idade Média, era tomada como experiência de ordem divina, ocupando um espaço de saber no imaginário social. Amarante (1998) define essa percepção como a visão trágica da loucura, o que permitia sua inscrição "no universo da diferença simbólica" (p.23), garantindo assim, um lugar social reconhecido. Já a visão crítica forjada na modernidade - e descrita, ironicamente, pelo narrador - desloca a loucura de seu lugar de saber para o campo da ciência, que legitima, a partir do discurso científico, o encarceramento e a exclusão do louco.

A narrativa se passa no final do século XVIII quando regressa da Europa a Itaguaí o médico Simão Bacamarte, dedicado ao estudo e à prática da medicina. Percebe que não havia na colônia ninguém que se dedicasse ao "recanto psíquico" e à "patologia cerebral". Decide, então, ocupar-se da "saúde da alma (...), ocupação mais digna do médico" (Assis, 2007, p.39). Estranha a maneira como o louco é então "descurado", já que os furiosos são trancados em alcovas ou em suas casas, ao passo que os mansos andavam soltos pela rua. Simão Bacamarte constrói, assim, a Casa Verde mediante o pagamento das famílias do enfermo, ou com o auxílio da câmara. Na Casa, idealizada para "agasalhar e tratar" (p.39), o médico dedica-se ao estudo da loucura a partir da classificação dos casos e da busca pela causa de tais fenômenos assim como a de um remédio para a cura.

⁷ Publicado em 1882. Vale lembrar que o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi fundado em 1852.

Em paralelo com “O Alienista”, na “História da Loucura na Idade Clássica” Foucault (2009) também desnaturaliza a concepção forjada na modernidade de lidar com a loucura a partir de seu aprisionamento e na subordinação à ordem da razão e à ordem social a ser estabelecida. No capítulo “Nascimento dos Asilos” o filósofo discorre sobre a transição das grandes internações para o hospital psiquiátrico a partir de uma análise das relações de saber e poder que sustentaram a criação desse novo dispositivo⁸ tal qual idealizado por Simão Bacamarte. Tanto o conto de Machado de Assis quanto o capítulo de Foucault evidenciam a função moral e social escamoteada no discurso científico:

No *Retiro*, um grupo humano é reconduzido a suas formas mais originárias e mais puras: trata-se de recolocar o homem em relações sociais elementares e absolutamente conformes a sua origem; o que significa que essas relações devem ser ao mesmo tempo, rigorosamente estabelecidas e rigorosamente morais (Foucault, 2009, p.470).

O narrador do conto em muitos momentos da narrativa também revela o discurso moral como intrínseco à constituição do discurso científico enunciado por Simão Bacamarte:

Homem de ciência, e só de ciência, nada o consternava fora da ciência; e se alguma coisa o preocupava naquela ocasião, se ele deixava correr pela multidão um olhar quieto e policial, não era outra coisa se não a idéia de que algum demente podia achar-se ali misturado com a gente de juízo. (...) Todo tempo que lhe sobrava dos cuidados da Casa Verde, era pouco para andar na rua, ou de casa em casa, conversando as gentes, sobre trinta mil assuntos, e virgulando as falas de um olhar que metia medo aos mais heróicos (Assis, 2007, p.46).

A pergunta que surge é o que busca o olhar quieto e policial de Simão Bacamarte? Qual crivo para selecionar as pessoas da vila que devem ser levadas para a Casa Verde? Na tentativa de entender esse momento histórico do século XIX no Brasil voltemos às grandes internações da Idade Média na Europa. Os hospitais gerais foram criados nesse período não como instituição médica, mas sim como dispositivo cuja função era garantir a ordem social a partir da exclusão, da assistência e da

⁸ “O dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder e, ao mesmo tempo, sempre ligado aos limites do saber, que derivam desse e, na medida, condicionam-no. Assim, o dispositivo é: um conjunto de estratégias de relações de força que condicionam certos tipos de saber e por ele são condicionados” (Foucault, 1977 apud Agamben, 2009). No ensaio “O que é o dispositivo” (Chapecó: Argos, SC, 2009) Agamben sustenta que todo dispositivo implica em um processo de subjetivação. Tendo como referência Foucault, diz que na sociedade disciplinar os dispositivos - que seriam uma rede de saberes, poderes e práticas - “visam à criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua “liberdade” de sujeitos no próprio processo do seu assujeitamento (...). Antes de tudo o dispositivo é uma máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo”(p.46). Essa concepção é interessante para pensarmos nos (a)sujeitos que são produzidos pelo dispositivo do hospital psiquiátrico e, assim, para pensarmos em sua desconstrução.

filantropia (Amarante, 2013). Os loucos eram internados com as prostitutas, indigentes, velhos, ladrões, leprosos, vagabundos e todos os que escapassem aos padrões de normalidade do antigo regime e que ameaçavam a ordem social e a moralidade pública, “o complexo hospitalar atualiza-se num misto de casa de proteção, caridade, hospedaria, espaços de populações heterogêneas” (Amarante, 1998, p.25). Assim, o grande enclausuramento, ou a grande internação (Foucault, 2009) é permeada por uma percepção social da loucura pautada no internamento enquanto prática de proteção e guarda social, e não como forma de produzir um saber/conhecimento/critério sobre a loucura (Amarante, 2013). Daí que a internação se sustentava como operação definitivamente moral: “O olhar sobre a loucura não é portanto, diferenciador das outras categorias marginais, *mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão*” (Amarante, 1998, p.24).

Se o hospital geral é produzido por um determinado momento histórico, sua operação descaradamente moral não mais se sustentava em um contexto marcado pelas revoluções burguesas da segunda metade do século XVIII que colocaram em xeque as estruturas de poder do antigo regime. Na sociedade contratual fez-se necessário a criação de mecanismos jurídicos⁹ que legitimassem tal internação. É dessa grande internação que vai advir o hospital psiquiátrico, porque dali, dentre toda a população excluída marcada pela figura da desrazão, restaram ainda os loucos¹⁰, que mesmo na nova ordem social vigente escapavam do novo contrato social atravessado pela concepção da *razão* como intrínseca à essa nova ordem.¹¹

Ora, Simão Bacamarte, aqui usado como símbolo do surgimento da psiquiatria - ainda que embrionária - e da concepção da loucura como problema médico foi ele também produzido por esse momento histórico baseado nos ideais iluministas que encontraram no discurso científico a possibilidade de consolidação do poder da burguesia. É pelo caminho da patologização da loucura que o Estado poderá intervir para com aqueles que escapam à lei: os loucos, os improdutivos, aqueles que não têm a racionalidade necessária para entrar nesse novo contrato social e, de alguma

⁹ “A nova orientação, desde antes da queda do Antigo Regime é, portanto, fazer passar o máximo de práticas de reclusão, da jurisdição real para a autoridade judiciária, tendência que prepara a tentativa de fazer garantir, pela interdição, todas as reclusões dos alienados”. CASTEL, ROBERT. O Desafio da Loucura. In A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991 (p.25).

¹⁰ “A loucura colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime. E a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes”. CASTEL, ROBERT. O Desafio da Loucura. In A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991 (p.22).

¹¹ O capítulo “Nascimento dos Asilos” e o contexto da transição das grandes internações para os hospitais psiquiátricos foram abordados no programa “A trajetória da reforma na saúde mental” da professora Elisa Zaneratto Rosa, do Núcleo 3.2 Saúde Mental: Política e Clínica Ampliada, do curso de psicologia da PUC-SP, no primeiro semestre de 2014.

maneira, resistem a entrar no contrato estabelecido a partir da concepção liberal de homem.

As experiências de Tuke, na Inglaterra, e a de Pinel, na França, são identificadas pela psiquiatria positiva como originárias de seu campo de saber. O primeiro caso, “inscreve-se exatamente na reorganização legal da assistência inglesa no final do século XVIII, nessa série de medidas que o estado burguês inventa, para suas próprias necessidades, a beneficência privada” (Foucault, 2009, p.463). São legitimadas nesse contexto as “sociedades de beneficência”, que têm o direito de recolher “aqueles que caírem doentes”, uma espécie de privatização da própria assistência antes atribuídas como responsabilidade das paróquias. É nesse contexto que se concretiza a experiência do *Retiro*, que tem como figura principal o Quacre¹² Samuel Tuke.

O Retiro é uma casa de campo que simula a vida familiar burguesa. Em seu projeto é importante a relação com a natureza e o trabalho agrícola. A cura seria assim possível por devolver ao louco a Natureza, a razão e a moralidade social: “espera-se que a natureza faça triunfar a natureza, por semelhança, aproximação e misteriosa penetração, enquanto é conjurado tudo aquilo que a sociedade pôde depositar no homem de contrário à natureza.” (Foucault, 2009, p.469) A loucura é vista como doença não da natureza, mas da sociedade, daí a função do Retiro de proporcionar uma vida ideal, de edificar um grupo social tal qual defendido pelos ideais burgueses da família patriarcal: “pretende ser uma grande comunidade fraternal dos doentes e dos vigilantes, sob a autoridade dos diretores e da administração. Família rigorosa, sem fraquezas nem complacência, porém justa, conforme a grande imagem da família bíblica”. (Foucault, 2009, p.469)

No Retiro está o mito de cura a partir da exclusão do louco em um contexto que edifique a moral burguesa: “a loucura torna-se alienação, e a sua cura é o retorno ao inalienável” (Foucault, 2009, p.470), que seria a própria natureza, a razão e a pura moralidade social. Pela primeira vez o internamento é tomado como intervenção terapêutica e recebe esse poder de cura, e a loucura tida como algo a ser tratado de acordo com os parâmetros da razão.

¹² Quacres são os membros da Sociedade dos Amigos, grupo religioso cristão que acredita na busca pessoal da manifestação divina sem a necessidade de uma mediação, já que Deus estaria dentro de cada homem. Pregam a justiça, a bondade e a vida simples. É importante frisar que Tuke era um Quacre pois isso implica na própria concepção do Retiro. Foucault (2009) ainda aponta para um possível interesse da Sociedade dos Amigos no tratamento dos desatinos por conta de sua própria história: no final do século XVII e início do XVIII, tanto os Quacres, como muitas seitas religiosas, “se verão presas no grande debate da experiência religiosa e do desatino” (Foucault, 2009, p.462). É compreensível, assim, que com o respaldo da nova lei assistencial, eles passem a se questionar sobre a situação dos loucos e de como “tratá-los”.

Já a experiência de Pinel, na França também foi impulsionada pelo quadro político da revolução francesa. Na sociedade da *igualdade, liberdade e fraternidade* fez-se necessário a criação de mecanismos jurídicos que legitimassem tal internação:

A partir da Revolução, com a administração dos estabelecimentos públicos só considerando o internamento dos loucos num hospício livre se forem nocivos e perigosos para a sociedade, os loucos só permanecem neles enquanto doentes, e assim que se tem certeza de sua cura completa, são inseridos no seio de suas famílias ou de seus amigos. A prova disso está na saída geral de todos os que recobravam o bom senso, e mesmo aqueles que haviam sido condenados à prisão perpétua por esse Parlamento, sendo dever da administração manter presos apenas os loucos sem condições de gozar da liberdade.¹³

O trecho refere-se ao reordenamento de Bicetrê¹⁴ e põe em pauta a loucura como problema médico a ser curado. Para assumir as enfermarias do “novo hospital” é convidado Pinel - “com reputação no conhecimento das doenças do espírito” (Foucault, 2009, p.464). O médico liberta¹⁵ os insanos de Bicetrê e de Salpêtrière¹⁶, e dá-lhes uma liberdade que será rigorosamente observada:

“tirar as correntes dos alienados presos nas celas é abrir-lhes o domínio de uma liberdade que será ao mesmo tempo o de uma verificação; é permitir que apareçam numa objetividade que não mais será ocultada nem nas perseguições, nem nos furores que lhes correspondem; é constituir um campo asilar puro (...)” (Foucault, 2009, p.466)

Ao libertar os loucos das correntes Pinel descobre que a “bestialidade” advém da própria domesticação. Não é à toa que a figura do médico é atrelada à concepção de que a “boa liberdade” é aquela que liberta o louco, mas deve ser docilmente domado de acordo com as virtudes tradicionais burguesas. Assim, ainda que em Pinel não haja a segregação religiosa tal qual em Tuke, o conteúdo moral ainda permeia o tratamento. Seu objeto é o resgate da razão através da estabilização do louco em um tipo social reconhecido (Foucault, 2009), as classificações propostas pelo médico respondem à lógica da normalização e da uniformização social, assim como todo seu

¹³ Tal citação está na página 464 do capítulo “Nascimento do Asilo” (Foucault, 2009), e corresponde a um trecho da Carta de Piersin à Comissão das Administrações Cíveis de 19 de fevereiro, ano III. (TUETÉY, loc. cit, III, p.172)

¹⁴ Hospital Geral francês até então destinado à internação de pobres, velhos, prostitutas e insensatos - marginalizados em geral.

¹⁵ Nas grandes internações os insanos eram acorrentados. O ato de Pinel foi considerado como humanitário por conta de tirar a corrente dos loucos. Simão Bacamarte, no conto de Machado de Assis, também estranhava que os “loucos furiosos” eram presos em alcovas.

¹⁶ Salpêtrière era um hospital geral em Paris e passou a ser hospital psiquiátrico depois da Revolução Francesa.

tratamento: “O asilo, domínio religioso sem religião, domínio da moral pura, da uniformização ética” (Foucault, 2009, p.487).

O trabalho realizado no asilo, assim como no Retiro, não tem um valor de produção em si, mas é imposto no tratamento como forma de limitar a liberdade a partir da submissão às regras e às ordens. A figura onipotente do médico que se consolida é essencial para tornar o espaço asilar em espaço médico, ainda que, nesse momento, a profissão seja sinônimo da garantia jurídica e moral: “pois o trabalho médico é apenas parte de uma imensa tarefa moral que deve ser realizada no asilo e que é a única que pode assegurar a cura do insensato”(Foucault, 2009, p.497). É como se o espaço asilar tivesse sido contornado por um discurso científico e preenchido pela ordem moral e social. Não é o médico¹⁷, figura de objetividade do positivismo, quem conhece a loucura, mas é ele quem a domina. (Foucault, 2009).

A contradição posta no tratamento moral de Pinel aparece também no “Alienista”: a linha entre razão e loucura é tênue e permeável. O médico é aquele cujo olhar policial está em busca de suspeitos. Foucault (2009) aponta para um problema político que surge nesse contexto: “a certeza de que inocentes haviam sido internados com os culpados e pessoas com razão entre os furiosos” (p.465). Assim Bicêtre e Salpêtrière amedrontam a todos, assim como a criação da Casa Verde que fez com que a população de Itaguaí se indagasse sobre os limites do que é considerado razão e loucura ao assistir a maioria da população ser recolhida à Casa. A questão posta é a forma de *olhar* a loucura que se consolida: “O principal nesta minha obra na Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhes os casos, descobrir em fim a causa do fenômeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isso presto um bom serviço a humanidade” (Assis, 2009, p.41), diz Simão Bacamarte. A grande crítica de Machado de Assis se concretiza no final do conto, quando o médico, depois de inúmeras reformulações de suas classificações chega a conclusão de que o louco que deveria se tratar no asilo era ele próprio.

Pinel não chegou perto de ser considerado “o” louco da história, já que a psiquiatria do século XIX tomou como evidências naturais os valores por ele transmitidos, no que diz respeito ao tratamento moral por ele chamado de terapêutico, a constituição de uma nosografia da loucura, e pela própria organização

¹⁷ “Os objetivos que ele procura e as tensões que o atravessam são de ordem social, jurídica e política. Quando a pedra de toque do edifício for derrubada é que a coexistência dos elementos que o constituem passará a ser antagônica. A referência médica terá, então, um sentido inteiramente diverso: de subordinada passará a ser preponderante já que constituirá o eixo do novo equilíbrio”. CASTEL, ROBERT. O Desafio da Loucura. In A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991. (p.21-53)

do espaço asilar. Daí Foucault considerar tal experiência como o grande mito que fundou a psiquiatria:

“E é bem de mito que se deve falar quando se faz passar por natureza aquilo que é conceito, por libertação de uma verdade o que é reconstituição de uma moral, por cura espontânea da loucura aquilo que não passe de sua secreta inserção numa realidade artificiosa” (Foucault, 2009, p. 476)

Foucault (2009), a partir do encadeamento genealógico do discurso que sustentou o surgimento do espaço asilar e da apropriação da loucura como doença, denuncia a impossibilidade da neutralidade científica, no caso do “setting” criado por Pinel e a relação intrínseca entre saber e poder no processo de constituição do asilo. O suposto saber dali construído é impregnado pelas relações de poder estabelecidas naquele momento histórico¹⁸: “se as relações de poder implicam as relações de saber, estas, em compensação, supõe aquelas” (Deleuze, 1988, p.90). Assim, está posta a deixa para a desconstrução da clínica asilar, essa que “representa o primeiro e mais importante passo para a medicalização do hospital” (Amarante, 1998, p.26) e da patologização dos que escapam à ordem.

1.2 A desconstrução do manicômio e invenção do cuidado do sofrimento

A contingência histórica do pós Segunda Guerra (1939-1945) produz um efeito importante na Europa com as violação dos direitos humanos postos em evidência nos massacres dos campos de concentração e dos campos de batalha.¹⁹A condição precária e a institucionalização dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos remonta à trágica experiência dos campos de concentração - cenas com as quais a Europa democrática não poderia mais tolerar. (Amarante, 1998) “Em tal contexto, toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos é repudiada e reprimida pelo tecido social” (Amarante, 1998, p.28). Nesse contexto ganham força as críticas referentes ao espaço asilar.

¹⁸ Para Castel a instância médica entra como quarto poder para subordinar os outros três (jurídico, administrativo e familiar) que entram em desequilíbrio na crise do Antigo Regime: “A medicalização do problema introduzirá uma dialética muito mais sutil entre o que é prerrogativa dos parentes e o que cabe ao poder do Estado na tarefa de reproduzir a ordem sócio-familiar”. CASTEL, ROBERT. O Desafio da Loucura. In A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991. (p.21-53)

¹⁹ “O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”, de Walter Benjamin, é uma importante e relevante reflexão sobre as mudanças produzidas no pós-guerra, principalmente no que diz respeito às relações entre os homens.

Amarante (1998) utiliza a expressão "psiquiatria reformada", de Rotelli²⁰, para designar os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade, e podemos separá-las em três blocos. O primeiro bloco estaria representado pela experiência das comunidades terapêuticas na Inglaterra e da psicoterapia institucional francesa, experiências restritas às mudanças no campo asilar. O segundo bloco seriam as experiências que superaram as reformas do campo asilar, a psiquiatria de setor da França e a psiquiatria comunitária/preventiva dos Estados Unidos. O terceiro bloco, representado pela antipsiquiatria inglesa e pela psiquiatria democrática italiana extrapolam os movimentos propostos pela psiquiatria reformada por colocarem "em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados" (Amarante, 1998, p.27).²¹

Quanto ao primeiro bloco: as comunidades terapêuticas têm como figura principal Maxwell Jones, que propõe a reconstrução do espaço asilar psiquiátrico através da participação dos pacientes nas atividades do hospital, como grupos operativos, assembleias e reuniões diárias. Não cabe somente ao técnico exercer a função "terapêutica" do asilo, e sim a todos os envolvidos, abalando a própria hierarquia da instituição:

"através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição" (Amarante, 1998, p.29).

Segundo o autor, Rotelli aponta para a contradição do projeto de Maxwell Jones por propor uma situação que se afasta da realidade social por não abalar suas estruturas de poder:

"a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico". (Rotelli, 1991, p.150 apud Amarante, 1998, p.31)

A psicoterapia institucional francesa também tem como base a transformação da estrutura asilar e "alimenta-se do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica

²⁰ Franco Rotelli é uma figura histórica da Reforma Psiquiátrica italiana. Seu texto "A instituição inventada" (1990) será abordado nesse estudo.

²¹ O texto de Amarante, embora não se aprofunde nas particularidades de cada uma das experiências que serão descritas foi aqui utilizado por trazer uma perspectiva geral dos movimentos de reforma psiquiátrica, que será importante nos próximos capítulos.

ao poder médico e da verticalidade das relações intrainstitucionais”(Amarante, 1998, p.32). Assim como a comunidade terapêutica seu projeto consiste em tratar das próprias características doentes da instituição psiquiátrica, dada a impossibilidade de tratar um sujeito inserido em uma instituição doente. A primeira experiência aconteceu no hospital de Saint Alban com a liderança do psiquiatra catalão François Tosquelles, que chegara ali em 1940, refugiado da ditadura de Franco. Jean Oury, então estudante de medicina, chegara em 1947 e, em entrevista a revista *Percurso*²² fala sobre a produção da loucura dentro da instituição hospitalar:

Podemos dizer que tudo o que Tosquelles começou a fazer ali foi baseado em Lacan e Hermann Simon: para tratar os doentes, devesse tratar o hospital. A questão das alas, alas de agitados, alas de dementes... basta ser colocado – qualquer um de nós – em uma ala de agitados que nos tornamos agitados, numa ala de dementes então eu não ousou dizer o que nos tornaríamos, pois é muito tentador, um gozo muito particular, até o fim dos tempos!²³(Oury, 2009)

Depois de dois anos junto a Tosquelles, Oury deixa Saint Alban por questões políticas e encontra um terreno no qual deu-se lugar a clínica de La Borde, em 1951, a primeira experiência da psicoterapia institucional no âmbito de um estabelecimento privado (Guattari, 1992). Ali defendia um trabalho em torno da vida coletiva, e para isso chama Guattari, militante da esquerda e então estudante de filosofia, para desenvolver e contribuir na “instalação de múltiplas instâncias coletivas: assembléias gerais, secretariado, comissões paritárias pensionistas-pessoas, subcomissão de animação para o dia, escritório de coordenação dos encargos individuais e “ateliês” de todos os tipos...”(Guattari, 1992, p.185). Buscavam, dentro dessa multiplicidade de estruturas “caminhar para uma desagregação das relações atendente-atendido e das próprias relações internas” (p. 187) a partir de uma rotatividade de papéis, da incessante discussão acerca dos problemas que surgiam e da importância da responsabilidade tanto coletiva quanto individual a fim de libertar todos os envolvidos da “serialidade”²⁴ produzida nas rotinas burocráticas dos sistemas de hierarquia tradicionais.

Ainda que a experiência em La Borde se restrinja ao espaço asilar, sua crítica se refere a serialização das subjetividades concebidas segundo esquemas rígidos:

²² *Percurso* é uma revista semestral de psicanálise, editada em São Paulo pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, desde 1988.

²³ http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=111&ori=entrev, acesso em 10 de outubro de 2013.

²⁴ Jean-Paul Sartre definia a “serialidade” pelo caráter repetitivo e vazio de um estilo de existência concernente a um funcionamento de grupo “prático-inerte”, a partir de uma perspectiva tecnocrática criava-se subjetividades serializadas. (Guattari, 1992, p. 187)

Tratava-se de conduzir simultaneamente modos de atividades que favorecessem uma tomada de responsabilidade coletiva fundada entretanto em uma re-singularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal. A máquina institucional que instalávamos não se contentava em operar uma simples remodelagem das subjetividades existentes, mas se propunha, de fato, a produzir um novo tipo de subjetividade. (Guattari, 1992, p. 187)

E ainda:

Eu não propunha de forma alguma generalizar a experiência de La Borde ao conjunto da sociedade, não havendo nesse campo nenhum modelo transponível. Mas parecia-me que a subjetividade, em todos os estados do *socius* onde se quisesse considerá-la, não era manifesta, que era produzida sob certas condições e que estas poderiam ser modificadas por múltiplos procedimentos e de forma a orientá-la em um sentido mais criativo. (Guattari, 1992, p.190)

A proposta da psicoterapia institucional era a de curar a instituição, dando abertura à lugares de vida que escapassem da passividade advinda da hierarquização burocrática até então estabelecida nos hospitais. A crítica que a experiência recebe é a sua “impossibilidade de dialetizar a relação entre o dentro e o fora” (Birman, 1992, p.85 apud Amarante, 1998, p.34), de modo que a sociedade continue a segregar o louco nos hospitais psiquiátricos. O argumento de Oury e Guattari para tais críticas²⁵ era o próprio “não lugar” do louco na sociedade, daí La Borde ser uma “escola de liberdade” que dê lugar a produção da pluralidade subjetiva e ao próprio direito à loucura. La Borde é marcada como lugar de contestação das normas e espaço de liberdade.

Quanto ao segundo bloco, a psiquiatria de setor, incorporada como política oficial da França²⁶ na década de 60, é marcada pela idéia de que não se abandona o hospital como lugar de tratamento da loucura, mas defende-se a possibilidade de outros locais onde o tratamento poderia ocorrer. Alguns psiquiatras considerados progressistas, ao entrarem em contato com os manicômios franceses, argumentam que aquele espaço por si só era alienante, “daí a idéia de levar a psiquiatria à população” (Fleming, 1976, p.54 apud Amarante, 1998, p.34). Os municípios franceses foram divididos em setores, sendo que cada um deles tinha uma equipe territorial de saúde mental. Nesse modelo, quando o “doente” fosse internado, ficaria em um setor do hospital correspondente ao seu setor na comunidade, de modo que a base territorial fosse a base do tratamento.

²⁵ Segundo a Prof. Dra Maria Cristina G. Vicentin, em aula da disciplina eletiva do curso de Psicologia: “Introdução a esquizoanálise”, segundo semestre de 2013.

²⁶ Vale lembrar que La Borde era um espaço privado e não foi adotado como política pública.

Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes de cada pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação da cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma que os tratavam no hospital. (Amarante, 1998, p. 35)

O estado decide assumir a política proposta, baseada na extensão do tratamento na comunidade, por conta do contexto do pós-guerra e dos altos gastos para sustentar os manicômios. A experiência, porém, encontra resistências, tanto pelas críticas de que "conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria." (Rotelli, 1994, p.150 apud Amarante, 1998, p.36) quanto pela resistência de grupos conservadores contrários à invasão dos loucos nas ruas.

A psiquiatria comunitária ou preventiva norte americana se inspira nos modelos das comunidades inglesas e da psiquiatria de setor, porém sua questão por excelência é econômica, dado as altas taxas de incidência de distúrbios mentais naquele momento marcado pela "Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, enfim, de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia". (Amarante, 1998, p.36) Assim, o presidente Kennedy propõe um trabalho comunitário e preventivo com o objetivo de reduzir os índices de doença mental na comunidade. A obra de Coplan ("Princípios da Psiquiatria Preventiva", de 1980) fortalece o preventivismo e prevê a identificação dos elementos causadores da doença na própria comunidade.

Amarante (1998) utiliza as críticas de Birman e Costa(1994) e de Lancetti (1989) para afirmar que a psiquiatria preventiva baseia-se em uma concepção que coloca as equipes de saúde em um lugar de "peritos" em sua busca ativa por "suspeitos" de doença mental, atualizando o dispositivo de controle do hospital psiquiátrico a partir da normatização dos segmentos sociais com seu projeto de medicalização da ordem social e com a expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos na comunidade.

O terceiro bloco, constituído pela experiência de Cooper na Inglaterra e de Basaglia na Italia, é marcado pela crítica da psiquiatria como produção da sociedade capitalista, e daí a negação da loucura como doença e a defesa da democratização das relações sociais dada a impossibilidade da sociedade de lidar com uma parcela da população marcada pela diferença.

A antipsiquiatria surge na década de 60 no contexto dos movimentos de contracultura e tem como destaque o psiquiatra e psicanalista David Cooper. Cooper formula a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico ao criticar a

naturalização do binômio saúde/doença, “a antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais” (Amarante, 1998, p.43). Para isso seu método terapêutico não prevê tratamento físico ou químico, mas sim um diálogo entre razão e loucura a partir da valorização do discurso do louco (Amarante, 1998) e de intervenções nos processos familiares, também considerados geradores de loucura por reproduzirem os valores da cultura burguesa. Para a antipsiquiatria

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz. (Amarante, 1998, p.44)

Assim, a proposta da antipsiquiatria é acabar com a nosografia estabelecida, e mais radicalmente, transformar a realidade social e eliminar a estrutura familiar com a criação de grupos que desarticulassem os valores burgueses. Contraditoriamente elabora outra referência teórica para a esquizofrenia baseada em uma explicação causal da mesma. O movimento da antipsiquiatria foi importante por contribuir com o conceito de desinstitucionalização como desconstrução. (Amarante, 1998)

Na Itália, o movimento da Psiquiatria Democrática é “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade” (Barros, 1994, p.53 apud Amarante, 1998, p.44). Liderado por Basaglia, o movimento critica o autoritarismo das instituições totais²⁷, extrapolando, aqui, a crítica ao modelo asilar, abarcando as estruturas de poder que o sustentam e que geram o assujeitamento e opressão:

“O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica - que atua como sustentáculo dos valores dominantes -, para depois tornar-se crítica e ação política”. (Basaglia, 1968, p. 9).

²⁷ GOFFMAN, em “*Manicômios, prisões e conventos*” (São Paulo: Perspectiva, 2008) descreve as instituições totais como locais caracterizados pelo fechamento que impede a relação com o mundo externo. O manicômio, por exemplo, é uma instituição total que se fecha sobre si, e é também total por produzir determinados tipos de subjetividade. A prisão produz o penitenciários, o manicômio produz o louco.

O processo de apropriação da loucura como objeto de saber médico e o lugar de neutralidade que a psiquiatria atribuiu a sua prática é, portanto, questionada. Questiona-se também o lugar atribuído ao louco nesse processo: louco-objeto passível de intervenção. Não se fala em sujeito, tampouco em sofrimento. A intervenção clínica proposta a partir da crise do antigo regime era aquela que articulava justiça e normatização, daí inaugurou-se a relação necessariamente vertical entre médico-paciente²⁸. A psiquiatria democrática italiana funda-se, assim, na “urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis (...) e da necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença”(Amarante, 1998, p.47).

A primeira experiência se deu no início da década de 60 no manicômio de Gorizia²⁹. Como estratégia foi realizado um trabalho muito similar com o das comunidades terapêuticas inglesas, com o objetivo de humanizar o hospital a partir de sua gestão comunitária. Percebeu-se, porém, que a relação vertical entre médico e paciente não eram questionadas nesse modelo, impossibilitando a discussão acerca do saber psiquiátrico que legitima a exclusão da loucura associada a periculosidade social. Essa primeira experiência revela os desdobramentos políticos de qualquer processo de transformação de uma realidade institucional e toca, assim, em uma “dimensão essencial do problema: só uma sensibilização e uma mobilização do contexto social poderiam criar condições favoráveis a transformações reais” (Guatarri, p. 194)³⁰.

A fundação do movimento da Psicoterapia Democrática Italiana (PDI) em 1973 é um marco importante nesse contexto pois possibilitou a articulação com sindicatos e movimentos sociais e políticos, potencializando a discussão a partir da ótica da cidadania e direitos humanos. Também no início da década de 70, em 1971, inicia-se o desmonte do manicômio em Trieste, processo que escapou do território exclusivo da psiquiatria e se expandiu para outros segmentos sociais, visto que os loucos, então presos, passaram a estar na cidade, como cidadãos, e para isso era preciso derrubar não só os muros do hospital, mas negar a própria institucionalização da loucura no

²⁸ A clínica será discutida no capítulo 2.

²⁹ A experiência de Gorizia está no livro “A instituição negada”, de F. Basaglia (1968)

³⁰ Nesse trecho Guatarri fala sobre a experiência do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana.

corpo social. Rotelli (1990), na "Instituição Inventada"³¹, levanta alguns pontos desse processo:

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (Rotelli, 1990, s/n)

A experiência de desmonte do hospital de Trieste acarretou na consolidação de novos lugares³² e formas de lidar com o sofrimento mental - abalando, assim a própria estrutura psiquiátrica fundada na concepção da loucura como doença. A desinstitucionalização da loucura pressupôs que o sofrimento do sujeito é parte da questão social de lidar com a loucura, de modo que negar a instituição psiquiátrica significou também o ato de negar todo e qualquer pensamento baseado na exclusão do outro do campo social e da objetificação da própria loucura, ampliando as possibilidades de vida e espaços de liberdade na sociedade, no sentido de garantir a emancipação e cidadania. Nesse contexto, a lei 180, conhecida como a lei Franco Basaglia, de maio de 1978, é um marco que evidencia a amplitude da experiência Italiana por legitimar a rede ali construída e sua consolidação como política pública nacional, viabilizando a reforma psiquiátrica em todo território italiano.

É importante frisar que as experiências das "psiquiatrias reformadas" têm em comum as demandas sociais postas em evidência no pós guerra, mas são também constituídas de acordo com a singularidade de cada território em que ocorreu. O conceito de desinstitucionalização da loucura nos parece interessante nesse trabalho por abarcar um processo amplo de luta pela garantia de direitos das "existências-sofrimento" produzidas e paradoxalmente excluídas do campo social. Essa conceito

³¹ Texto referente a experiência de Trieste publicado na Revista "Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia", publicado no livro "Desinstitucionalização", de Nicácio, F. (São Paulo: Hucitec, 1990) e pode também ser acessado pelo link http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf . Sobre a transição da instituição negada para a instituição inventada Rotelli diz: "Eis então o porquê da necessidade em Psiquiatria hoje de instituições inventadas. Esta é a nossa experiência em Trieste, filha autopoietica da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi a descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava. A instituição afirmada é a prática assumida, ciente, organizada desta contaminação".

³² Foram criados centros de saúde mental que funcionavam 24 horas por dia, residências terapêuticas, cooperativas de trabalho e o serviço de emergência psiquiátrica. Uma descrição mais detalhada da rede que se consolidou a partir da experiência de Trieste pode ser aprofundada no livro "Desinstitucionalização", de Nicácio, F. (São Paulo: Hucitec, 1990)

amplo remonta a necessidade de negação das instituições totais e dos dispositivos criados a partir das relações verticais de poder:

Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (...). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma na exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (Basaglia, 2001, p. 101)

1.3 A constituição do saber psiquiátrico no Brasil e suas práticas

É evidente os reflexos das formas europeias de lidar com a diferença e suas repercussões, ainda que tardias, no Brasil. A influência europeia em nossa constituição cultural enquanto país é atualizada constantemente a partir de práticas políticas e sociais que se baseiam “no mundo europeu”, no etnocentrismo, na moral, cultura judaico-cristã, em todas as instituições de violência que operaram pela segregação da diferença. Não podemos esquecer do legado deixado pela colonização quanto ao tema da marginalização e, também, dos resquícios ainda presentes da ditadura militar (golpe de 64) que se atualizam na violência exercida como instrumento oficial de repressão por parte do Estado sobre aqueles mesmos atores sociais produzidos e, paradoxalmente, excluídos do espaço social. Tampouco podemos ignorar a especificidade estrutural de cada país. Para falarmos da constituição do saber psiquiátrico, do atual modelo de saúde e de políticas públicas de saúde mental do Brasil faz-se necessário uma clareza em relação às semelhanças e diferenças estruturais e conjunturais entre Brasil e Europa, como ressalta Resende:

É apenas parcialmente verdadeira a afirmação (...) de que as circunstâncias que determinaram a emergência da loucura e da pessoa do louco à condição de problema social, justificando as proposições de criação de instituições para controlá-los e eventualmente tratá-los - foram semelhantes na Europa do século XVI e no Brasil dos primeiros anos do século XIX; (...) as peculiaridades da vida econômica e social do Brasil colônia introduziam algumas dissimilaridades quanto às causas que levaram àquelas circunstâncias. (Resende, 1997, p. 29)

Tanto no Brasil, quanto na Europa aqueles que não conseguiram ou não puderam se adaptar a uma nova ordem social passaram a representar uma ameaça à própria ordem (Resende, 1997). A revolução industrial na Europa, e, assim, a ascensão do

capitalismo como modelo econômico dominante, e a intensificação dos meios de produção exigiram que os indivíduos fossem adaptados ao novo modelo, favorecendo a constituição de uma subjetividade que sustentasse ideologicamente a condição política. Assim, a revolução industrial trouxe consigo “a necessidade de um ‘novo’ homem, e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles - entre os quais os loucos - e que, deixados à deriva, vieram abarrotar as cidades e perturbar-lhes a ordem...” (Resende, 1997, p. 29), como vimos brevemente no início desse capítulo.

Ora, no Brasil, por mais que o louco também apareça em um contexto de ameaça à paz social, não podemos associar a intolerância a ele (Resende, 1997) com as condições estabelecidas a partir da emergência do capitalismo mercantil, dado que a situação no Brasil colônia era de uma sociedade rural pré-capitalista, do tempo “jesuítico”, onde predominava as justificativas transcendentais para o racismo, para a alma selvagem e pecadora do índio e o negro como inferior. O que caracterizava a economia era o trabalho escravo, que determinou a polarização entre uma minoria de proprietários e uma maioria de escravos, surgindo, entre eles “... pretos ou mulatos forros, mestiços de todos os matizes e categorias que, não podendo ser proprietários e não mais sendo escravos, se vêm repelidos de qualquer situação estável, ou pelo preconceito ou pela inexistência de empregos disponíveis; até mesmo brancos puros se encontrarão na indigência” (Prado Junior apud Resende, 1997, p. 34).

Assim, o trabalho passa a ser estigmatizado e visto como atividade pejorativa. Dessa multidão de “sem trabalhos” e inadaptados há uma subcategoria, “... a mais degradada, incômoda e nociva é a dos desocupados permanentes, vagando de léu em léu (...), apresentando-se a ocasião, enveredam francamente pelo crime. É a casta numerosa dos ‘vadios’ (...) de tal forma caracterizada por sua ociosidade e turbulência, que se torna uma das preocupações constantes das autoridades e o leitmov de seus relatórios”. (Prado Junior apud Resende, 1997, p. 34).

Salientar as diferenças estruturais entre as sociedades é crucial para não simplesmente transpormos para a realidade brasileira a mesma compreensão acerca da constituição do saber psiquiátrico dos estudiosos europeus. Há, porém, a similaridade das circunstâncias sociais presentes em ambos os lugares:

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de ‘o grande enclausuramento’; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá, e que não foram poucas. (Resende, 1997, p. 35)

Daí que a grande internação, ou o grande enclausuramento da idade clássica a qual se refere Foucault não diz respeito especificamente a uma instituição “de quatro paredes” como o hospital ou os asilos, que surgiram na modernidade, mas sim às formas de repressão e coerção que visavam a exclusão dos indivíduos associais, ainda não vistos sob o prisma médico da doença/saúde mental, mas sob a ótica da razão social e moral que exigia a exclusão do louco do locus social. (Foucault,2009) Ora, o enclausuramento enquanto entidade repressora se torna evidente no Brasil e na Europa, ainda que em momentos distintos, porém a solução encontrada em ambos os territórios é uma: a exclusão, a retirada daqueles que escapam à ordem.

Estão dadas as mesmas condições sociais, para que, com o aval das ditas ciências positivas, a medicina se encarregasse desses loucos, “desviantes”, já que até então não havia uma nítida diferença entre os indivíduos associais e os loucos, e logo instituições destinadas ao “tratamento” da “loucura”. É interessante que, tanto no momento histórico anterior à constituição do saber psiquiátrico, quanto no discurso médico encabeçado por Pinel, a exclusão continua sendo a solução para o “problema”, embora no segundo caso se torne *modo* de tratamento.

Até então, na primeira metade do século XIX, não existia no Brasil nenhum tipo de assistência médica direcionada especificamente ao louco, que eram colocados em prisões ou internados nas Santa Casas da Misericórdia (Costa, 2007). O Hospício de Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro no ano de 1852, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e tinha como objetivo retirar do espaço urbano os loucos que perambulavam pelas ruas ou que se encontravam nas Casas da Misericórdia, embora a administração continuasse a cargo desta. Esse período é caracterizado por Amarante³³ (Amarante, 1995 apud Anaya, 2004) como a trajetória higienista da psiquiatria brasileira, que vai do século XIX até a II Guerra Mundial. Vemos, assim, que para além do estudo da “razão”, as práticas psiquiátricas brasileiras, como de praxe, afirmavam políticas de higienização e disciplinarização da sociedade, a partir da exclusão do louco e da prevenção social da loucura .

O hospital, que em pouco mais de um ano preencheu sua capacidade de lotação, localizava-se em um bairro afastado do Rio de Janeiro, “sob a alegação da necessidade de se proporcionar aos doentes calma, tranquilidade e espaço” (Resende, 1997, p. 37). O isolamento e a distância dos hospitais do contato social são características das instituições construídas nos demais estados brasileiros a partir do

³³ No livro *Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995), Amarante divide o movimento da Reforma Psiquiátrica do Brasil em trajetórias:

- 1- Trajetória Higienista (meados do séc. XIX até a II Guerra mundial)
- 2- Trajetória da Saúde Mental (pós-guerra até meados dos anos de 1970)
- 3- Trajetória Atual da Reforma Psiquiátrica (final dos anos de 1970)

contexto em que o louco simbolizava uma ameaça à ordem social. Nesse momento, na segunda metade do século XIX, devido às denúncias referentes a péssima qualidade das instalações e aos maus tratos dirigidos aos internados a Sociedade de Medicina clama por tratamentos adequadas a partir do referencial teórico e técnico europeu. Ora, conjuga-se aí a demanda social de abertura do hospital, a exclusão daquele que escapa à ordem e a indicação clínica com o intuito de curar esse "ser desviante", diminuindo-lhes o sofrimento. Resende (1997) afirma que além da alimentação, vestimenta e tratamento que fundamentam a tradição das instituições de caridade brasileiras, a função segregadora do hospital era predominante e aparecia sem nenhum tipo de disfarces:

(...)a constituição de sua clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como 'pobres'; mas, entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmos europeus e brasileiros de <raça pura>, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho. (Resende, 1997, p. 39)

A truculência dos profissionais, os maus tratos, a superlotação e a má infraestrutura não cessaram após os protestos da Sociedade de Medicina, evidenciando assim a característica peculiar da origem psiquiátrica brasileira, dado que o saber médico psiquiátrico surge depois das instituições destinadas ao abrigo dos loucos. Resende (1997) ressalta a ausência da nosologia psiquiátrica, que variava entre "alienados comuns", "perigosos", "criminosos" e "condenados". O poder administrativo, ainda sob às mãos da Santa Casa da Misericórdia, predominava sobre qualquer tipo de decisão, de modo que a classe médica através de suas denúncias visava a hegemonia e a exclusividade do saber referente a loucura, por mais que, de fato, as instituições, nesses primeiros quarenta anos após a inauguração do Pedro II, em 1852, não eram lugares voltados a cura, por não se justificar qualquer investimento curativo ao louco, já que a saúde simbolizava a ordem e a doença a desordem (Resende, 1997).

O capitalismo comercial e industrial brasileiro do século XIX/XX trouxe a demanda não só da exclusão, mas também do aproveitamento da força de trabalho desse "corpo" segregado socialmente, de modo que o trabalho lhes é apresentado como imposição terapêutica.

Como a prática psiquiátrica não existe num vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se empenhasse em devolver para a sociedade indivíduos tratados e curados, aptos para o

trabalho. O trabalho passou a ser visto ao mesmo tempo como meio e fim ao tratamento. (Resende, 1997, p. 47)

A justificativa médica passa a legitimar os processos exploratórios dos internos a serviço de uma demanda que aponta para outra estrutura social a partir da organização em torno do trabalho praticado de forma produtiva, que gere excedentes e lucro. Essa nova organização é desdobramento do próprio capitalismo europeu. Com a proclamação da república a administração do hospital ficou a cargo do Estado (governo federal) e passou a ser chamado Hospício Nacional de Alienados. A tomada do poder da classe médica não alterou a lógica segregacionista de lidar com a loucura, apenas encontrou legitimidade em teorias, ainda que decadentes, da Europa, como as que se detinham nas categorias de “degenerados” (Pinel). Em 1903, com a nomeação de Juliano Moreira, psiquiatra baiano, à direção do hospital, e Oswaldo Cruz na direção dos serviços de Saúde Pública no Rio de Janeiro, se aliam ambos setores afim de sanear a cidade e remover quaisquer focos de infecção que matavam a classe trabalhadora agora tão necessária à economia.

Com Juliano Moreira, a Psiquiatria ganha um novo ímpeto. Sob sua influência é promulgada, em 1903, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados. Em 1905 surgem, os “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins”, e, em 1907, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal. (Costa, 2007, p. 40)

Apesar da solidificação da psiquiatria enquanto especialidade médica autônoma a partir da pesquisa, da consolidação de mecanismos institucionais de formação e do reconhecimento jurídico, Juliano Moreira e seus discípulos não souberam delimitar o campo próprio da psiquiatria e, ainda presos ao viés conservador da época, se valiam do biologismo para explicar o funcionamento psíquico e social da sociedade (Costa, 2007). É nesse período que são inauguradas as colônias agrícolas, anexadas ao hospital devido a problemas de superlotação, cumpriam a função de isolamento do convívio social não só dos ditos alienados mas também dos indigentes, que ali recebiam um tratamento calcado nas atividades de trabalho (forçado) voltadas ao artesanato, agricultura e agropecuária

A qualidade das instalações das colônias foram denunciadas, mas ainda não aparecia algum questionamento acerca do modelo de tratamento, tampouco uma crítica referente a exclusão social do louco. Embora nesse período das primeiras décadas do século XX sob as influências de Pinel, fala-se dos benefícios terapêuticos a partir do trabalho, as reivindicações baseiam-se na idéia de que o doente mental poderia contribuir ao Estado com sua força de trabalho, poderia tornar-se *útil*, desde que continuasse dentro das colônias e do próprio Hospício.

No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florestamento. (Resende, 1997, p.47)

A maioria dos estados brasileiros incorporou as colônias agrícolas a seus serviços; alguns Estados, como São Paulo e Minas Gerais, tinham ainda a pretensão de “tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil” (Resende, 1997, p. 51), o que evidentemente não ocorreu e a população de internados não parou de crescer. Aos hospitais agrícolas restaram a já conhecida função de assistência ao louco a partir da exclusão. É nesse momento da psiquiatria brasileira que foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LGHM) que herdou desse período o biologismo como fundamento ideológico e não científico (Costa, 2007).

A LGHM foi fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Reidel no contexto de modificações políticas, econômicas e sociais da década de 20 com a urbanização e industrialização do país. A representação do *homem cordial*³⁴ que até então beneficiava os dirigentes da sociedade agrária precisava se adequar a nova realidade. Era preciso a criação de uma outra concepção do homem brasileiro capaz de responder às novas aspirações da elite burguesa que buscava o controle político da sociedade a partir do esvaziamento do poder das oligarquias do café (Costa, 2007). É esse novo homem que “transforma o liberalismo da democracia agrária em seu inimigo número um e, por conseguinte, torna-se um novo antiliberal”(Costa, 2007, p. 82). É importante ressaltar essa nova demanda porque vemos no interior do pensamento da LBHM a reprodução do antiliberalismo de forma generalizada em seus programas, assim como a influência do racismo, do moralismo e do xenofobismo como características desse novo homem que são igualmente reproduzidas.

Em relação ao antiliberalismo a Liga buscou redefinir o homem brasileiro a partir do estereótipo europeu, e para isso valeu-se dos programas de eugenia³⁵ utilizando a esterilização e a segregação como instrumentos terapêuticos. Por mais que conhecessem as teorias psicossociogenéticas e psicanalíticas a escolha de tais condutas que se valiam da força no tratamento da doença mental era embasada na concepção dos indivíduos como animais, legitimando seu sacrifício em prol da sociedade (Cunha, 2007). Daí surgiram, por exemplo, as campanhas antialcoólicas

³⁴ Expressão criada por Sérgio Buarque de Holanda para designar a representação da personalidade étnica brasileira até os anos 30.

³⁵ No dicionário Houaiss da língua portuguesa “eugenia é a teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseadas em leis genéticas” (2001).

visto que o alcoolismo representava uma constante na condição de vida da massa urbana devido às condições precárias a qual era submetida. Dessa forma “os psiquiatras tomaram-no como causa da desorganização moral e social da sociedade. (...) a desestruturação da sociedade brasileira tinha verdadeiramente uma origem alcoólica ” (Costa, 2007, p.91). Assim, objetivavam não qualquer tipo de prevenção ao problema e sim o de “regenerar a sociedade conforme um código moral particular” (p. 91). A pressão da Liga para que o Estado implementasse uma lei proibicionista similar à norte americana evidencia seu “apelo às medidas políticas para solucionar problemas psiquiátricos” (p. 92). Ora, vemos que as medidas policiais da década de 30 são constantemente atualizadas até hoje por programas municipais, estaduais e federais de nosso Estado.

Em sua tese de mestrado Costa nos oferece a recapitulação histórica do pensamento psiquiátrico que não se restringe somente às décadas de 20 e 30, evidenciando a estreita relação entre a produção científica e o contexto histórico: “temos que aprender, antes de mais nada, que toda Psiquiatria está inevitavelmente comprometida com o social, queiram ou não queiram os psiquiatras” (Costa, 2007, p. 28). Por isso a importância de caracterizar o papel da Liga para compreendermos a história da psiquiatria brasileira também enlaçada na trama novedosa que une as relações de saber com as relações de poder.

Na década de 40, a Colônia de Alienadas³⁶ é transformada no Centro Psiquiátrico Engenho de Dentro e para lá são transferidos os internos do Hospício dos Alienados. No lugar da colônia é construído um macro-hospital, o Centro Psiquiátrico Nacional, o herdeiro do antigo Hospício Nacional dos Alienados.

Na década de 50 após alguns anos do fim da Segunda Guerra, e agora na trajetória da Saúde Mental³⁷, a assistência médica que já era benefício consolidado entre os previdenciários desde a década de 30, passou a ter a psiquiatria como especialidade. É interessante ressaltar que o Estado entrou nas políticas sociais como saúde, alimentação e educação a partir da demanda trabalhista e da noção que tal investimento seria rentável à produção. Ainda assim, a assistência psiquiátrica continuava exercendo sua função segregacionista de forma truculenta e demonstrava lentidão tanto para se adaptar às mudanças da sociedade brasileira quanto para tomar como referência as transformações das práticas psiquiátricas que ocorriam na Europa e nos Estados Unidos, descritas anteriormente. A instituição pública exercia sua função de maneira tão transparente que a própria sociedade passou a questionar o funcionamento desse modelo expressando seu descontentamento nas marchinhas

³⁶ A colônia agrícola feminina foi criada em 1911, pouco depois das colônias masculinas.

³⁷ Ver nota de rodapé número 33 (divisão da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil).

de carnaval e em anedotas pejorativas referindo-se a certos hospitais (Resende, 1997).

A saúde mental passa a ser vista como um investimento necessário economicamente dado seu alto custo para o processo produtivo. Resende (1997) caracteriza como sintomático a recomendação da Organização Mundial da Saúde, em 1950, de que os países deveriam investir em saúde mental, já que transtornos psiconeuróticos representavam uma queda na produção industrial superior a de um simples resfriado. Ora, no Brasil a relação entre "rentabilidade econômica" e a assistência à classe trabalhadora sempre foi nítida. A concepção das políticas sociais como direito de todo cidadão só foi concretizada algumas décadas depois, no período de redemocratização e abertura política, na Constituição Federal de 1988.

Na década de 60, com a crescente ideologia privatista o governo militar contratou leitos em hospitais privados para os trabalhadores e seus dependentes dado as condições precárias dos hospitais públicos que ainda recebiam aqueles não vinculados a previdência. Rapidamente a rede privada apresentou um número exorbitante de internações, a taxa de neuróticos e alcoolistas era representativa nessas instituições, o que nos remete a uma categoria nosológica que carrega consigo uma problemática social ignorada. A tendência privatista do sistema previdenciário passou a ser conhecida como a indústria da loucura, criticada por representantes da área da saúde mental que reivindicavam por maior eficiência e condenavam o caráter cronificador dos hospitais (Resende, 1997).

Vemos, assim - impulsionadas pelas críticas decorrentes dos trabalhadores da saúde, e pelo aquecimento da economia no final da década de 60 - um interesse do Estado na saúde mental concretizando-se em propostas e ações, apesar de sua duração efêmera (Resende, 1997). Entre essas está a criação da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), que funcionou como instrumento de obtenção de recursos extra-orçamentários dirigidos à fins administrativos, como os convênios, a contratação de pessoal, a aquisição de materiais e equipamentos e autorizando a execução de serviços e obras.

A partir da década de 70 com a consolidação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) há uma prevalência da assistência médica em detrimento da saúde pública, já que o próprio trabalhador alimenta o sistema previdenciário com seu próprio salário. Assim, os hospitais da previdência ou os conveniados eram destinados a seus contribuintes trabalhadores, de modo que os hospitais do Ministério da Saúde (alguns tinham convênio com a Previdência) atendiam a população sem vínculo empregatício. Não houve recursos por parte da previdência que suportasse a alta demanda da classe trabalhadora, ambas instituições, da rede pública ou não, estavam

assim em decadência tanto pela má qualidade de tratamento quanto pela superlotação.

Um marco importante no âmbito da saúde foi a criação, em 1981, do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a participação do Ministério da Saúde, representantes de diversos órgãos públicos e de associações de trabalhadores. O Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, de 1982 (MPAS/MS,1982), foi um instrumento criado pelo CONASP e indica a crítica ao modelo asilar dentro de setores da psiquiatria do Brasil, embora ainda sem questionar o saber psiquiátrico em si:

A severa desigualdade na distribuição da renda, a acelerada expansão demográfica, a progressiva urbanização das populações, o afrouxamento dos vínculos familiares, a precariedade das habitações, a carência alimentar, as dificuldades de transporte e o desemprego são fatores de tensão e condicionadores da demanda crescente por assistência psiquiátrica. A pobreza em si e por si mesma, coloca essa população mais vulnerável aos distúrbios psíquicos e empresta a estes um caráter de maior gravidade.

(...) O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação de quadro nosológico gerado por condições tão adversas, pelo contrário, é agravador e perenizador da situação. (MPAS/MS, 1982, p.2)

Embora não apareçam propostas ou modelos substitutivos ao manicômio, o programa expressa uma leitura da desigualdade social e sua relação com a produção do sofrimento psíquico. Vemos, no final da década de 70 e início da década de 80, no período da redemocratização e abertura política, o discurso que questiona a patologização da pobreza e a lógica da exclusão. Nesse período, autores como Jurandir Freire Costa e Joel Birman pensam o Estado burocrático e a clínica do social, temas que serão trazidos no próximo capítulo para abordar as problematizações trazidas por esses discursos de luta contra as relações verticais calcadas nas mais diversas instituições e as implicações clínicas decorrentes desse questionamento.

Assim, desde a trajetória higienista da psiquiatria brasileira vemos que as políticas de saúde instituídas pelo Estado evidenciam as várias formas de exclusão - sustentadas por essa lógica - de diversos setores da sociedade, não só o louco, mas também o pobre, o preto, a criança, a mulher, enfim, as "minorias majoritárias". Ao retornarmos à história das políticas da loucura nos deparamos com a história de uma "marginalização sobre a loucura e sobre as práticas excludentes que o Estado

constituiu sobre o louco com o aval do poder psiquiátrico” (Luz, 1994 apud Anaya, 2004).

É no final dos anos 80 e no início da década de 90 que ganha força a luta antimanicomial a partir da Constituição de 88 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁸, fruto da pressão e da luta popular.

1.4 O período de desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica

Para adentrarmos no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil em sua trajetória de desinstitucionalização faz-se necessário compreender a mudança do clima político e social do país no fim da década de 80 assim como as novas tendências políticas da década de 90, como ressalta Capistrano Filho em sua fala no Fórum Nacional de 2000³⁹:

As coisas que surgem na Europa chegam aqui com atraso. Vínhamos de um processo de luta contra a Ditadura, um processo democrático de mudanças e de reformas. Esse empuxo e o suporte de uma série de outros movimentos permitiram que a Constituição de 1988 fosse muito avançada; é uma Constituição em aberta contradição com o predomínio que já ocorria na Europa das idéias neoliberais.

Assim, a reforma psiquiátrica nesse contexto é um braço da luta no âmbito da saúde como direito de todos e por isso a importância de ser compreendida a partir de sua articulação com o movimento sanitarista e a concretização do SUS legitimado pela Constituição de 88. A fala de Capistrano Filho aponta para as dificuldades do avanço tanto da reforma sanitária quanto da reforma psiquiátrica com a introdução de medidas da política e da ideologia neoliberais no país. Temos, portanto, uma reforma psiquiátrica brasileira localizada no bojo de um processo marcado pela luta em prol da saúde como direito e dever do Estado e pela constante resistência frente às medidas contrárias à universalidade e humanização da saúde. Assim, a Reforma Psiquiátrica ultrapassa a crítica ao modelo hospitalocêntrico por tratar-se de um processo político e social complexo.

Amarante (1999) ressalta a complexidade da luta antimanicomial ao destacar quatro campos fundamentais desse processo. São eles: o campo teórico-conceitual, o

³⁸ O SUS tem como princípios fundamentais a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. A descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social são princípios estratégicos para sua implementação. Ver mais em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf Acesso em 10 de maio de 2014.

³⁹ Fórum Nacional, 31/05/2000, Como Anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades.

campo técnico-assistencial, o campo da esfera jurídico-política e o campo socio-cultural.

O primeiro campo - teórico-conceitual - consiste na desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria e da psicologia, mais especificamente as concepções relacionadas às dualidades saúde-doença e normalidade-anormalidade. Tem operado, nesse campo, "a construção de noções e conceitos como *existência-sofrimento* do sujeito na sua relação com o corpo social, paradigma estético, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social" (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.32).

O segundo é o campo técnico-assistencial que, concomitante à reconstrução de novos conceitos, visa a "construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional" (Amarante, 1999, p.50). Já nesses dois campos nomeados pelo autor vemos a inter-relação entre eles, uma vez que a problematização advinda do campo teórico-assistencial é fundamental para a implementação de novos serviços sustentados por outros paradigmas referentes às noções de saúde e doença:

Na medida que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta etc. Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos. (Amarante, 1999, p. 50)

O terceiro campo se refere a esfera jurídico-política e a necessidade de revisão das legislações sanitária, civil e penal sobre os conceitos que se referem ao louco de maneira estigmatizada e que legitimam sua segregação do espaço social.

O quarto e último campo, denominado sociocultural, é uma consequência das ações advindas das demais campos além de práticas específicas que rompam com o imaginário social relacionado à loucura afim de aproximar a sociedade do conceito de *existência-sofrimento*, questionando, assim, a imagem da loucura associada a violência e a desrazão. Esse âmbito da Reforma é um ponto que merece cautela, já que as mudanças e conquistas do campo jurídico-político, por exemplo, só podem ser de fato efetivadas a partir de uma transformação do imaginário social quanto à loucura e quanto aos novos serviços, que deixaram de ser espaços de depósitos de loucos, mas sim espaços de circulação que visam a cidadania do sujeito.

A Reforma Psiquiátrica é esse processo complexo que envolve inúmeros fatores que se relacionam, e, para além de ter o objetivo do desmonte de manicômios, de

criação de serviços substitutivos e da humanização das relações entre os sujeitos, visa a construção de um outro lugar social para a loucura, para a diferença (Amarante, 1999). Sua complexidade vem do fato de que a sociedade deve se implicar e olhar para aquilo que ela produziu e rejeitou historicamente a partir da ética da cidadania, da solidariedade e da inclusão. O próprio termo “reforma” carrega em si limitações que dificultam a compreensão de profissionais da saúde e da população em geral, dado que historicamente foi associado a transformações conjunturais e superficiais, legitimando leituras desse processo como uma simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico e modernização de técnicas terapêuticas (Amarante, 2003). Ora, o termo *revolução*, como ressalta Amarante, seria mais adequado por expressar a real pretensão da Reforma Psiquiátrica: superação paradigmática e transformação radical do saber e da prática psiquiátrica.

A escolha da palavra *reforma* se deu a partir do termo também utilizado pelo movimento sanitário e com a mesma dimensão estratégia de viabilização política e social do projeto. Nesse sentido há um esforço na construção de uma concepção de *reforma* que “supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico” (Amarante, 2003, p. 48) e que parta da proposição de que “uma reforma não necessitaria ser algo meramente conservador. Pode-se avançar no sentido de uma *reforma estrutural*, com um expressivo núcleo de subversão às condições da relação saúde-Estado” (p. 47). Assim, pensarmos na Reforma como um processo social complexo a partir da articulação dos diferentes campos envolvidos, e na problematização acerca da escolha do termo nos ajuda a contextualizar e compreender a construção histórica desse conceito que ainda hoje resiste frente a lógica higienista fortemente presente em nossas políticas públicas. A clareza frente ao conceito de Reforma Psiquiátrica se faz importante para que possamos retomar sua direção política.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental de 1987 e de 1992, a consolidação do SUS em 1988 e a promulgação da Lei Orgânica de Saúde são marcos importantes para pensarmos a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil em seu período marcado pela desinstitucionalização. O conceito psicossocial passa a ser utilizado, na década de 80, “como um significante para designar novos dispositivos institucionais (...) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais o paradigma psiquiátrico” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.19). As experiências pioneiras de novos serviços no final da década de 80 impulsionaram o processo legislativo e a implementação das políticas públicas no âmbito da saúde mental. Esses novos serviços, abordados a seguir, fundamentaram-se no *modo psicossocial*, contrapondo-se ao *modo asilar* no qual se sustentavam(am) os

manicômios. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) apontam para a Psicanálise, para o Materialismo Histórico e para a Filosofia da Diferença como idéias psicológicas e sociológicas que permearam as experiências fundamentadas no novo paradigma *psicossocial*.

Os quatro campos (descritos anteriormente) que evidenciam a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo nos ajudam a visualizar a práxis da Atenção Psicossocial definida por seu caráter de mudança em relação ao paradigma asilar e psiquiátrico. Assim, suas práticas englobam medidas político-ideológica e teórico-técnicas. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) também se valem de outras quatro dimensão elaboradas por Costa-Rosa afim de se acercarem de uma descrição ainda mais precisa dos dispositivos da Atenção Psicossocial.

A primeira dimensão se refere à "*Concepção do processo saúde-doença e dos meios teóricos técnicos sustentados para lidar com esse processo*" (p. 36). Nesse âmbito a Atenção Psicossocial pressupõe:

- Determinação e consistência psíquica e sócio cultural dos problemas em contraposição a determinação orgânica.
- Clínica da escuta e da criação de si tomando o sujeito como sujeito em contraposição a clínica da observação que toma o sujeito como objeto e visa uma retomada da situação anterior à crise.
- Paradigma existência-sofrimento em contraposição ao paradigma doença-cura.
- Configuração transdisciplinar dos trabalhadores.

Como exigências para que essa dimensão se efetue na prática os autores apontam para a necessidade da abolição da medicalização como única forma de tratamento, e ressaltam a necessidade de uma clínica ampliada e transdisciplinar.

A segunda dimensão se refere à "*Concepção da organização das relações intrainstitucionais*" (p. 37). Como características da Atenção Psicossocial, os autores apontam para:

- Horizontalização das relações intrainstitucionais em contraposição à verticalização.
- Serviços de portas abertas em contraposição à interdição e clausura.
- Participação dos usuários dos serviços e de seus familiares em contraposição à exclusão de suas participações na gestão.

Como exigências para que se efetuem essas relações não mais verticalizadas os autores apontam para a transdisciplinariedade e para a necessidade de uma divisão integrada dos profissionais em contraposição a uma equipe dividida de forma fragmentada de acordo com o modo capitalista de produção, o que geraria uma equipe alienada de seu processo de trabalho. Amarante (2011) ressalta que especialmente na área da saúde o trabalhador não deve ser alienado de seu trabalho

seguindo apenas instrumentos técnicos ou sendo apenas um executor de tarefas, já que sua participação na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia política de confronto com poderes estabelecidos e suas formas de dominação e alienação e que na área da saúde o trabalhador não deve ser apartado de seu trabalho

A terceira dimensão se refere à "*Concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral*" (p. 38) As instituições fundamentadas na Atenção Psicossocial não devem ser espaços de clausura dentro de um determinado território, e sim um espaço poroso de modo a permeá-lo, afim de promover a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico. Como exigências dessa dimensão os autores apontam para:

- Interlocução entre loucos e sãos.
- Atenção territorializada e integral em contraposição à atenção estratificada.

A quarta dimensão diz respeito à "*Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos*" (p.40). Nesse quesito a Atenção Psicossocial pressupõe um reposicionamento do sujeito em contraposição à supressão do sintoma, de modo a recuperar os direitos de cidadania do usuário e implicá-lo ativa e subjetivamente como meio de proporcionar uma apropriação de seu desejo enquanto sujeito. Assim, exige-se um projeto terapêutico na direção da singularização, em contraposição a uma simples adaptação à ordem social.

É sob esse prisma da Atenção Psicossocial que se configuram novos serviços e práticas institucionais que substituem o manicômio, legitimando os parâmetros norteadores da Reforma defendida por um movimento social composto por organizações de profissionais, técnicos, gestores, familiares e usuários. A implementação dos Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são experiências pioneiras de práticas institucionais que foram posteriormente legitimadas por portarias federais do Ministério da Saúde.

A primeira experiência de caráter psicossocial foi o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987 na cidade de São Paulo. O serviço foi caracterizado por seu caráter intermediário entre o hospital e a comunidade, sendo considerado como lugar de passagem⁴⁰ dentro de um sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações de saúde. Inicialmente funcionava oito horas por dia durante a semana e como dispositivo da Atenção Psicossocial uma de suas finalidades é a de "viabilizar uma atividade clínica centrada na vida cotidiana da instituição na qual o usuário deve ser considerado em uma rede de relações"(Luzio, 2011, p. 157); nesse sentido, o CAPS é

⁴⁰ O CAPS é considerado um lugar de passagem uma vez que o usuário ao adquirir uma condição clínica estável pode continuar o tratamento em serviço ambulatorial.

inovador por propor um atendimento personalizado materializado em projetos terapêuticos a partir de um enfoque multidisciplinar.

O NAPS de Santos é outra experiência de referência no âmbito da desinstitucionalização, foi fundado em 1989 após o desmonte da Casa Anchieta, antigo manicômio particular vinculado ao INAMPS. O projeto teve como ponto de partida a negação da instituição manicomial concretizada a partir da construção de uma política de saúde que visava a transformação no interior da estrutura asilar com criação de novas estruturas substitutivas ao antigo modelo baseado na internação.

Partindo dessa perspectiva, o objetivo do programa de saúde mental de Santos se revelou além de uma decisão puramente política ou de uma simples renovação técnico-assistencial, tendo como ponto-chave a superação da lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde e trazendo como diretriz a interferência não somente na concepção da loucura, mas no circuito que faz sua exclusão. Portanto, a base do trabalho de Santos se dá no território (...) (Anaya, 2004, p. 76)

Aparece, nesse contexto, o trabalho valendo-se do território como lugar potente para a produção de uma nova forma de lidar com a loucura. Os NAPS que se estabeleceram em Santos não eram organizados de acordo com o sistema de hierarquização de serviços e funcionavam 24 horas todos os dias da semana, diferente do CAPS, que inicialmente funcionava 8 horas por dias e se enquadrava dentro de um sistema hierarquizado. Nas duas propostas há uma forte influência da experiência italiana de Trieste, já que ambas têm como base a desinstitucionalização, que não deve ser reduzida à deshospitalização, por referir-se ao processo de criar um novo lugar social para a loucura. Norteados pelo prisma da Atenção Psicossocial, vemos que a intervenção de Santos e a experiência de construção do CAPS, ainda que de forma embrionária, apontam para um novo ordenamento institucional para o cuidado de sujeitos com sofrimento psíquico e para a necessidade de uma rede de atenção estruturada em serviços abertos e ações territoriais (Luzio, 2011).

Ora, depois de experiências que evidenciaram a possibilidade e viabilidade da reforma psiquiátrica o projeto de lei (PL) 3957/89 é elaborado pelo deputado federal Paulo Delgado, delimitando a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços não mais fundamentados pelo paradigma asilar e psiquiátrico. Somente doze anos depois de tramitação no Congresso Nacional o PL é aprovado com a lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (Brasil, 2001)

Na década de 90 vários estados brasileiros aprovam leis que determinam a substituição progressiva dos manicômios por uma rede de atenção à saúde mental,

oficializando e viabilizando a construção de novos serviços fundados nas experiências dos NAPS e CAPS. É nesse período que o Ministério da Saúde passa a se alinhar às diretrizes da Reforma Psiquiátrica de forma mais definida a partir do compromisso do país firmado com a Declaração de Caracas⁴¹ e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental⁴² (Brasil, 2005). Yasui apud Anaya (2004) ressalta que as Portarias instituídas nesse contexto incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais nomeadas por NAPS ou CAPS, consideradas unidades de vanguarda, porém, não havia uma discriminação entre as duas experiências. Especificamente a Portaria 224/1992 “estabelecia diretrizes e normas para a assistência em Saúde Mental no SUS e instituía e regulamentava os CAPS/NAPS (Yasui, ANO, p. 153). Amarante & Torres apud Anaya (2004) apontam para o perigo dessa homogeneização por considerar a natureza intermediária do CAPS e a natureza de ordem substitutiva do NAPS como sinônimos. Em 2002, na Portaria 336, a expressão NAPS desaparece e sua principal função como dispositivo substitutivo ao manicômio é garantida pela nova modalidade, o CAPS III⁴³.

Assim, as portarias da década de 90 e 2000 legitimaram a criação dos chamados “novos serviços”. Amarante & Torres, citados por Anaya (2004) ressaltam que o uso do termo “novo” deve ser posto em questionamento para que não perca

⁴¹ A declaração de Caracas(1990) marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Ver em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107. Acesso em 1 de novembro de 2013.

⁴² A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, é resultado de longo processo democrático, e teve alguns eventos marcantes para sua efetivação. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, inegavelmente um marco histórico na luta pela construção do Sistema Único de Saúde. Em 1987, no Rio de Janeiro, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório foi referendado nos pontos que não contradizem as decisões desta Conferência. No final de 1987, em Bauru, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental propôs a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica. Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas, a qual transformou-se, hoje, em referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve no país. Em agosto de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais. (Brasil, 1994). Ver em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf, acessado em 1 de novembro de 2013.

⁴³ Hoje existem cinco tipos diferentes de CAPS:

-CAPS I - são serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

-CAPS II - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.

-CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.

-CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.

-CAPSAD - são serviços para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outros drogas.

Ver em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1, acessado em 1 de novembro de 2013.

seu caráter de substitutivo em relação aos serviços do paradigma asilar. A compreensão histórica a cerca dos princípios da Reforma é crucial nesse contexto para que os novos serviços não se tornem atualizações dos antigos manicômios, visto que a lógica manicomial a ser rompida extrapola a estrutura do hospital psiquiátrico em si.

“(...) serem denominados “novos” não garante que os serviços de saúde mental criados sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção no trato com a loucura ou que sejam substitutivos do modelo manicomial”. (AMARANTE & TORRE, 2001, p.32 apud Anaya, 2004 p.83)

Hoje, apesar da clareza de que não existe Reforma Psiquiátrica fora das políticas públicas de saúde vemos uma fragmentação da direção política do SUS pela forte pressão da ideologia liberal hegemônica em nosso Estado. Tanto a Reforma Sanitária quanto a construção da Atenção Psicossocial constituíram-se em um processo de resistência às práticas tayloristas⁴⁴ de trabalho e à ideologia liberal predominantes na saúde, e por isso a necessidade de investir na articulação da rede de saúde mental, assim como na articulação da atenção primária com a saúde mental para atualizar constantemente a luta pela garantia dos direitos assegurados na Constituição de 88. A fim de fortalecer essa articulação Pedro Delgado ⁴⁵ aponta para importância de investirmos na formulação da *clínica do território*.

⁴⁴ As práticas tayloristas de trabalho primam pela divisão das tarefas gerando, assim, a alienação do próprio trabalhador em relação ao que produz. No caso do trabalho na área da saúde, as práticas tayloristas se atualizam na constante divisão de tarefas, de modo que os profissionais lidem com o mesmo sujeito de forma fragmentada.

⁴⁵ Em aula aberta proferida no Instituto Sedes Sapientiae no dia 24.10.2013 sobre os “Caminhos e percalços da reforma psiquiátrica na atualidade”.

Capítulo 2: A desinstitucionalização da clínica

O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los.
Michel Foucault⁴⁶

2.1 O nascimento da clínica

No capítulo anterior foi realizada uma retomada histórica da constituição do paradigma psiquiátrico até chegar à consolidação do SUS como fruto da Reforma Sanitária, fortalecendo, assim, a Reforma Psiquiátrica como crítica ao paradigma asilar entendido como forma de controle e exclusão social. É nesse contexto de resistência às práticas disciplinares representadas pelo manicômio que o SUS estruturou uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a partir do novo paradigma da atenção psicossocial. A desinstitucionalização da loucura como processo complexo, por extrapolar o âmbito da saúde, trouxe também a necessidade de desconstrução do modelo de clínica da tradição médica. O movimento de questionamento e transformação das práticas clínicas tradicionais não deve, porém, ser por nós restringido a saúde mental, dado sua presença no discurso sanitarista. Onocko Campos (2001) ressalta que na tradição da área sanitarista discussões e reflexões sobre a clínica têm se esvaziado, como se a clínica em si fosse “oposta e estruturalmente contraposta à prevenção e à promoção de saúde” (Onocko Campos, 2001, p.100).

Na área da saúde mental há o mesmo movimento de negação da clínica embasado por uma má interpretação dos princípios da atenção psicossocial, como se esse novo paradigma, ao dar ênfase ao sujeito por colocar a doença entre parênteses propusesse a abolição da doença e da clínica (Onocko Campos, 2001). Onocko Campos (2001) a partir de sua experiência como supervisora institucional de serviços de saúde mental relata que

“a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, ocultada por de trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura (...) e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico”. (Onocko Campos, 2001, p.102)

⁴⁶ Foucault, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

Assim, o esvaziamento de reflexões sobre a clínica aponta para uma concepção cristalizada de clínica tal qual imagina a medicina, como sendo única e totalizadora (Campos, 1996), o que atravança o processo de reformulação da própria clínica. Ora, é exatamente essa concepção que se restringe à relação unívoca entre médico-paciente que os dispositivos do SUS visam romper, até porque a clínica não se restringe às práticas médicas, dado a característica da multidisciplinariedade das equipes de saúde. Se vemos uma certa negligência em relação a clínica ainda que pautada por uma crítica ético-política como empecilho para a reformulação da clínica, há também barreiras ainda mais graves para esse processo, como a forte presença da ideologia organicista que “em nome da doença e da clínica⁴⁷ (..) continuam a sustentar teses bizarras, como a da origem puramente genética, o tratamento condutista que repete o asilo fora dele, a continuidade das camisas de força e, lamentavelmente, até do eletrochoque” (Campos, 2001, p.103).

Anterior à problematização da clínica tradicional e ao conceito de clínica ampliada⁴⁸ forjado no interior do movimento sanitarista e da luta antimanicomial, Foucault (2011) já havia apontado para o nascimento da clínica como o início do discurso sobre a doença e a fragmentação do homem a partir de uma base biologicista. É a partir do acesso ao discurso sobre uma clínica que fragmenta o corpo fundamentando a noção de patologia que será possível a transformação da própria clínica.

A criação da possibilidade da experiência clínica se deu a partir do olhar empírico da medicina nos últimos anos do século XVIII que enquadrou o corpo humano dentro de uma estrutura científica, já que “o princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente não data do final do século XVIII. Muitas, senão todas as revoluções da medicina, foram feitas em nome dessa experiência colocada como fonte primeira e como norma constante” (Foucault, 2011, p. 57). Isto é, suas teorias e sistemas mudaram e se transformaram, ao passo que o “leito” como fonte primeira do conhecimento médico permaneceu intocado. A fragilidade no campo médico está exatamente nessa constante mutação da teoria, e é na clínica como “acumulação positiva” que está a possibilidade de fortalecimento desse frágil saber que é a medicina.

⁴⁷ A autora se refere a clínica tradicional.

⁴⁸ Uma clínica não mais norteadas pelas dicotomias normal-anormal, saúde-doença. O conceito será aprofundado mais adiante.

Ora, então o que fez a medicina foi, desde o século XVIII, colocar a experiência “clínica” como constante dentro de sua história, de modo que a própria medicina não desaparecesse a cada reformulação teórica: “No invariante da clínica, a medicina teria ligado a verdade e o tempo” (Foucault, 2011, p. 58). Se a medicina encontrou sua possibilidade de origem na clínica, nos questionamos, então, sobre a origem da clínica, anterior a medicina como campo do saber. Foucault (2011) discorre sobre a clínica como uma “relação universal da humanidade consigo mesma” (p. 58) ainda não mediada pelo saber, ou seja, o sofrimento e a maneira de aliviá-lo eram passados de geração em geração de maneira imediata pela própria palavra. O trabalho da medicina foi o de codificar essa clínica universal dentro da estrutura do saber, ainda que esotérico e livresco (Foucault 2011): campo propício para o médico, guiado por teorias especulativas, assegurar uma verdade sobre o humano.

“De fato, tal maneira de reescrever a história evitava uma história muito mais complexa. Mascarava-a, reduzindo o método clínico a qualquer estudo de caso, conforme o velho uso da palavra; e autorizava assim todas as simplificações ulteriores que deveriam fazer da clínica e que fazem dela ainda em nossos dias um puro e simples exame do indivíduo.” (Foucault, 2011, p. 60)

Assim, é no século XVIII que inúmeras instituições passam a organizar a experiência clínica também como método e tipo de ensino, diferenciando de uma prática espontânea dos indivíduos. Nesse contexto, a clínica ainda não é especializada, como no século XIX, mas sim a possibilidade de um discurso sobre o doença: “Antes de ser um encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, e para poder sê-lo, *a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado.*” (Foucault, 2011, p.63) E, o exame clínico não é o caminho de descobrir aquilo que não se sabe, mas sim a maneira de apresentar uma verdade supostamente já adquirida: “Nada mais do que aquilo que permite pronunciar o nome da doença” (Foucault, 2011, p. 65). Ou seja, o olhar clínico perante o corpo que sofre só adquire valor enquanto *verdade* a partir da nomeação da doença. Por isso que não é o *olhar* clínico que detém o poder de análise sobre o corpo, e sim “a verdade de um saber discursivo”(p.65), e assim, justifica-se a clínica como método pedagógico nas universidades.

“De maneira alguma a clínica *descobrirá* pelo olhar; duplicará apenas a arte de *demonstrar, mostrando*. Foi assim que Desault compreendeu as lições de clínica cirúrgica que ministrava a partir de 1781 no Hôtel-Dieu: “Sob os olhares de seus auditores, ele fazia trazer os doentes mais gravemente afetados, classificava sua doença, analisava suas características, traçava a

conduta a seguir, praticava as operações necessárias, explicava seus procedimentos e seus motivos, informava diariamente as mudanças ocorridas e apresentava, em seguida, o estado das partes depois da cura...ou demonstrava, sob o corpo privada de vida, as alterações que tornaram a arte inútil⁴⁹” (Foucault, 2011, p.66)

No entanto, a instituição clínica que se consolidou no século XVIII estava tão fortemente edificada sob as égides do saber médico vinculado ao *ver e ao dizer* que não representava força necessária para transformar a *verdade*, de propor outras formas de olhar o corpo humano, ela tem, nesse contexto, uma função organizadora desse discurso. É no século XIX, com a transformação da estrutura social, econômica e política na Europa a partir da Revolução Industrial que acontece uma reestruturação da clínica. A consolidação de uma nova ordem econômica com o surgimento de duas classes sociais, o proletariado e a burguesia, a crescente migração e a precariedade da condição de vida da classe trabalhadora colocam a medicina clássica em xeque. Com os ideais positivistas em voga o saber médico deve se configurar de outra maneira que vai além de apenas *dizer um saber* (Foucault, 2011): “...ainda será preciso que seja armada de novos poderes, separada da linguagem a partir de que era proferida como lição e libertada por um movimento de descoberta”. (Foucault, 2011, p.67)

A clínica, até então marginalizada em relação à teoria passa a “fazer corpo com a totalidade da experiência médica” (Foucault, 2011, p. 67), momento crucial para a consolidação da medicina como corpo científico coerente. A medicina do século XVIII, então, se torna insuficiente para responder às demandas da nova configuração que se estabeleceu no século XIX. Se antes o hospital era o lugar de hospitalizar “doentes pobres”, agora essa hospitalização se dificulta, assim como os médicos passam a ser denunciados como charlatões e questionados quanto às suas práticas e formação.

“Por toda parte pedem-se instâncias de controle e uma nova legislação: “Quantos ignorantes assassinos não inundariam a França, se autorizassem os médicos, os cirurgiões e os farmacêuticos de segunda e terceira classes ... a praticar suas profissões respectivas sem um novo exame; ... é sobretudo nessa sociedade homicida que sempre se encontram os charlatões mais acreditados, mais perigosos, aqueles que a lei deve mais particularmente vigiar”.⁵⁰ (Foucault, 2011, p. 71)

A medicina, pressionada pelo surgimento de novas entidades de controle, pelas reivindicações sociais e pela demanda de formar médicos para o Exército, encontra na

⁴⁹ M.-A. Petit, Eloge de Desault, in Médecine du coeur, p. 108. A referência está em nota de rodapé na página 66 do livro “O Nascimento da Clínica” (2011).

⁵⁰ Opinion de Porcher ou Conseil des Anciens, sessão de 16 de vendemiário, ano VI, p.14-15. A referência está em nota de rodapé na página 71 do livro “O Nascimento da Clínica” (2011).

clínica elaborada ao longo do século XVIII a possibilidade de uma nova organização institucional. A clínica que nasce no século XIX passa a sustentar-se nas bases do positivismo, e por isso Foucault refere-se a uma nova disposição dos objetos de saber nesse contexto: o olhar clínico amplia sua função de simples constatação da verdade para a *descoberta*. O que faz a medicina é reestruturar-se na clínica, concebendo-a como forma de ensino, mas também como meio de universalizar o saber particular que fora adquirido no leito do doente. “Nesse primeiro momento, a medicina só se define como clínica ao se definir como saber múltiplo da natureza e conhecimento do homem em sociedade”. (Foucault, 2011, p. 78) Aí nos deparamos com a carência da formação médica, também insuficiente para sustentar essa ampliação da função da clínica, sendo necessário uma normalização e institucionalização do ensino da medicina. Mais uma vez, a clínica é tomada como solução para a medicina, “aqui, mais claramente ainda do que antes, a clínica aparece como a solução concreta do problema da formação dos médicos e da definição da competência médica” (Foucault, 2011, p.82).

É nesse mesmo contexto do século XIX que a miséria é generalizada nas grandes cidades e o movimento popular torna-se cada vez mais forte:

“...desconfia-se do uso político que poderia ser feito dos socorros distribuídos, para deixar repousar sobre eles todo o sistema de assistência. É preciso encontrar, para a manutenção dos hospitais, como também para o privilégio da medicina, uma estrutura compatível com os princípios do liberalismo e a necessidade de proteção social, entendida de modo ambíguo como a proteção da pobreza pela riqueza e a proteção dos ricos contra os pobres”. (Foucault, 2011, p.90)

Os hospitais devem também se adequar a esse novo contexto, não sendo mais o espaço meramente de assistência, pois o pobre passa a ser analisado pela moral do médico aqui legitimado por um discurso científico. Esse deslocamento do discurso revela uma patologização da condição social a partir de um contrato que se estabelece entre rico e pobre e que se concretiza no espaço do hospital. “O homem que sofre não deixa de ser cidadão... A história dos sofrimentos a que ele está reduzido é necessária a seus semelhantes porque lhes ensina quais os males que os ameaçam” (Foucault, 2011, p. 92). E, assim, a utilidade social do hospital: a partir de uma clínica focada nas patologias, se estrutura um novo conhecimento singular do indivíduo doente.

2.2 A desinstitucionalização da clínica

A clínica forjada no século XIX estrutura-se a partir da experiência do “olhar descobridor” perante o corpo anátomo-clínico (Foucault, 2001), isto é, de um corpo fragmentado e representado como espaço de manifestação da doença, deixando para trás o legado da clínica do século XVIII que se valia da observação para comprovar um suposto saber. Articulada com a nova utilidade social do hospital e da patologização da pobreza, evidencia-se o papel da medicina e da própria clínica - agora ordenadas de acordo com a ciência positivista - enquanto dispositivos de disciplinarização do próprio corpo.

A clínica do século XIX fundada a partir do olhar para o corpo fragmentado foi denominada por Campos (1996/1997) como *clínica oficial*, ainda hoje praticada por muitos profissionais da saúde. Tal clínica tem como objeto de estudo e intervenção a enfermidade do sujeito, revelando “um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas, o que acarretaria em saberes e práticas marcados pelo mecanicismo e pela unilateralidade de abordagem” (Campos, 1996/97, p.8). Segundo o autor, esse objeto é reduzido da *clínica oficial* que autorizou o surgimento das diversas especialidades da clínica, já no século XX, fragmentando também o trabalho na área da saúde; e, a intervenção da *clínica oficial* tem como único fim a cura, aqui reduzida a eliminação dos sintomas e não a promoção ou prevenção de saúde. Campos (1996/97) ainda ressalta que essa clínica marcada pela fragmentação do corpo trabalha com a abstração da doença, perdendo “a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso (...) Em nome dessa abstração autorizam-se intervenções descabidas, intervenções que desconhecem a variabilidade possível do singular” (p. 10). É nesse sentido que se faz necessário a contextualização da clínica e seus desdobramentos para avançarmos na compreensão de seu processo de desinstitucionalização.

A própria expressão “clínica” vem do grego *klinus ou klinikós* que significa leito, e remete ao ato de inclinar-se no leito do doente. Amarante (2003) ressalta que esse “inclinar-se” perante o leito só se deu a partir da doença enquanto fenômeno institucionalizado e, assim, do sequestro social dos indivíduos. Daí que a clínica nos moldes da ciência positivista se funda a partir dessa relação com a doença que deve ser transformada pelo próprio efeito da institucionalização. O *inclinar-se* também pode, segundo o autor, ser entendido como o ato “de produzir inclinações, mudanças de rota e direção” (Amarante, 2003, p. 58). Assim, se de um lado esse “inclinar-se” se deu a partir da institucionalização do sujeito e da doença, também podemos pensar nas possíveis mudanças de rota e direção da própria clínica.

Amarante (2003), assim como Foucault (1980), aponta para a *olhar perante a doença* como característica marcante da dimensão originária da clínica anátomo-clínica, justificando assim

(...)que no cenário da reforma psiquiátrica, se a doença é questionada, é colocada entre parênteses, a clínica também deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência... a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado (...) e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento - e Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar a tais projetos. (Amarante, 2003, p. 59)

Nesse contexto, justifica-se analisar as formas instituídas da clínica e seu processo de desinstitucionalização a partir da reforma psiquiátrica, já que esse movimento escancara a necessidade de uma outra clínica - não mais a *oficial* - que responda às demandas do paradigma da atenção psicossocial (ver capítulo 1) e do cuidado, ainda que a discussão aqui proposta não se restrinja apenas à clínica praticada em manicômios e nos serviços alternativos criados no bojo da reforma psiquiátrica, já que a reconstrução da clínica atravessa outros saberes, e não exclusivamente o da saúde mental. Foucault (2011), em *O nascimento da clínica*, como vimos na primeira parte desse capítulo, já havia evidenciado as debilidades da clínica enquanto teoria e prática ao articular os discursos que sustentam a prática da *clínica oficial* que, se somados às demandas surgidas no processo da reforma psiquiátrica, evidenciam a necessidade de superação do discurso positivista e higienista hegemônico no qual a clínica se sustenta(ou).

Vale ainda ressaltar, sobre o trecho citado por Amarante, que a reconstrução da clínica diz respeito a uma discussão que *deve, irrevogavelmente*, ser atravessada pela ética, e por isso não se restringe a uma única abordagem teórica, já que tal redução seria uma atualização da fragmentação proposta pela medicina naturalista. A construção de uma nova clínica deve, assim, ser multi e transdisciplinar, desde que baseada nos princípios dos direitos humanos e da cidadania e que tenha por objetivo a superação do sofrimento e, assim, das situações de opressão. Por isso a complexidade de pensarmos e fazermos clínica, por ela não se restringir à área da saúde e de questões exclusivas do sujeito, já que o sujeito é atravessado e produzido no espaço social, e assim a afirmação de Amarante (2003) que "parece estranho dizer que a clínica não deveria ficar restrita à dimensão clínica. Por isso fala-se em clínica

ampliada, em clínica antimanicomial (Labosque, 1997), ou em uma articulação de um eixo político com um eixo clínico (Soalheiro, 1997)” (Amarante, 2003, p. 60).

Ainda sobre a citação de Amarante: “Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento - e Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar a tais projetos.” (Amarante, 2003, p. 59). Uma vez que tentamos trilhar os caminhos da clínica a partir da medicina e da psiquiatria para compreendermos seus desdobramentos atuais, é importante citar o papel da psicanálise para a superação e transformação da clínica anátomo-clínica no século XX, ainda que a clínica psicanalítica também possa atuar como um dispositivo de repetição das práticas de controle perante o corpo.

A psicanálise do século XX, a partir das contribuições de seu fundador, Sigmund Freud, marcou uma ruptura da clínica do olhar para a clínica da escuta, daí sua importância como método e teoria que questionam o saber do médico e, assim, a clínica até então hegemônica. O papel da psicanálise é importante no processo de reformulação da clínica por partir de um deslocamento do saber do médico para o paciente, ainda que esse saber seja inconsciente, como afirmam Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto (2007). Assim, no século XX vemos a clínica avançar por diferentes caminhos, por mais que Freud tenha forte vínculo com a ciência positivista, ora criticando-a ora tentando aproximar seu método à medicina. As autoras Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto (2007) apontam para os avanços introduzidos por Freud na clínica psicológica, como “a mudança do paradigma da observação para o da escuta, a importância da resistência e, em última instância, a perspectiva de tratar o cliente como um sujeito de sua história de adoecimento, e não como mero objeto.” (p.613)

Ora, se a psicanálise em seu início contribuiu fortemente para a noção do paciente enquanto sujeito e não como objeto patológico a ser tratado ela também contribuiu com a idéia que a clínica só poderia ocorrer dentro do protegido setting terapêutico do analista:

a clínica psicanalítica freudiana introduz a questão do segredo como força motriz do processo terapêutico; assim, essa clínica se enquadra em moldes individualistas. O paradigma da psicoterapia como espaço do segredo fortalece o imaginário de que a clínica mais efetiva para tratar os sofrimentos psíquicos seja a clínica individual. (Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto, 2007, p.613)

No entanto, o momento histórico no qual a psicanálise surgiu não deve ser desconsiderado, pois é na modernidade, com a valorização do sujeito e do individualismo, que ela ganha espaço como ciência. Vale ainda dizer que a clínica, agora no século XX não mais restrita à medicina e à psiquiatria, como também à psicologia e demais áreas do conhecimento, teve seu surgimento diretamente atrelado

aos interesses da classe dominante, a burguesia. Daí encontramos teorias científicas das mais diversas áreas que “escondem” (ou escancaram) em seus postulados, ideias fascistas e higienistas, como a patologização da pobreza que encontramos desde o nascimento dos hospitais até os dias de hoje. Porém Freud, já em 1919 se indagava quanto aos “Caminhos da terapia psicanalítica”. Reconhece que, além de “tornar consciente o reprimido e pôr a descoberto as resistências” (Freud, 1919, p. 285) o sujeito se depara com uma série de circunstâncias externas que podem dificultar o tratamento. Nos coloca, assim, um questionamento acerca do papel do analista para além do restrito setting terapêutico. Ainda nesse texto, Freud ressalta o pequeno alcance terapêutico de sua prática, restrita e exclusiva a uma determinada classe social. Sustenta, então, a necessidade de, no futuro, pensarmos em formas de expandir essa prática para as classes populares, “que tanto sofrem de neuroses”. Supõe que o Estado há de reconhecer a urgência de dita intervenção: “Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições... É possível que só consigamos realizar algo se pudermos juntar auxílio psíquico e apoio material...” (Freud, 1919, p. 292) Ao final do texto defende que “como quer que se configure essa psicoterapia para o povo (...) suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa”(p. 292).

Freud ressalta um aspecto importante: a necessidade de democratização da psicanálise. Ainda, apesar das contradições presentes na obra de Freud, devemos considerar em sua radicalidade um aspecto fundamental de sua obra para refletir sobre a desinstitucionalização da clínica: a importância dada ao sujeito que sofre enquanto ativo e responsável por si - nos aproximando assim de uma clínica embasada na ética da cidadania em contraposição a uma clínica que exclui o doente de seu “processo de cura” ou mesmo do convívio social.

A partir da década de 70 vemos, no Brasil e no mundo, autores de diversas áreas das ciências humanas engajados com o compromisso social. É nessa corrente que surge o termo “clínica do social”, como uma tentativa de imbricar a clínica à sua dimensão política, dado que historicamente ela havia sido feita desengajada das questões sociais (Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto, 2007).

Em 1984, com a abertura política, inicia-se o questionamento da neutralidade da clínica, através da ampliação do conceito de política e da constatação da força dos movimentos sociais. Essas alterações confrontam a idéia dominante na prática clínica, até então definida como atividade liberal e privada, que se desenvolvia junto às classes médias e altas. (Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto, 2007, p.618)

Se a psicanálise rompe com a clínica do olhar é, em seu surgimento, atrelada a uma visão liberal de homem, que vemos, no final do século XX, o surgimento de uma clínica que tenta romper com o individualismo e com a despolítica da clínica, forjando uma leitura da psicanálise que demonstre a impossibilidade de pensarmos o sintoma alienado do social:

Não existe uma psicanálise do individual e outra "aplicada" ao sintoma social. Pois o sintoma é sempre social. Nesta afirmação, aliás, nenhum sociologismo: pois o que chamamos de individual, a singularidade, é sempre o efeito de uma rede discursiva, que é a rede mesma do coletivo.(Aragão, Calligaris, Costa e Souza, 1991, p.12)

No texto "A clínica como prática política" (2004), Gondar também resgata o eixo político intrínseco ao fazer clínico. A autora reconhece que muitos psicanalistas tendem a "reduzir o social ao Édipo ou engordar o Édipo fazendo-o abranger o campo social" (p. 125), e que tal atitude é semelhante àqueles que separam o sofrimento coletivo do individual, ou o espaço clínico do sócio político. A autora defende, assim, a não separação entre desejo e política: "Trata-se sempre de uma mesma economia, na qual o desejo é político e toda revolta é desejante." (Gondar, 2004, p.125). Assim, Gondar identifica dois vetores que fazem da clínica psicanalítica uma prática política. O primeiro vetor seria seu *compromisso com o desejo* e o segundo vetor seria seu *objetivo de mudança por ser orientada pelo desejo*.

O primeiro vetor diz respeito ao eixo da psicanálise, que, segundo a autora, não são o Édipo ou o significante, mas sim o desejo:

Não é algo que esteja pronto, aguardando a descoberta, mas um Rubicão a ser atravessado, um espaço social e político a conquistar. Nesse sentido, as questões com as quais a clínica psicanalítica se defronta são inevitavelmente políticas, mesmo quando surgem no seio de uma família, numa escola ou numa relação amorosa: trata-se sempre do quanto e do como o desejo pode se produzir e se expressar diante das injunções de assujeitamento. (Gondar, 2004, p.126)

O segundo vetor está ligado ao primeiro, já que ao potencializar a emergência do desejo ali onde ele se encontra enclausurado a clínica visa a transformação da condição dos homens, em contraposição às práticas de assujeitamento e opressão. Aí, nos encontramos em uma "encruzilhada política e micropolítica fundamental", diz Guattari (1986) citado por Gondar (2004, p.128). Isso porque a dimensão política da clínica não garante que ela produza uma mudança no sentido de uma singularização

livre da lógica capitalística⁵¹, já que ela pode também representar uma reprodução dos modelos de assujeitamento. Se a clínica opera produzindo novas possibilidades, para o sujeito, que fujam dessa lógica, aí sim sua mudança representaria uma resistência frente aos modos de vida que nos são impostos.

Quanto a isso as autoras Moreira, Romagnoli e Oliveira Neto (2007) afirmam que as práticas clínicas que deram ênfase no social na década de 80 eram, muitas vezes, despolitizadas e assistencialistas. Com a ampliação do campo de trabalho, muitos profissionais apenas transpunham os modelos de intervenção oriundos da clínica particular e privada, sem um questionamento acerca da influência dos contextos sociais. Por mais que o trabalho com a camada popular da população nem sempre garanta novas atuações clínicas, como apontam as autoras, a clínica do social enquanto prática e produção de conhecimento teve relevância por tirar a clínica do lugar unicamente liberal e elitista do qual ela fazia parte, impulsionando a criação de novas possibilidades para o fazer clínica.

Dai a citação de Amarante que a clínica não deve ficar restrita a sua dimensão clínica. Assim, o questionamento da instituição da clínica e dos discursos que a fundamentam foi de extrema importância para sua desinstitucionalização enquanto prática de reprodução dos modelos de conformidade e repressivos, e, para a criação de novas formas de compreensão perante os distintos modos de vida que surgem. Ainda que tais questionamentos e análises devam continuar junto à essa nova forma de pensar e fazer a clínica, para que ela não seja outro dispositivo - mais sutil e refinado - de controle perante o corpo.

Assim, Campos (1996/1997) defende que a crítica da *clínica oficial* "está obrigada a desconstruir reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis: uma clínica reformulada e ampliada" (p. 9). Vemos, portanto, que a clínica ampliada enquanto dispositivo que surgiu a partir de um questionamento da clínica e seus limites cumpriu uma função histórica e política importante de desinstitucionalização da própria clínica.

⁵¹ "O termo "capitalístico" foi forjado por Felix Guattari (1986) durante os anos 1960 para designar um modo de subjetivação que não se achava apenas ligado às sociedades ditas capitalistas, mas que caracterizava também as sociedades, até aquele momento, ditas socialistas, bem como as dos países do Terceiro Mundo, já que todas elas viveriam numa espécie de dependência e contradependência do modelo capitalista. Por isso, do ponto de vista da economia da subjetivação, não haveria diferença entre essas sociedades, pois elas reproduziriam um mesmo tipo de investimento no campo social" Silva, R. *A dobra deleuziana: o mundo como potência de invenção*. In: *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004

2.3 A clínica ampliada e a Política Nacional de Humanização do SUS

Se a clínica reformulada e ampliada se consolidou no processo de desconstrução da clínica oficial, é interessante pensarmos na apropriação desse processo no âmbito das políticas públicas, por representar o própria democratização da clínica, tal qual apontava Freud, em 1919. A clínica ampliada foi incorporada ao SUS como dispositivo que atualiza e afirma as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH foi criada em 2004 pela Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS) após o debate sobre a relevância do tema da humanização como aspecto fundamental que deveria atravessar as políticas públicas de saúde. Benevides e Passos (2005), na época integrantes da equipe do SE, relatam que as condições precarizadas de trabalho, as dificuldades de pactuação das esferas⁵² do SUS e a má qualidade de assistência frente aos usuárias impulsionaram a discussão acerca da urgência de reavaliar conceitos e práticas ditas humanizadas, até então identificadas aos movimentos religiosos, paternalistas e menosprezados pelos gestores e trabalhadores.

Apesar da consolidação do SUS em 1988 e dos avanços no campo da saúde pública brasileira o diagnóstico da situação era a fragmentação dos processos de trabalho, esgarçados tanto nas relações entre trabalhadores e entre estes e os usuários, culminando assim, na dificuldade de realizar o trabalho em equipe e de lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Houve, portanto, a necessidade de garantir o caráter constituinte do SUS quanto ao acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos a partir de uma política de qualificação do SUS (Brasil 2004). As autoras Benevides e Passos (2005) identificam as tensões que se dão na relação entre Estado e políticas públicas, mas esse capítulo irá apenas caracterizar a PNH a fim de contextualizar a clínica ampliada quando incorporada às políticas públicas de saúde.

A PNH se caracteriza como uma política transversal de humanização. Transversal porque como política pública de saúde deve operar como eixo articulador de toda rede do SUS, operando assim tanto no nível da atenção aos usuários, como na gestão dos processos de trabalho afim de reverter o diagnóstico de fragmentação das diferentes esferas do SUS. Uma política que integrasse a rede do próprio SUS: "Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania" (Benevides e Passos, 2005, p.563).

Dessa forma a humanização não deveria ser tomada como um programa a ser seguido de forma burocrática com o mero objetivo de alcançar metas e de aprofundar

⁵² O SUS abrange a esfera municipal, estadual e federal.

as relações verticais do SUS, mas sim como um conjunto de diretrizes que deveriam permear todas as esferas do campo da saúde através da construção coletiva (Brasil, 2004). Seus princípios norteadores são:

1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) coresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. (Brasil, 2004)

A clínica ampliada aparece como conceito a ser reforçado nas diretrizes gerais para a implementação da PNH. É caracterizada como o “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004). Assim, a clínica ampliada é tomada como tecnologia de humanização da atenção no campo da saúde. Em 2004 o MS lançou as cartilhas da PNH com o objetivo de disseminar os princípios dessa política transversal na saúde. No início da cartilha referente à clínica ampliada há a afirmação que a clínica não deve se limitar às doenças e tampouco ao diagnóstico, este por traduzir um caráter universalizante e generalizável e por muitas vezes trazer consigo uma situação de discriminação social que deve ser considerada no tratamento.

O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas”. (Brasil, 2004, p.6)

A partir disso a cartilha traz alguns exemplos evidenciando que os serviços devem levar em consideração a história e a situação social dos sujeitos de modo que as intervenções não se limitem ao diagnóstico, extrapolando o âmbito da saúde, já que a doença muitas vezes é causada ou agravada por situações de dominação e injustiça social. A saúde é tomada não como ausência de doença, mas

como possibilidade de produção de vida, mesmo que a partir do combate de uma determinada doença. Na cartilha a clínica ampliada é descrita como:

- 1- Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
 - 2- Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
 - 3- Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE;
 - 4- RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais –, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente onde o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;
 - 5 - Assumir um compromisso ÉTICO profundo.
- (Brasil, 2004, p.8)

Chama atenção a ênfase que se dá ao caráter intersetorial que a clínica ampliada deve assumir, evitando, assim, que a doença seja colocada no centro da vida dos sujeitos, mas sim como possibilidade de invenção e produção de outras formas de vida que podem se concretizar a partir da situação da doença. A cartilha oferece algumas sugestões práticas, são elas relacionadas a *escuta* e ao *vínculo e afeto*. Quanto a *escuta*, o texto enfatiza a importância de escutar tudo que o sujeito revela, mesmo que não seja diretamente ligado ao diagnóstico, para encontrar aquilo que o liga à vida e não somente à doença, assim como tirá-lo de uma atitude passiva frente ao tratamento. Quanto ao *vínculo e afeto*, o texto salienta que tanto usuários como profissionais transferem afetos, que podem ajudar ou atrapalhar a construção do *vínculo* e dos projetos terapêuticos: “é necessário prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso com ela” (Brasil, 2004, p. 12). Nesse aspecto, ressalta a importância da equipe de referência, dado que a transferência ocorre com cada membro de forma diferente, aumentando as possibilidades de ajudar o paciente e seus familiares.

É na clínica ampliada também o espaço para que os usuários possam trabalhar suas expectativas frente ao tratamento, evitando assim, um excesso de medicalização : “aparentemente, muitas vezes, é mais fácil para os profissionais de saúde, e também para os usuários, utilizar esses medicamentos, do que conversar sobre os problemas e desenvolver a capacidade de enfrentá-los” (Brasil, 2004, p.15).

Vemos, assim, que a PNH e a clínica ampliada como dispositivo dessa política expressam - paradoxalmente - um movimento de reinvenção do SUS como resistência ao poder intrincado, burocratizado e centralizador do Estado em seu projeto disciplinador da população. Paradoxal porque é no próprio Estado que incide a

força de resistência a seu projeto, e essa força “do fora” é o próprio plano do coletivo⁵³. O conceito de clínica ampliada, como vimos, não nasceu no Estado, mas incide aí como resistência às formas de poder instituídas que são materializadas nas relações verticais que objetivam o assujeitamento e a desigualdade. O desafio é que esses dispositivos já instituídos como políticas públicas de saúde se atualizem constantemente como forças que resistem à massificação. Como expressa Drummond em “O homem, as viagens”, só resta ao homem - depois de tudo “humanizar” - “a difícilíssima e perigosíssima viagem de si a si mesmo” até aceitar o outro sem querer transformá-lo como igual, e, assim, descobrir a alegria do con-viver a partir de sua própria humanização:

O homem, bicho da terra tão pequeno
Chateia-se na terra
Lugar de muita miséria e pouca diversão,
Faz um foguete, uma cápsula, um módulo
Toca para a lua
Desce cauteloso na lua
Pisa na lua
Planta bandeirola na lua
Experimenta a lua
Coloniza a lua
Civiliza a lua
Humaniza a lua.

Lua humanizada: tão igual à terra.
O homem chateia-se na lua.
Vamos para marte - ordena a suas máquinas.
Elas obedecem, o homem desce em marte
Pisa em marte
Experimenta
Coloniza
Civiliza
Humaniza marte com engenho e arte.

Marte humanizado, que lugar quadrado.
Vamos a outra parte?
Claro - diz o engenho
Sofisticado e dócil.
Vamos a vênus.
O homem põe o pé em vênus,
Vê o visto - é isto?
Idem
Idem
Idem.

O homem funde a cuca se não for a júpiter

⁵³ Daí que as políticas públicas expressam a relação/tensão do coletivo com o Estado, fazendo da política uma experiência pública. Ver em BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):561-571, 2005.

Proclamar justiça junto com injustiça
Repetir a fossa
Repetir o inquieto
Repetitório.

Outros planetas restam para outras colônias.
O espaço todo vira terra-a-terra.
O homem chega ao sol ou dá uma volta
Só para tiver?
Não-vê que ele inventa
Roupa insiderável de viver no sol.
Põe o pé e:
Mas que chato é o sol, falso touro
Espanhol domado.

Restam outros sistemas fora
Do solar a col-
Onizar.
Ao acabarem todos
Só resta ao homem
(estará equipado?)
A difícilíssima dangerousíssima viagem
De si a si mesmo:
Pôr o pé no chão
Do seu coração
Experimentar
Colonizar
Civilizar
Humanizar
O homem
Descobrimo em suas próprias inexploradas entranhas
A perene, insuspeitada alegria
De con-viver.
(Drummond, 1978)

Capítulo 3 - O Consultório de/na Rua

O bicho

*Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.*

*O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.*

O bicho, meu Deus, era um homem.

Manuel Bandeira

3.1 O consultório de rua de Salvador, a reforma psiquiátrica, a política de álcool e outras drogas e o SUS

Vimos ao longo dos capítulos, que o projeto ético-político da reforma psiquiátrica pôs em cheque a própria instituição da clínica *psi*, por propor como projeto central a cidadania e não a cura. No bojo do movimento antimanicomial se consolidaram alguns fundamentos para sua clínica e daí emergiram uma série de dispositivos clínico institucionais. Assim, a desinstitucionalização da loucura implicou também a necessidade de desinstitucionalizar a própria clínica e, por isso a escolha de pensar a clínica a partir dessa perspectiva.

A concepção de clínica transdisciplinar ampliada abordada no capítulo 2 consolidou-se nesse processo de questionamento e (re)invenção de uma clínica centrada no sujeito, também atravessada pela política da humanização. A seguir descreveremos o dispositivo do consultório de/na rua, ainda que em processo de implantação, para pensarmos nas possibilidades de atualização da clínica em sua dimensão “ampliada, transdisciplinar e intersectorial” que pressupõe o trabalho no território e a criação de uma rede - formal e informal - de sustentação para o sujeito acolhido.

O primeiro consultório de rua (CR) no Brasil foi desenvolvido por Antônio Nery Filho em 1997, fundador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em parceria com a Secretaria Municipal de Salvador. O dispositivo clínico de atenção à saúde biopsicossocial foi pensado para atender crianças e adolescentes em situação de rua que se encontravam em risco

devido ao uso de álcool e outras drogas. O trabalho foi realizado por uma equipe multidisciplinar que vai de encontro com o público-alvo no local onde ele se encontra com o auxílio de um veículo adaptado para o atendimento na rua. Em 2004, o CR passou também a funcionar no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) de Salvador a partir da parceria entre essa instituição e o CETAD/UFBA. O acesso a essa experiência aconteceu a partir do "guia do projeto", elaborado pelo grupo do CETAD/UFBA e disseminado pela Secretária de Álcool e Drogas (Senad), e pela tese de mestrado de Oliveira (2009). Antes da descrição do projeto é importante compreender as condições que possibilitaram seu surgimento, já que essa primeira experiência de consultório de rua foi uma prática "de atenção à saúde de pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas" e que têm o acesso precário à saúde e à assistência social (Brasília, p.14, 2012).

A política de álcool e outras drogas se deu na esteira do processo da política de saúde mental instituída, como vimos no capítulo 1, com a lei nº 10.216. A integração dos CAPS AD à rede de saúde mental ocorreu a partir de 2002, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, momento em que foi recomendada uma política integrada de atenção aos usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Os CAPS ADs, serviços destinados ao atendimento de usuários com sofrimentos decorrente do uso dessas substâncias, foram, assim, integrados na rede pelo SUS. (Oliveira, 2009)

Ainda para compreendermos o momento histórico da criação do consultório de rua, Oliveira (2009) aponta para o "Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas", instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, reforçando, assim, a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas.

A constatação de que tal uso tomou proporção de *grave problema de saúde pública* no País encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. (Brasil, p.5, 2004)

A partir desse reconhecimento do MS, a rede de atenção aos usuários começa a se fortalecer e a se institucionalizar. Aparece também na política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas a redução de danos⁵⁴ como paradigma fundamental que deve permear a rede de serviços.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (Brasil, p.10. 2004)

A redução de danos (RD) como abordagem/paradigma de saúde pública a ser adotada se refere a um método que potencializa a liberdade e responsabilidade do sujeito que está sendo tratado a partir do *vínculo* com os profissionais da equipe, para que juntos possam trilhar um projeto de vida ao usuário a partir daquilo que ele traz de singular: um "método clínico-político de ação territorial inserida na perspectiva da clínica ampliada" (Brasil, p.24, 2004).

Outro aspecto levantado por Oliveira (2009) que justifica e contextualiza o consultório de rua é o pressuposto da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas que afirma a "obrigação do governo e da sociedade proteger os segmentos mais vulneráveis ao consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência, como as crianças e adolescentes" (Brasil, p.38, 2004). Assim, a partir da dificuldade de jovens em situação de rua⁵⁵ acessarem os serviços da rede institucionalizada, vê-se a importância de alternativas que garantam a universalidade,

⁵⁴ O paradigma da Redução de Danos é primeiramente incorporado ao SUS como estratégia de cuidado pelo programa de DST/Aids. A primeira experiência aconteceu em 1989 na cidade de Santos, inclusive os gestores da saúde da cidade (David Capistrano e Fabio Mesquita) foram indiciados por distribuir seringas. A experiência é descrita no livro "A clínica peripatética", de Antonio Lancetti. (Hucitec, 2007)

⁵⁵ "Designar a população de crianças e adolescentes que fazem da rua seu habitat, morando ou não com a família, através da nomenclatura "crianças e adolescentes em situação de rua" segue o sentido de abarcar a variedade de inserções possíveis no contexto da rua"(Brasília, 2012, p.21). Ainda no Guia do Projeto, sobre o "Banco de Rua" - que foi a base para o CR - o Prof. Nery Filho diz: "Existiam duas categorias de crianças e adolescentes em situação de rua: uma "de" rua e outra "na" rua. Em geral falava-se de meninos de rua sem qualquer distinção entre aqueles que frequentavam as ruas e retornavam às suas casas e aqueles que se apropriavam do espaço público e ali permaneciam definitivamente tornando o espaço público um espaço privado. Mesmo que tivessem família, mesmo que tivessem um lugar para onde ir, permaneciam na rua. Eles se tornavam "de" rua. E os meninos "na rua" eram meninos e meninas que passavam na rua um tempo de suas vidas e que retiravam das ruas uma parte do sustento familiar. Então esses meninos estavam nas ruas para vender doces, picolés, frutas, fazer algum malabarismo nas sinaleiras e retornavam às famílias. Eles estavam nas ruas muito mais por uma imposição da família, do que por vontade própria, diferentemente dos outros que não portavam nada à família. Estes haviam rompido com a família, geralmente porque a casa ou a família se tornavam um lugar impossível para se viver" (p.26)

equidade e integralidade do SUS a partir de “atividades que extrapolem os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção da saúde com ações de prevenção de riscos e agravos” (Oliveira, 2009, p.50). Vemos, assim, a consonância do projeto do CR com as diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica e da política de álcool e drogas.

3.2 Os “olhares cruzados” do Consultório de Rua

O CR surge como um dispositivo que visa *olhar* para uma população marcada pela invisibilidade social. Ainda que as nomenclaturas “moradores de rua”, “meninas e meninos de rua” não levem em conta a pluralidade do grupo em questão⁵⁶, a exclusão social é um ponto que une a todos, mesmo considerando a heterogeneidade quanto às formas de se viver na e da rua. O projeto parte de três posturas da sociedade que “reforçam a condição de exclusão social da população em situação de rua” (Brasília, p. 15. 2012), são elas a indiferença, hostilidade ou o assistencialismo, visões estigmatizantes da sociedade e do Estado que acabam por legitimar políticas autoritárias e de higienização social. Sendo a invisibilidade/exclusão social um ponto em comum na pluralidade entende-se que o uso de substâncias psicoativas, assim como atos de violência como “uma tentativa de lidar com essa invisibilidade social”(p. 15) e com a fragilização dos laços sociais, ainda que o acesso às drogas não está necessariamente vinculado com o fato de se viver na rua.⁵⁷

É a partir dessa compreensão que o Consultório de Rua oferece atenção à saúde das pessoas em situação de rua. Trata-se, portanto, de um olhar diferenciado que pretende ir além dos estigmas, e reconhecer cada pessoa a ser atendida em sua singularidade. Um olhar (...) que vê, na saída das ruas, a única possibilidade de preservação da vida. O olhar do Consultório de Rua recai sobre a saúde de cada pessoa, por cumprir um direito garantido pela Constituição Federal - o acesso a serviços de saúde. (Brasília, p.15, 2012)

A legitimação da apropriação da rua como forma de moradia ou trabalho e o reconhecimento das subjetividades que ali se constituem são as condições de possibilidade para o estabelecimento do vínculo - a base de sustentação de todas as intervenções realizadas. A consideração do território como espaço potente para

⁵⁶ O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) define que: “A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência, por meio de atividades produtivas desenvolvida nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”. (Brasil, 2006, p.24)

⁵⁷ O Prof. Antonio Nery esclarece a reconhecimento do CR sobre o uso de drogas: “O uso de drogas não é um caso de morte, é um modo do sujeito reduzir a dor. Quando se chega lá com essa possibilidade, reconhece-se que o sujeito usa drogas, não para morrer, mas para viver” (Brasília, 2012, p.30)

intervenções referentes ao auto cuidado, redução de danos, prevenção de doenças contagiosas e atividades culturais apontam para uma concepção de saúde ampliada que para se efetivar deve operar de modo transdisciplinar. Portanto, a proposta que fundamenta o CR é ir ao *encontro* desses meninos e meninas que não chegavam nos serviços, e a partir desse encontro entrar em contato com seus universos afetivos e simbólicos (Brasília, 2012): “o fato de a equipe apresentar-se com outra proposta de atenção às suas vidas e o reconhecimento de um sentido implicado em estarem na rua favoreceram o estabelecimento do vínculo com esses profissionais” (p.27).

Além do vínculo como base de sustentação do trabalho do CR o Prof. Nery Filho aponta para a relevância dos “olhares cruzados” da equipe:

“...que cada um destituísse seu olhar técnico e pudesse conhecer a rua através do outro. Isto é, que o antropólogo pudesse olhar através do olhar do psicanalista, e que o psicanalista pudesse olhar do lugar do motorista, e o motorista do lugar da assistente social, e assim por diante, numa permanente construção-reconstrução de olhares sobre um mesmo objeto...” (Brasília, p. 28, 2012)

O cruzamento de olhares de cada profissional com seu conhecimento específico com os demais da equipe garante uma metodologia interdisciplinar que permeia o trabalho do CR. Tal pluralidade de olhares condiz com a mesma pluralidade característica das formas de vida que acontecem na rua: e é a partir desse olhar plural - e não fragmentado - que os “de” rua ou “na” rua são reconhecidos.

O CR como prática pressupõe, assim, uma série de princípios éticos e diretrizes técnicas que sustentam e legitimam seu trabalho. Esses princípios éticos que respaldam o trabalho da equipe conforme o Guia do Projeto (2012) referem-se a:

- Toda conduta humana é portadora de significação pessoal: tal conduta impede a estigmatização sobre os mais diversos fenômenos que acontecem na rua, levando em consideração as determinações pessoais e sociais envolvidas.
- Respeito ao sofrimento e ao ethos humano: esse é consequência do primeiro, já que a consideração do sofrimento implica o reconhecimento da significação das condutas humanas. A palavra *ethos*, como uma das raízes de *ética* diz respeito à morada dos homens (Brasília 2012 apud Safra, 2004), assim, “respeitar o sofrimento e o ethos humano é considerar e estar atento às significações do outro em relação ao que faz e a onde vive”(p.36), assim, intervenções médicas, psicológicas e lúdicas não devem ocorrer se o profissional/equipe carrega consigo pressupostos *a priori* no que diz respeito ao sujeito a ser atendido.
- Responsabilidade dos atos: princípio que se aplica ao sujeito a ser atendido e à equipe. Implica na reflexão sobre as ações implicadas nos atos e nas condutas

humanas para que cada um possa se responsabilizar por suas atos, o que não condiz com uma postura meramente assistencialista, mas sim de cidadania.

Sobre as diretrizes técnicas que “estabelecem parâmetros conceituais claros para o esclarecimento do trabalho da equipe” (p.37) e que devem ser atravessados pelos princípios éticos, são eles:

- Oferta programada: a oferta programada se contrapõe ao modelo tradicional de atendimento em saúde caracterizado pela busca do paciente ao serviço, onde a figura do médico deveria lidar com a demanda espontânea trazida pelo sujeito. Esse novo modelo antecipa os cuidados em saúde e sustenta o trabalho do CR a partir da constatação de que a população em situação de rua não têm acesso aos serviços de saúde. Tal postura supõe um mapeamento e pesquisa de campo a fim de compreender o perfil populacional a ser atendido. Esse modelo vai de encontro com os princípios do SUS de universalidade e equidade por ampliar o acesso à saúde daqueles que são excluídos a esse direito constitucional.
- Territorialidade: Pressupõe o respeito às significações atreladas à apropriação do espaço da rua e a consideração do território e sua dimensão cultural e simbólica para cada um. A partir dessa diretriz a equipe tem a possibilidade de articular a rede social formal e informal a fim de fortalecer suas intervenções.
- Redução de riscos e danos: estratégia que favorece “ações de autocuidado, controle e proteção a respeito dos riscos sociais e danos à saúde relacionados ao modo de uso das drogas”(p.39). A RD abre a possibilidade do usuário apropriar-se dos efeitos de suas ações, cuidar de si e responsabilizar-se sem que isso signifique a abstinência a priori. Ainda assim, as intervenções no campo da RD como a distribuição de preservativos, a educação sobre os riscos associados ao uso e sobre as doenças transmissíveis não são o objetivo final do CR, como relato o Prof. Nery Filho:

Nós reconhecemos que, dentre as práticas do Consultório de Rua, se incluía a de redução de danos, mas nós não estávamos na dimensão da redução de danos no sentido de um programa que estava ali para reduzir danos, como uma máquina de reduzir danos. Nós éramos uma máquina de encontrar pessoas, de assistir pessoas, de construir uma história. A espinha dorsal do Consultório de Rua é trabalhar na rua reconhecendo a rua como um lugar de vida e não, necessariamente, ou exclusivamente, um lugar de morte, reconhecendo o saber das pessoas que nós encontramos na rua. (Brasília, p.29, 2012).

- Interdisciplinaridade: a variedade de fatores tais como “a história de vida marcada por algum conflito familiar, as dificuldades econômicas de inserção no mercado de trabalho, as deficiências quanto ao acesso à saúde e educação, à estigmatização social da própria sociedade, o uso de substâncias psicoativas, e as características de

fragmentação da própria rua” (p.40). demandam um olhar que integra diferentes saberes afim de contemplar a complexidade do viver na rua.

Assim, o CR tal qual foi concebido em Salvador reconhece a humanidade daqueles em situação de rua e a complexidade do sofrimento decorrente da apropriação do espaço da rua, o que demanda e justifica dispositivos clínicos territoriais de atenção à saúde em seu aspecto biopsicossocial.

3.3 Consultório na rua: atenção básica

O Ministério da Saúde, a partir da portaria nº122, de 2011, regulamenta os CR, a partir de então denominados Consultório na Rua: “As eCR [*equipes*] integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial⁵⁸ e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica⁵⁹” (Brasil, 2011). A PNAB foi instituída e revisada pela portaria nº2.488, de 2011, e:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (Brasil, 2011)

A atenção básica deve ser a porta de entrada à rede de saúde, isto é, o contato preferencial dos usuários, por ser o espaço potente para o cuidado e para a criação de vínculo com a rede de atenção à saúde, daí a necessidade de integração e comunicação com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os serviços da atenção básica atendem usuários do território em que se situam,

⁵⁸ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº3088, é composta por: Atenção Básica em Saúde(Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua,Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura), Atenção Psicossocial Especializada(CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPSi); Atenção de Urgência e Emergência(SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar(Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégias de Desinstitucionalização(Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa); e Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais).

Os “antigos” Consultórios de Rua são dispositivos da rede de atenção substitutiva em saúde mental - em alguns municípios a Saúde Mental está alocada na Atenção Especializada e, em outros, há uma coordenação autônoma. A partir desse modelo e da proposta de estratégia Saúde da Família estrutura-se o Consultório na Rua na Atenção Básica.

⁵⁹ (PNAB)

considerando sua dinamicidade, assim como a singularidade e a inserção socio-cultural de cada sujeito. Seus princípios norteadores são a universalidade, acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (Brasil, 2011).

Assim, a proposta do MS é a ampliação dos CR⁶⁰ para a atenção básica, de modo que devam realizar as ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também aos CAPS em suas diferentes modalidades e com os demais serviços da rede, de acordo com as demandas de cada usuário. A equipe multiprofissional do CR de Mauá⁶¹ (SP), além das atividades e atendimentos que realizam na rua, matrícia⁶² a rede a partir da perspectiva da redução de danos, acompanha os casos e produz outras ocupações do espaço a partir de atividades culturais e esportivas⁶³.

Os novos CR instituídos pela PNAB vão de encontro aos princípios e diretrizes do primeiro CR descrito no início do capítulo. Os Consultórios na Rua são uma junção da experiência do Consultório de Rua e da proposta de estratégia Saúde da Família. A estratégia de situá-lo na atenção básica visa o maior acesso da população em situação de rua à rede como um todo, uma tentativa de garantir a saúde como direito de todos⁶⁴.

O Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua (Brasil, 2012) instrumentaliza os profissionais da saúde para esse trabalho. Em consonância com o CR de Salvador encontramos o vínculo, a territorialidade e o reconhecimento da

⁶⁰ O documento norteador dos CR do SUS foi produzido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (2010) e pode ser acessado em http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/consultorio_rua_SUS.pdf.

⁶¹ Marina Decot, coordenadora do CR de Mauá-SP, informa que o trabalho foi organizado em três âmbitos de intervenção: a) cuidar dos sofrimentos na rua e acompanhar em outros serviços que compartilham o cuidado; b) matrificar as equipes dos demais serviços para um atendimento humanizado e com olhar integral; c) prevenção e promoção de saúde na rua, esta última com atividades artísticas e esportivas que produzem outras ocupações do espaço público. Todos os âmbitos organizados pela lógica da Redução de Danos.

⁶² O Apoio Matricial é uma estratégia de organização do trabalho que visa a ampliação da clínica das equipes de referência e a reorientação da demanda para a saúde mental. As equipes de referência dão apoio técnico para as equipes interdisciplinares da atenção básica, evitando encaminhamentos excessivos a partir do acompanhamento longitudinal dos casos. Ver em FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009.

⁶³ Marina Decot também diferencia o simples encaminhamento de acompanhamento, que seria uma forma mais potente de matriciamento. Afirma também o *vínculo* como metodologia de trabalho que constitui qualquer intervenção.

⁶⁴ Conforme artigo nº198 da constituição de 1988

singularidade do sujeito como fundamentais para o cuidado à população em situação de rua. Sobre o vínculo no atendimento Lanceloti⁶⁵ diz:

Os vínculos são inclusivos, importantes não tanto em programas e projetos, mas no existir para o outro. A população de rua está cansada de ser tratada de maneira fria e tecnicista, não se estabelece vínculo que humaniza em atendimento compartilhado onde a pessoa é encaminhada, e não acompanhada, onde se transforma em dados, fichas e deixa de ser o que é: pessoa. (...) Vínculo revela conhecimento e reconhecimento. (Brasil, 2012, p. 27)

O vínculo deve ser o que move a clínica que acontece no território e é o que possibilita o acesso à saúde da pessoa em situação de rua. A noção de território ultrapassa sua extensão geográfica: é também constituído a partir de sua dimensão existencial para cada sujeito e grupo e pelo processo dinâmico construído cultural e socialmente. A cartografia é utilizada como metodologia das equipes para conhecerem, se apropriarem e realizarem um diagnóstico do território considerando as coexistências e tensões entre suas diferentes dimensões (Brasil, 2012). Macerata, Paula, Louzada e Gomes⁶⁶ definem que em uma primeira etapa a equipe deve cartografar seu campo de atuação, o que implica na aproximação do território e na posterior sistematização das impressões “acerca das condições geográficas, epidemiológicas, culturais, sociais e econômicas que repercutem na modo de vida daqueles que habitam esse espaço” (Brasil 2012) O segundo momento se refere à aproximação e escuta das demandas manifestas das pessoas que estão no território do campo de atuação da equipe - possibilita-se, daí, o início do processo de vínculo, e partir dele serão construídas as demandas⁶⁷ de cada um (Brasil, 2012).

O Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua (Brasil, 2012) aponta a importância da cartografia por ser uma leitura que integra os diversos mapas existentes no território e por abarcar as inúmeras significações ali presentes. A partir da cartografia - do conhecimento e apropriação do território em suas várias dimensões - a equipe pode elaborar um diagnóstico e construir a demanda *junto* com as pessoas em situação de rua: “uma via fundamental para o acolhimento da população e para a construção do processo de trabalho” (Brasil, 2012, p.37). Esse método de *leitura do território* contribui para a “construção de um certo campo produtor de subjetividades”(p.37), assim, é um trabalho que demanda constante

⁶⁵ Autor do texto “Vínculo no atendimento à população em situação de rua”, do Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua (Brasil, 2012)

⁶⁶ Autoras do texto “Cartografia”, do Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua (Brasil, 2012).

⁶⁷ No manual há essa diferenciação entre “demanda manifesta” e “demanda construída” a partir do vínculo.

dinamismo e renovação, dado o caráter *vivo* do *território*. A cartografia jamais pode ser lida como algo estático, e isso reflete na constante reflexão e discussão da equipe frente a sua atuação.

Assim, o manual (p.35) indica alguns pontos importantes a serem cartografados pela equipe no que diz respeito a leitura do território, são eles:

- A maneira como a população em situação de rua circula no território;
- Relação da comunidade com essa população;
- Características geográficas, econômicas e sociais do território;
- Aspectos históricos e políticos do território;
- Divisão administrativa do território;
- Condições de vulnerabilidade e violência do território;
- Condições sanitárias e ambientais do território;
- Determinantes de saúde e doença;
- Cultura local;
- Equipamentos (governamentais e não governamentais) existentes no território.

Ao cartografar os diferentes aspectos do território a equipe deve também considerar cada sujeito no que diz respeito a sua história singular de vida, seus vínculos familiares e suas potencialidades. As autoras ainda ressaltam que o CR coloca em evidência "a necessidade de se estabelecer parcerias" (p.38), daí a importância do registro dos equipamentos sociais presentes no território durante o processo da cartografia, pois ao conhecê-los "torna-se possível construir redes de apoio no território potencializando a resolutividade dos serviços".

A partir da descrição do CR, nota-se que é um serviço ainda em processo de implantação. Embora esse trabalho não tenha o objetivo de discutir seu posicionamento na rede, acredita-se que o CR na atenção básica possa potencializar o acesso à saúde além de fortalecer estratégias de saúde mental na atenção básica. Porém, dado o objetivo de refletir e problematizar as origens e rupturas da clínica até sua atualização no CR, optou-se pelo termo "de rua" e não "na rua" pelo sentido semântico da palavra, e não pelo lugar do serviço na rede, até porque - como vimos - o CR deve articular-se com toda a rede de saúde e também com a rede intersetorial. Assim, a escolha pelo termo Consultório de Rua a ser adotado a partir de agora se deu em consonância com o Guia do Projeto do CR de Salvador, que apresenta a distinção entre "meninos de rua" e "meninos na rua". Fazendo um paralelo com essa distinção, que está na página 26 do guia e na nota de rodapé nº47, o termo Consultório DE Rua reforça a idéia de um serviço que É DA RUA, e não que ESTÁ NA RUA. "Ser da rua" parece uma forma mais afetiva de trabalhar junto às pessoas em situação de rua, ao passo que o "consultório na rua" pode trazer a idéia de uma

“salinha clínica” que se instala na rua. Acredita-se porém, que esse não é um problema muito relevante, embora mereça ser destacado para evitar mal entendimentos.

Ora, sendo eles - CR - da atenção básica ou especializada, a questão que se coloca é a da clínica que se propõe a desinstitucionalizar a própria rua e os modos de se fazer a clínica nos serviços da rede de proteção e garantia de direitos. A clínica, tal qual discutida no capítulo 2, se atualiza na rua?

Capítulo 4: Metodologia

Entende-se por metodologia o caminho da(o) pesquisador(a) para abordar o tema a ser investigado. Segundo Minayo (1993) esse caminho “inclui a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)” (Minayo, 1993, p. 14). A autora também afirma que toda pesquisa vincula pensamento e ação, já que “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (Minayo, 1993, p.16). Defende, assim, que a investigação começa por um “problema”, uma “dúvida”, uma “pergunta”.

A dúvida inicial que permeou a presente investigação dizia respeito à possibilidade da escuta da singularidade em diferentes contextos para além dos consultórios particulares.

Segundo Minayo (1993) “A resposta a esse movimento do pensamento [*a autora refere-se ao movimento que inaugurou uma pergunta*] geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais” (p. 16). Assim, essa dúvida inicial pôde ancorar-se nos referenciais da Psicologia Institucional, que deu suporte para a formulação da pergunta sobre a possibilidade do fazer clínico fora dos consultórios tradicionais, e o porque dessa prática ser também clínica. Porém, a questão formulada encontrava-se ainda muito ampla. A partir da aproximação com o acúmulo do conhecimento produzido no movimento da Reforma Psiquiátrica foi possível uma aproximação sobre as formas de cuidado que fugiam das práticas hegemônicas da psicologia. O objeto de estudo foi, aos poucos, se delimitando. O legado da Reforma Psiquiátrica evidenciou as maneiras construídas historicamente de lidar com a diferença em nossa sociedade, e daí o desejo de estudar a clínica dirigida a uma população marginalizada e sujeita a intervenções compulsórias, como acontece com os loucos, com as crianças e adolescentes, com as pessoas em situação de rua e com os usuários de drogas.

Minayo (1993) também afirma “que o objeto das Ciências Sociais⁶⁸ é essencialmente qualitativo” (p.14), por referir-se ao “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social” (Minayo, 1993, p.21) Assim, para abordar um fenômeno qualitativo foi necessário considerar seu caráter

⁶⁸ As ciências humanas formam um conjunto de disciplinas que possuem como objeto de seus estudos o homem e as relações que estabelece com outros homens, com as coisas e instituições. Nesse conjunto de ciências, estão inseridas a sociologia, a filosofia, a história, a antropologia, a economia, a psicologia e a psicanálise (Miotto, 1994, p.7 apud Calil e Arruda, 2004, p.97).

histórico e dinâmico, isto é, as determinações sociais que o constituem. O desejo de desconstruir e desnaturalizar a idéia de que só existe um tipo de clínica foi o que impulsionou esse trabalho. Os consultórios de Rua, serviços recentes no SUS, na política de drogas e na assistência aos moradores de rua, apareceram como um bom recorte para o estudo da possibilidade de atualização da clínica "a céu aberto".

A partir da delimitação do problema de pesquisa foi necessário a busca por teorias que fundamentassem o fazer clínico para além dos consultórios, mais especificamente nos novos serviços de Consultório de Rua. Minayo (1993) ressalta que as teorias são formas de ver a realidade, são discursos que orientam o olhar, mas que não precisam ser usados de forma a aprisioná-lo.

Nenhuma teoria, por mais elaborada que seja, dá conta de explicar os fenômenos e processos. Por vários motivos. Primeiro porque a realidade não é transparente e é sempre mais rica e mais complexa do que nosso limitado olhar e nosso limitado saber. Segundo, porque a eficácia da prática científica se estabelece, não por perguntar sobre tudo, e, sim, quando recorta determinado aspecto significativo da realidade, o observa, e, a partir dele, busca suas interconexões sistemáticas com o contexto e com a realidade. (Minayo, 1993, p.17)

Assim, explica-se o caráter interdisciplinar da presente pesquisa, a partir da compreensão de que o olhar da filosofia, da psicologia institucional, da psicanálise e da literatura poderiam fornecer subsídios para a compreensão do fenômeno a ser estudado. Tais teorias cumpriram a função de "esclarecer melhor o objeto de investigação", permitiram a "organização dos dados", e ajudaram a "levantar questões, a focalizar o problema, as perguntas e a estabelecer hipóteses com mais propriedade"(Minayo, 1993, p.18).

Dilthey (apud Calil e Arruda, 2004) sustenta que a compreensão é a forma das ciências humanas alcançar o conhecimento:

Estes fatos (...) que têm se desenvolvido historicamente na humanidade e aos quais se tem dado, segundo um uso linguístico geral, a denominação das ciências do homem, da história, da sociedade, constituem a realidade que queremos não dominar, senão, antes de tudo, compreender. (Dilthey, 1980, p. 40 apud Calil e Arruda, 2004, p.99)

A busca pela compreensão foi também um marco dessa pesquisa. Segundo Minayo (1993) "compreender" é o verbo da pesquisa qualitativa: "O pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e também analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada" (Minayo, 1993, p.24). Assim, compreender a constituição da clínica, seu movimento de desconstrução e

reconstrução e a possibilidade de sua atualização nos Consultórios de Rua foi o principal objetivo desse trabalho.

Assim, o problema norteador foi: quais são as origens e rupturas da clínica e sua possível atualização nos Consultórios de Rua a partir da Reforma Psiquiátrica?

Após a delimitação do problema da pesquisa e da escolha por uma variedade de abordagens teóricas para “ver” e “compreender” esse fenômeno, as técnicas escolhidas para concretizar a pesquisa foram o levantamento bibliográfico e a leitura e análise documental. O levantamento bibliográfico consistiu na busca e leitura de livros, artigos e teses sobre a temática abordada. A leitura e análise documental consistiu na leitura do documento produzido pela experiência pioneira do Consultório de Rua de Salvador, do Manual de Cuidado para a População em Situação de Rua, que disseminou a prática dos Consultórios na Rua, a leitura de portarias que legitimaram por exemplo, a reforma psiquiátrica e os consultórios na rua, assim como os documentos referentes à política de humanização do SUS e a cartilha do SUS referente à clínica ampliada, citados na bibliografia.

É preciso frisar que a metodologia dessa pesquisa foi também marcada por *descobertas* da “pesquisadora” ao longo da elaboração dos capítulos, fazendo com que a pesquisa fosse se consolidando em seu próprio processo de constituição. Isso é, seus caminhos não foram estabelecidos *a priori* de forma rígida, já que o próprio processo de descoberta demandou a abertura de novos caminhos para a pesquisa:

Não podemos, no entanto, adaptar nosso objeto de estudo a um método específico, escolhido pelo fato de ser mais aceito ou mais fácil de ser seguido. É o método de pesquisa que deve se adaptar, de acordo com as características do objeto que é pesquisado, dentro do contexto teórico com o qual o objeto é focado. (Calil e Arruda, 2004, p. 100)

O fato do Consultório de Rua ser um dispositivo ainda em processo de consolidação demandou visitas ao Consultório do Rua do Município de Mauá-SP e conversas com a coordenadora do serviço, que contribuíram - e muito - para a compreensão desse serviço e para a reflexão acerca da clínica exercida por essa equipe. Assim, por mais que essa pesquisa tenha como técnicas o levantamento bibliográfico e a análise documental, o próprio processo de descoberta e o caráter do fenômeno a ser estudado demandaram a adaptação do método. As conversas com a coordenadora do serviço e a experiência junto à equipe de Mauá foram essenciais para a compreensão do serviço e da reflexão/estudo sobre a clínica ampliada. A experiência sobre as duas visitas ao serviço integram esse trabalho como “Relato de Experiência”, em anexo.

Minayo (1993) diz que uma das direções do labor científico é a invenção, a ratificação de caminhos a partir do abandono de certas vias e o encaminhamento para outras direções: “ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, revestem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído.” (Minayo, 1993, p.11). Assim, assumiu-se nesse trabalho o dinamismo que envolve os processos de criação de novos dispositivos de cuidado, além da tentativa de construir um raciocínio para o problema da pesquisa. Ressaltando, porém, que esse ciclo de pesquisa que começou com uma dúvida terminou não como uma resposta, mas sim com a abertura a novas interrogações e desejos de descobrir novos conhecimentos e práticas.

Capítulo 5: Ampliações

*Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.
A gente se acostumava a morar em apartamentos fundos
e a não ter outra vista que não as janelas ao redor.
E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora.
E porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as
cortinas.
E porque não abre as cortinas logo se acostuma a acender cedo a luz.
E à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a
amplidão.
Clarice Lispector*

5.1 A Reforma Psiquiátrica e o Consultório de Rua - onde se cruzam?

A Reforma Psiquiátrica é aqui entendida como um processo complexo por extrapolar a simples crítica ao manicômio. Enquanto movimento que nega a institucionalização da loucura ela visa, para além da negação do manicômio, a quebra de suas paredes simbólicas que continuam a aprisioná-la. Seu projeto de superação do paradigma psiquiátrico denuncia a produção da loucura como doença e evidencia a patologização da vida como dispositivo de controle e manutenção da ordem social:

É exatamente no instante em que é considerada apenas em termos de doença que se confirma sua necessidade de separação e exclusão, sem que a menor dúvida intervenha no reconhecimento do significado discriminatório do diagnóstico. Desta maneira a exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade de seus elementos *críticos*, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabeleceu. (Basaglia, 1985, p.109)

O mecanismo de patologizar e naturalizar as formas de existência que se concretizam no próprio laço social apontam para uma sociedade que se organiza a partir das *instituições de violência* (Basaglia, 1985), aquelas que se fundamentam nas relações de poder e de classe. Instituições⁶⁹ de massificação e homegenização social. Instituições que produzem sujeitos "assujeitados", sujeitos sem voz para se dizerem: "A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade" (Basaglia, 1985, p. 101). O manicômio é a forte expressão da exclusão que a própria sociedade produz em sua relação com a diferença, daí a amplitude e complexidade da Reforma Psiquiátrica.

⁶⁹ O conceito de instituição não se remete exclusivamente à sua forma jurídica privada ou pública e localização física, mas como uma forma que produz e reproduz as relações sociais que se ritualizam nos estabelecimentos e cujo objetivo é manter de pé a máquina social e até produzi-la. (Lapassade, 1997 apud Silva, Barros e Aragão, 1988).

Como exposto no capítulo 1, através do projeto da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria se consolida como discurso político, social e ideológico de higienização do espaço social. O novo paradigma de Atenção Psicossocial aponta, assim, para a “transformação do ato da saúde, do papel normalizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução” (Amarante, 1995, p. 96). Desconstrução das instituições caracterizadas pela “*violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina*” (Basaglia, 1985, p. 101). Assim, o doente mental é evidenciado como “um dos *excluídos*, um dos bodes expiatórios de um sistema contraditório que tenta negar neles as próprias contradições” (Basaglia, 1985, p. 129). Bodes expiatórios são também crianças e adolescentes, mulheres, idosas e idosos, negras e negros, pessoas em situação de rua, homossexuais, dentre tantas grupos produzidas e contraditoriamente excluídas do campo social. Os princípios forjados no movimento da reforma psiquiátrica são também disparadores e analisadores das tantas instituições de violência como educação, machismo, patriarcado, trabalho, racismo e família. Vemos nessas diversas instituições os mesmos mecanismos de exclusão e patologização daqueles que escapam das normas previstas por cada espaço social.

“Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma *dimensão negativa* que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e negação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar*” (Basaglia, 1985, p. 131)

Assim, os princípios produzidos no movimento da reforma psiquiátrica, abordados no capítulo 1, são forjados a partir da superação do paradigma psiquiátrico e extrapolam esse campo por negar qualquer naturalização dos processos de exclusão. O projeto de transformação radical do saber e da prática psiquiátrica evidenciaram que o próprio dispositivo psiquiátrico surgiu a partir da criação abstrata do doença, completamente alienada do sujeito que sofre, de sua história e das condições em que vive. No campo teórico-conceitual⁷⁰ a noção de *existência-sofrimento* do sujeito na sua relação com o corpo social é essencial e deve ser considerada em sua radicalidade por apontar para uma concepção de sujeito não naturalizada, e sim para uma singularidade produzida nesse corpo social. Daí que o sintoma é sempre social (Aragão, Calligaris, Costa e Souza, 1991), e essa

⁷⁰ Amarante (1999) ressalta a complexidade da luta antimanicomial ao destacar quatro campos fundamentais desse processo. São eles: o campo teórico-conceitual, o campo técnico-assistencial, o campo da esfera jurídico-política e o campo socio-cultural. Os quatro campos foram abordados no capítulo 1.

consideração remete ao direito de cidadania, aqui entendida por uma gama de direitos e deveres que os cidadãos exercem.

Ainda sobre a reforma psiquiátrica, afim de nos aproximarmos de sua interlocução com o dispositivo do Consultório de Rua cabe abordar as implicações desse movimento para a ruptura da *clínica oficial*⁷¹. O movimento da reforma além de não se restringir ao simples desmantelamento dos manicômios também não se restringe à negação da instituição composta pelo "conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: "a doença", à qual se sobrepõe no manicômio o objeto "periculosidade" (Rotelli, 1990, s/p). O movimento de negação da instituição produz a invenção de um novo paradigma, de uma nova concepção de lidar com o sujeito (não mais objeto-doença). Segundo Rotelli (1990) "a ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura"(Rotelli, 1990, s/p). Por isso a desinstitucionalização também da clínica, fundada a partir da relação vertical entre médico e paciente.

A partir da negação é preciso criar, construir e inventar novas formas de cuidado. A atenção psicossocial como paradigma que se contropõe ao paradigma da doença se sustenta a partir da noção da *existência-sofrimento* em relação ao corpo social. A clínica deve ser ela também negada por ter sido produzida a partir da própria institucionalização da doença. A reforma psiquiátrica aponta assim, para a necessidade de invenção e construção de uma outra clínica. Desnaturalizar, negar, desconstruir e inventar uma nova clínica.

Para adentrarmos na invenção-construção dessa nova clínica é importante perguntar: porque pensar a clínica nos consultórios de rua? Porque a rua? Porque pensar nos caminhos da invenção-construção dessa nova clínica e sua atualização nos recentes dispositivos de Consultório de Rua (CR)? Ainda que esse trabalho se refira mais especificamente sobre a invenção de uma nova clínica a partir dos princípios da Reforma e sua atualização nos CR, abre-se a necessidade de uma nova pesquisa sobre aqueles que fazem da rua sua morada, seu local de existência e de trabalho⁷². Porém, a partir da necessidade de negar as instituições de violência e da concepção que o sofrimento somente o é em relação ao corpo social, podemos pensar que as

⁷¹ Termo utilizado por Campos (1996-1997), abordado no capítulo 2

⁷² As novas perguntas que se desdobraram a partir desse trabalho serão abordados no capítulo 6 Considerações finais.

peças, homens, mulheres, crianças e famílias em situação de rua são porta-vozes dessa cidade, também produzidas e, paradoxalmente, excluídas desse mesmo espaço.

O porta-voz é aquele que, no grupo, diz algo, enuncia algo em determinado momento, e esse algo é o sinal de um processo grupal que até esse momento permanecera latente ou implícito, como escondido no interior da totalidade do grupo. Como sinal, o que o porta-voz denuncia deve ser decodificado, ou seja, é preciso retirar seu aspecto implícito (...) *O porta-voz não tem consciência de estar enunciando algo do significado grupal, senão que enuncia ou faz algo que vive como próprio.* (Pichon-Rivière, 2005, p. 257).

São os porta-vozes da cidade aqueles que anunciam suas contradições a partir de sua própria forma de existência, muitas vezes naturalizadas e sem espaço possível de enunciação e escuta. São porta-vozes das contradições “descaradamente implícitas” da cidade. São também, repetindo a citação de Basaglia (1985), “um dos *excluídos*, um dos bodes expiatórios de um sistema contraditório que tenta negar neles as próprias contradições” (Basaglia, 1985, p. 129). A negação das instituições de violência proposta pelo movimento da reforma psiquiátrica nos faz questionar e também negar a naturalização de qualquer forma de existência e sofrimento que se concretiza no laço social. Assim, a rua pode ser entendida como instituição das populações marginalizadas (Ottalagano s/a, s/n apud Broide s/a, s/n). Na medida que é excluído de tantas instituições, como educação, família, e trabalho regulamentado, o sujeito que faz da rua seu espaço de sobrevivência transfere de forma maciça seus afetos e vínculos no espaço da própria rua:

Uma instituição tremendamente regressiva, e de morte, pois ali não há qualquer controle para a violência, e grande parte das vezes não há como sair desta situação na medida em que há uma deposição tão forte que mantém o sujeito prisioneiro. Como diz Maria Helena Trench Ciamponi, tomando como referência Goffman, a rua torna-se uma instituição total. Não há como sair. (Broide, s/a, s/p)

A rua como instituição total. A rua que aprisiona os sujeitos, sem outros espaços para a deposição e transferência de seus vínculos e afetos. De que maneira os dispositivos criados a partir da reforma poderiam potencializar a desinstitucionalização das instituições totais de violência? Seria a clínica desinstitucionalizada potente para rachar as linhas duras da rua como espaço de institucionalização de sua população? O movimento da reforma, tal qual abordado no capítulo 1, como resistência à exclusão e como luta a favor do direito à diferença se atualiza constantemente em tempos de atualizações constantes da lógica manicomial: internações compulsórias, marginalização e patologização dos *excluídos*, das formas

de vida produzidas na cidade. Assim, os dispositivos inventados a partir da reforma são importantes por operarem na desinstitucionalização das tantas atualizações das instituições de violência.

Assim, para pensarmos essa clínica desinstitucionalizada e potente para a desnaturalização do sofrimento, é interessante pensarmos que a instituição loucura negada na reforma se atualiza de maneira mais sutil e refinada - e para isso temos que nos atentar, para que as instituições inventadas (Rotelli, 1990) não sejam rapidamente apropriadas pelo rolo compressor das instituições de violência produzidas e reproduzidas por nosso sistema de produção ainda não superado e, sim, constantemente renovado.

Vimos que o movimento de questionamento dos dispositivos manicomiais surge na Europa exatamente em tempos de pós guerra. É o momento de crise generalizada dos grandes meios de confinamento que caracterizam(vam)⁷³ as sociedades disciplinares. São eles a prisão, o hospital, a fábrica, a escola e a família (Deleuze, 1992): "sociedades disciplinares era o que já não éramos mais, o que deixávamos de ser" (Deleuze, 1992, p.224). No texto *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*, Deleuze (1992) escreve sobre a passagem das sociedades disciplinares para a sociedades de controle, enfatizando a complexidade de resistir frente aos novos mecanismos de controle. Nas sociedades disciplinares

o indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com sua leis (...). Foucault analisou muito bem o projeto ideal dos meios de confinamento (...): concentrar, distribuir no espaço; ordenar no tempo; compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares. (Deleuze, 1992, p. 223)

Ora, reforma-se o hospital, reforma-se a escola e a indústria. É a atualização dos dispositivos disciplinares em formas "ultrarápidas de controle ao ar livre, que substituem as antigas disciplinas que operavam na duração de um sistema fechado" (Deleuze, 1992, p. 224). Antes de analisarmos a clínica ampliada, essa clínica forjada a partir da necessidade que se coloca de desinstitucionalizá-la, cabe aqui uma breve noção da mutação do capitalismo que produz assim, novas relações de poder:

o controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado (...). O homem não é mais um homem confinado, mas o homem endividado. É verdade que o capitalismo manteve como constante a extrema miséria de três quartos da humanidade, pobres demais para a dívida,

⁷³ A crise de uma sociedade faz com que hesitemos entre ambas, entre a antiga e a nova que surge para responder à novas demandas. (Deleuze, 1992)

numerosos demais para o confinamento: o controle não só terá que enfrentar a dissipação das fronteiras (...) (Deleuze, 1992, p.228).

Se de um lado há o aspecto negativo do poder, há seu aspecto positivo, já que a resistência nasce desse mesmo poder que reprime e submete os sujeitos. E a resistência deve também ser atualizada: se nas sociedades disciplinares a resistência aparecia regulada por palavras de ordem (Deleuze, 1992), ela deve renovar-se para a emancipação dos sujeitos produzidos pelos dispositivos de poder sutis e refinados das sociedades de controle. Não é à toa que nasce o CR em tempos de controle diluído: "é fácil corresponder a cada sociedade certos tipos de máquina, não porque as máquinas sejam determinantes, mas porque elas exprimem as forças sociais capazes de lhes darem nascimento e utilizá-las"(Deleuze, 1992, p.227). Assim, para uma análise da clínica não parece estratégico uma postura ideológica que a defina como simples atualização da *clínica oficial* ou como resistência já concretizada e imune às práticas repressivas de assujeitamento. Ser pragmático é considerar os sujeitos em relação ao corpo social e o sofrimento decorrente dessa relação intensa e contraditória.

Não se deve perguntar qual o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início as novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizavam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas formas. (Deleuze, 1992, p. 224)

5.2 Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações?⁷⁴

Ao longo desse trabalho, sob o recorte da Reforma Psiquiátrica, buscou-se compreender as origens e rupturas da clínica para chegar, assim, na clínica do Consultório de Rua. O movimento da luta antimanicomial - entendido aqui sob o prisma dos direitos humanos e no bojo do movimento sanitário - e a PNH disparam novos paradigmas e diretrizes de cuidado. É nesse contexto que nos deparamos com outras conceituações do termo e da prática clínica. Se a clínica se fundou a partir da institucionalização do doente no leito médico, parece lógico que o movimento de desinstitucionalização da doença implique na conseqüente desinstitucionalização do que se instituiu a partir dela - no caso, a clínica. Se negamos o institucionalização da doença apontamos para a necessidade de romper com tudo aquilo que se constituiu a partir dessa lógica, para, conseqüentemente, criar algo novo. A partir do novo

⁷⁴ Esse é o título do texto de PAULON, S. (2004). Clínica ampliada: Que(m) demanda ampliações? In T. M. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.), *Corpo, arte e clínica* (pp. 259-273). Porto Alegre: UFRGS.

paradigma Psicossocial fala-se de clínica ampliada, clínica institucional, clínica transdisciplinar, clínica do sujeito.

A necessidade de adjetivações do que já se bastou como substantivo indica que, em algum momento, falar-se de *Clínica* simplesmente parou de designar o que antes dispensava qualificativos. Estaríamos tentados a diferenciar a Clínica que fazemos - ou tentamos - de uma outra menos ampliada? (...) Afinal trata-se de ampliar o que? (Paulon, 2004, p.259)

Faz-se necessário retornar brevemente a idéia abordada no capítulo 2 sobre o nascimento da clínica como início do discurso sobre a doença e da fragmentação do homem a partir de uma base biologicista (Foucault, 2011). Vimos, mais do que tudo, a fragilidade da constituição do saber da medicina, mais especificamente da psiquiatria, que valeu-se da clínica como variável constante frente às constantes mutações de suas teorias-verdade como estratégia de perpetuar-se como disciplina do "saber-poder". Antes de ser apropriada pelo saber, Foucault (2011) apontava para a clínica como uma *relação da humanidade consigo mesma*. Esse resgate parece muito pertinente para pensarmos essa "clínica ampliada" e seus modos de lidar com o sofrimento de cada sujeito. Considerando, aqui, o sofrimento em relação ao corpo social de acordo com o novo paradigma fundamentado na reforma psiquiátrica.

Ora, Foucault (2011) evidencia a fragilidade da *clínica oficial*, fragilidade que se concretiza na própria crise das sociedades disciplinares. Nesse contexto vimos o papel da psicanálise como marco da ruptura da clínica do olhar para a clínica da escuta. Ainda que o deslocamento do saber do médico para o paciente proposto pela psicanálise considere o saber do paciente como inconsciente, esse deslocamento representou o questionamento da clínica até então hegemônica. Não cabe aqui criticar as estruturas de poder do dispositivo psicanalítico, mas sim considerar a radicalidade de sua proposta no que diz respeito à noção do sujeito desejante como ativo e responsável por si, no que diz respeito à sua capacidade de construir um saber próprio e singular sobre si, o que dialoga com os pressupostos do paradigma psicossocial. Ainda que nem toda prática clínica se refira a psicanálise a escolha de considerá-la como marco no histórico da clínica não é aleatória. "Primeiro, porque muito do que se faz hoje em psicologia encontra seus fundamentos, mais ou menos assumidamente, no procedimento psicanalítico" (Paulon, 2004, p.266).

Paulon (2004) ainda defende a necessidade de resgatar "algo da aventura freudiana em sua força intercessora que a fez tão potente em resistência e criação no século em que se forjou" (Paulon, 2004, p.267). A autora se refere à psicanálise como "desestabilizadora de um domínio de saber instituído" (p.267) e considera a escuta proposta por Freud como força maquinadora de resistências a partir do momento em

que deu visibilidade ao desejo das históricas por “enxergar no obscuro grito de úteros silenciados algo que nenhum cientista, em pleno século das luzes, pudera ver até então”(p.67). Daí o caráter subversivo da clínica psicanalítica no que diz respeito à legitimação de modos de vida que escapavam da norma vigente⁷⁵. Obviamente - e infelizmente - nem todo trabalho analítico opera nessa dimensão de resistência frente aos projetos hegemônicos de normalização. Porém, vê-se a importância de considerar esse aspecto da clínica proposta por Freud no que diz respeito ao ato de “dar à luz” (no sentido de iluminar e não de parir!) ao que não se pode mostrar-se, a escuta ao que não pode ser dito: o que se assemelha com a proposta do CR, que surge como um dispositivo que visa *escutar* uma população marcada pela invisibilidade social.

Assim, a clínica da escuta de Freud “deu conta de fazer profundas intercessões nas formas dominantes de lidar com a subjetividade”, embora o próprio Freud, já em 1919, tenha atentado para o pequeno alcance terapêutico de sua prática, restrita e exclusiva para uma determinada classe social, anunciando a necessidade de democratização da psicanálise. Não por acaso que esse dispositivo “parece mostrar sinais de esgotamento”. (Paulon, 2004, p.260)

Birman (1999,p.21) denuncia a impressão de que os psicanalistas não mais conseguem alcançar a “agudeza e a rapidez dos acontecimentos” e diz que “há certos pontos cegos da psicanálise que a fez excluir de suas teorizações seu próprio mal-estar”. Percebe, desta forma, uma crise na psicanálise cujos instrumentos interpretativos se tornaram insuficientes devido a uma redução do poder crítico da comunidade psicanalítica, que a fez perder o *timing* para as questões emergenciais postas pela cena contemporânea. (Paulon, 2004, p. 260)

Ora, se a idéia é problematizar as formas instituídas da clínica para compreender a “clínica ampliada” que atualiza-se no CR é importante nos depararmos com esses “pontos cegos” e “sinais de esgotamento”, já que podem ser “dispositivos-analisadores da Instituição-Clínica que se quer analisar” (Paulon, 2004, p.261). A citação de Birman citada por Paulon denuncia que também a psicanálise - ou “sua comunidade” - acabou sendo capturada pelos “especialismos” do século XX ao tentar compreender os acontecimentos da vida contemporânea a partir de um único prisma. Esse possível “fracasso” de uma clínica que em seu nascimento representou a ruptura da clínica do olhar - tal qual vimos no capítulo 2 - evidencia aquilo que na clínica está institucionalizado e merece desconstruções. A palavra desconstrução é aqui usada de forma estratégica, pois a idéia não é multiplicar a clínica e simplesmente “democratizá-la” com o risco de patologização do social, e sim questionar esses

⁷⁵ Esse ponto da clínica proposta por Freud, me faz considerar que a psicanálise foi revolucionária nesse aspecto da escuta do reprimido pela sociedade, ainda que tenha “encaixado” as históricas dentro da cena familiar burguesa.

pontos de esgotamento no que diz respeito à possível cristalização e enrijecimento da clínica aprisionada à uma teoria.

No capítulo 2 foi utilizada a seguinte epígrafe: "O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado aquém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los" (Foucault, 2011). Assim, compreender esse ponto de esgotamento da clínica no que diz respeito à sua "unilateralidade teórica"⁷⁶ abre a possibilidade de transformar e libertar a clínica ali onde ela se encontra institucionalizada.

Ora, não é à toa que o conceito de atenção psicossocial abordado no capítulo 1 como um "significante para designar novos dispositivos institucionais (...) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais o paradigma psiquiátrico" (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.19) aponte para a necessidade de uma clínica ampliada e transdisciplinar. Uma das mais importantes contribuições da reforma psiquiátrica é considerar o sofrimento do sujeito em relação ao corpo social e não a doença como totalizadora do indivíduo. *Mas... O que garante que a clínica oficial com sua unilateralidade de visão e escuta não simplesmente se adegue aos princípios da reforma psiquiátrica, apenas "ampliando seus pontos institucionalizados"?* Sobre isso - a necessidade de desinstitucionalização da instituição clínica - Baremlitt (1997) defende que as diferentes formas de manifestação do sofrimento humano não devem ser "do domínio exclusivo e excludente de nenhuma disciplina" pelo fato do mal-estar humano ser "sempre causado pela incidência de múltiplas determinações" (p.7). Assim, o ponto de esgotamento da clínica no que diz respeito a sua capacidade de acompanhar as diversas manifestações de sofrimento indicam que a própria clínica não deva ser do "domínio de uma teoria, de um método ou uma técnica (ou seja: ao exercício de uma especialidade)" (p.7).

Ainda sobre a paradigma da atenção psicossocial vimos que ele pressupõe a configuração multidisciplinar dos trabalhadores. Esse aspecto pode potencializar a transformação da clínica quando enrijecida e presa a uma teoria ou a uma especialidade. Baremlitt (1997) sustenta a necessidade de desinstitucionalização das posições estruturais e tecnoburocráticas da clínica, no sentido de um enrijecimento das funções do "analista" como aquele que detém o saber e o do paciente como objeto a ser curado:

⁷⁶ A partir da tentativa de interpretar o mundo de maneira quase burocrática com uma mesma e única ferramenta teórica.

Porque a Clínica não é só Teoria, não é só Método, não é só Técnica, e não é uma aplicação dos preceitos codificados de nenhuma corporação. Não deve satisfações doutrinárias a quem quer que seja. A Clínica é o espaço epistemológico da "criação", da inventiva. Como não existe prescrição para a invenção, o clínico deve partir da liberdade de criar em colaboração com o usuário"(Baggio e Barembliitt, 1997,p.36).

Ou seja, a adjetivação da clínica como "ampliada" não deveria remeter à ampliação da clínica com seus sinais de esgotamento, como uma atualização do que reduz a normaliza o sofrimento humano, mas sim a clínica que possa atualizar-se como espaço de criação e liberdade. A ruptura com uma clínica que se considera totalizadora e a concepção que se desdobra a partir dessa ruptura se atualiza no CR a partir de uma clínica "operacionalizada" por cada membro da equipe, seja ele redutor de danos, psicólogo ou enfermeiro, além da rede que se constituirá de acordo com cada caso. Para analisar mais especificamente a clínica do CR cabe enfatizar o quê da clínica demanda ampliações para que a "clínica ampliada" não seja uma atualização daquela clínica burocratizada forjada sob o "égide" dos especialismos.

Ou seja, a negação da instituição loucura implicou na necessidade das instituições inventadas (Rotelli, 1990), no caso a clínica, já que ela mesma se constituiu a partir de algo que foi negado. Esse movimento apontou também para a necessidade de superação das fronteiras disciplinares, não de forma a anulá-las, mas sim de libertá-las de seus próprios muros que reduziam a capacidade de escuta do outro que sofre. Se a clínica ampliada é a concretização desse movimento, defende-se sua ampliação não no sentido de uma simples multiplicação da clínica já instituída, mas sim uma ampliação da escuta daquele que antes estava preso a um determinado saber. A clínica ampliada não como ampliação da *clínica oficial*, e sim como ruptura com essa clínica. A negação dessa clínica para a invenção de uma outra. Assim, se a clínica for adjetivada como "ampliada" vê-se por importante considerar essa ampliação no sentido de uma ruptura com a clínica do paradigma da doença aprisionada em um único saber. Uma clínica ampliada em sua potência de desnaturalização de qualquer tipo de sofrimento que é da ordem da história. Uma clínica ampliada a partir de sua capacidade de poder compreender e escutar os diferentes modos de vida que se concretizam no espaço social.

5.3 A clínica ampliada do CR como a clínica do cuidado de si: vínculo e escuta

Uma vez problematizada a adjetivação do termo "clínica" como "ampliada" cabe agora pensar/discutir nas possibilidades de atualização dessa clínica nos CR. Afinal, vimos alguns princípios como norteadores da clínica ampliada ao longo desse

trabalho. O vínculo do usuário com a equipe aparece como a base de sustentação para qualquer intervenção a ser realizada. Há também a ênfase na importância de considerar o território existencial do sujeito para além do território geográfico como estratégia de trabalhar com aquilo que liga a pessoa à vida. A redução de danos aparece como estratégia e dispositivo clínico de cuidado, um "método clínico-político de ação territorial inserida na perspectiva da clínica ampliada" (Brasil, p.24, 2004). A co-responsabilidade do cuidado. A construção de uma rede que possa produzir ancoragens para o sujeito. A interdisciplinariedade e a intersectorialidade.

Essas considerações são norteadoras na discussão da clínica ampliada como proposta do CR e abrem uma série de indagações que giram ao redor de uma pergunta: afinal, essa clínica desinstitucionalizada, não mais aprisionada em em saber, não mais baseada nas relações verticais de poder, como se atualiza como forma de cuidado? Assim, nos propusemos a discutir o dispositivo clínico do CR a partir de alguns princípios a serem investigados: o afeto e o vínculo como condições para a escuta, a concepção de sofrimento e a importância da construção de uma rede formal e informal para cada sujeito de acordo com a singularidade de cada demanda. Esses princípios podem ajudar na compreensão da clínica em sua potência também política.

Machado e Lavrador (2009) problematizam "os contornos da clínica que transversaliza a política, a crítica e a saúde, a partir de princípios éticos"(p.515). O texto "Por uma clínica de expansão da vida" produzido pelos autores defende a concepção e construção de uma clínica que coloque em análise a própria instituição clínica, em consonância com a discussão realizada no item 5.2 desse capítulo. A noção de sofrimento proposta pelos autores e o conceito de "cuidado-de si" são importantes na tentativa de uma delimitação do que seria essa clínica ampliada do CR, com a cautela de não cristalizar a clínica ampliada em teorias ou métodos.

Para que a clínica se atualize nos CR de forma que o sujeito seja de fato central em seu projeto terapêutico, considerando seu direito à cidadania, há a necessidade de uma compreensão de sofrimento em contraposição à noção de doença:

É interessante observar que a percepção de que algo exterior nos acomete pode tanto envolver um binarismo entre sujeito e objeto, entre eu e o mundo, eu e os outros, bem como, entre eu e uma parte de mim, eu e meu corpo. A perspectiva de exterioridade produz o sofrimento como experiência de passividade, por isso sofrer se aproxima de vitimar-se. (Lavrador e Machado, 2009, p.516)

Uma clínica centralizada no sujeito enquanto responsável por si não naturaliza o sofrimento, mas ao mesmo tempo não vitimiza o sujeito, visando seu empoderamento frente à construção de novas formas de lidar com o sofrimento, aqui considerado de

acordo com os princípios norteadores da reforma psiquiátrica. Assim, aqueles que exercem a função clínica deveriam ser menos “cuidadores”, mas sim “provocar no outro o desejo de cuidar de si” (Lavrador e Machado, 2009, p.516). O cuidado de si proposto pelos autores não é entendido como uma exacerbação do ego, mas sim como uma prática social que implica em um exercício ético, uma intensificação dos laços sociais. Associam a Política Nacional de Humanização e o cuidado de si como estratégia para que trabalhadores e usuários sejam empoderados, escapando da repetição do sintoma que em última instância, leva à sujeição e à vitimização. (Lavrador e Machado, 2009). Assim, a clínica está ali onde há sofrimento - ela deve romper com o sofrimento que gera passividade - e deve ater-se em sua potência transformadora. A estratégia de redução de danos inserida na clínica ampliada parece relacionar-se nesse aspecto, quanto à possibilidade do usuário apropriar-se dos efeitos de suas ações, cuidar de si e responsabilizar-se, sem que isso signifique a naturalização do sofrimento e das determinações que constituem os sujeitos. No entanto, a RD foi algo superficialmente abordado nesse trabalho, entende-se que é uma estratégia vinculada a clínica ampliada e seria interessante um estudo mais aprofundado sobre essa estratégia que, segundo Nery, vai além do simples reduzir os danos das drogas, mas que também diz respeito à construção de uma história. (Brasília, p.29, 2012)

Ainda sobre essa compreensão de sofrimento que auxilia a discussão sobre a clínica do CR, Teixeira (s/a), ao levar em conta a assimetria constitutiva da clínica, defende a necessidade do *reconhecimento do outro* no momento do encontro entre usuário e profissional. Essa colocação parece ser óbvia, mas a construção de um sentido do encontro entre ambos é a própria construção da clínica enquanto dispositivo que potencializa o empoderamento do sujeito em seu processo de cuidado-de-si. Rolnik (1995 apud Teixeira, s/a) diz:

o apoio na queda não se faz por um ‘ter pena de’, mas por um ‘sofrer com’. Um ‘sofrer com’ feito ao mesmo tempo de indiferença e de cumplicidade: indiferença em relação a tudo o que cheira a vontade de homogeneização (por exemplo, viver a queda como vítima), mas cumplicidade também com todo e qualquer movimento de entrega e de diferenciação” (Rolnik, 1995 apud Teixeira s/a, s/p).

A idéia de “sofrer-com” parece interessante para o trabalho itinerante do CR na direção de uma clínica que se atualize a partir da ética de considerar o outro em suas potencialidades, partir daquilo que o liga à vida e não à repetição e à morte. A clínica do CR se afasta, assim, de uma clínica que vitimiza e objetaliza o sujeito, e se constitui em uma clínica que pressupõe a articulação com a vida. Romagnoli, Paulon,

Amorim e Dimenstein (2009) ajudam nessa discussão sobre a clínica ampliada que se concretiza no CR ao apontar duas tarefas fundamentais da clínica: “a identificação do que se repete, do que se instala como microfascismo no território clínico; e a ativação da potência de inventar novas maneiras de viver e de pensar” (p.205). Identificar o que se repete para ativar o que está ligado não à normalização, mas sim a resistência frente às formas padronizadas de vida que a sociedade impõe - ainda que a própria diferença seja por ela produzida e excluída. Lavrador e Machado (2009), ao defender uma clínica que desestabilize lugares e formas padronizadas sustentam a importância “de uma escuta aguçada e leve, pois, “trata-se de libertar a vida lá onde ela é prisioneira, ou de tentar fazê-lo num combate incerto”” (Deleuze, Guattari, 1992, p. 222 apud Lavrador e Machado, 2009, p.519). Assim, a escuta atualizada na clínica ampliada está voltada à potência de vida, à legitimação da diferença, e isso não significa ignorar o sofrimento, mas sim não naturalizá-lo, e considerá-lo como “tentativas de traçar linhas de fuga, como formas particulares de criar derivas ante os imperativos universais ou, em suma, como uma possibilidade de resistência aos projetos homogeneizadores”(Gondar, 2004,p.130).

Essa concepção de sofrimento que se alinha com a noção de sofrimento em relação ao corpo social proposto pela reforma psiquiátrica implica em um exercício ético de considerar aquele que sofre como cidadão, empoderá-lo em sua capacidade de cuidado de si. *Sofrer com*, no sentido de sair do lugar protegido de técnico e potencializar o sujeito para seu próprio cuidado. A idéia de uma escuta que se vincula à potência de vida e não à de morte é essencial no trabalho clínico do CR. O contrário seria estigmatizar o sujeito ali onde ele se encontra prisioneiro de uma repetição que a sociedade tende a valorizar, o mantendo em um lugar sempre marginalizado e sem margens para a mudança. A estigmatização entraria na lógica da exclusão daqueles que paradoxalmente são produzidos no laço social.

Nesse sentido, a dimensão política da clínica tal qual abordada no capítulo 2 se atualiza a partir do reconhecimento dos “sem lugar”⁷⁷, afirmado no vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário. O reconhecimento implica em uma escuta que rompa com o ciclo de exclusão que enclausura o sujeito dentro de seu próprio sofrimento, impedindo-o de liberar-se rumo à construção de um projeto de vida. À respeito do caráter ético e político dessa escuta, Rosa (2002) discorre sobre as resistências - daqueles que se propõe a escutar, e não do usuário! - na escuta daqueles que fazem parte da pobreza do sistema político e econômico. Os pontos que a autora sustenta no texto “Escuta psicanalítica das vidas secas” são interessante

⁷⁷ Os “sem-lugar”, os “bodes expiatórios”, os “excluídos”, os “porta-vozes” da cidade.

norteadores para a reflexão acerca da escuta clínica nos CR e de sua dimensão política.

As pessoas em situação de rua - integrantes da pobreza produzida pelo sistema político e econômico - estariam identificadas à posição de resto e dejetado na estrutura social. Sem espaço para resistirem na estrutura social essa posição de *bicho*⁷⁸ tende a cristalizar-se, o que leva ao silenciamento e emudecimento (Rosa, 2002) desse sujeito e mesmo à naturalização de seu sofrimento. Ora, a relação usuário-profissional, mesmo que este tenha consigo os princípios da reforma psiquiátrica no que diz respeito à ruptura de seu lugar de poder-saber enquanto técnico, atualiza a dialética inclusão-exclusão que está posta na estrutura social: "(...) a inclusão e a exclusão, frente a frente" (Rosa, 2002, p.5). Sem desconsiderar que a exclusão é intrínseca ao funcionamento do sistema⁷⁹, é essencial que a equipe detecte "as sutis malhas da dominação e não confundam seus efeitos com o que é próprio do sujeito" (Rosa, 2002, p. 2). Assim, se o profissional ficar preso somente ao lugar social de resto ao qual a pessoa em situação de rua é colocada ele tende a fortalecer as relações de poder através de práticas que consolidem o saber do profissional como verdades, se restringindo à orientação e à uma relação pedagógica, excluindo - mais uma vez! - a "possibilidade do sujeito construir suas próprias respostas" (p.6).

Se a escuta se propõe a criar um espaço para que esse sujeito possa se dizer⁸⁰ **na** estrutura social a qual ele faz parte e fora perversamente excluído ela adquire "um caráter de ruptura com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos; usufruto que supõe a inocência, a ignorância sobre as determinações da miséria do outro e a reflexão sobre a igualdade entre os homens" (Rosa, 2002, p. 8). Ora, a dimensão política da clínica que se atualiza no CR diz respeito também a essa postura que nega a posição de dejetado associada a essas pessoas, e ao negar essa posição há a possibilidade da criação de outras formas de vida: "algumas situações de escuta fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo."(p.11).

Nesse sentido, essa *escuta política por romper barreiras* é também "transgressora em relação aos fundamentos da organização social" por implicar "um rompimento do laço que evita a escuta do sujeito do desejo"(Rosa, 2002, p.12). Vale retomar aqui a citação de Gondar, utilizada no capítulo 2, sobre o desejo e sua imbricação com a política, evidenciando que aquilo que é próprio do sujeito só é

⁷⁸ Em referência ao poema "O bicho" de Drummond, epígrafe do capítulo 3 desse trabalho.

⁷⁹ Sawaia, Bader. "Exclusão ou inclusão perversa?" In Sawaia, B. (org.). As artimanhas da exclusão. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

⁸⁰ No sentido de ser empoderado enquanto sujeito.

possível de ser concretizado a partir do outro. Do outro que afirma o sujeito também como integrante da cultura, ou seja, em última instância o sujeito só existe em sua singularidade a partir da mediação com o outro, seu semelhante. Assim, o desejo

Não é algo que esteja pronto, aguardando a descoberta, mas um Rubicão a ser atravessado, um espaço social e político a conquistar. Nesse sentido, as questões com as quais a clínica psicanalítica se defronta são inevitavelmente políticas, mesmo quando surgem no seio de uma família, numa escola ou numa relação amorosa: trata-se sempre do quanto e do como o desejo pode se produzir e se expressar diante das injunções de assujeitamento. (Gondar, 2004, p.126)

Outro aspecto da clínica do CR diz respeito a escuta que leve em consideração a história singular de cada sujeito, como abordado no capítulo 3. Para a consolidação do vínculo e efetivação desse trabalho realizado no território as equipes precisam apropriar-se dele em suas diversas dimensões, dado que o território onde as pessoas estão é tido como potente para a produção de vínculos dessa clínica pautada no encontro e nos afetos. Por mais que a equipe trabalhe em um determinado território geográfico é importante a consideração de que o território afetivo do sujeito extrapola os limites geográficos. O resgate e construção desse território existencial é uma maneira de (re)construir o laço social do sujeito a partir de uma rede enquanto lugar de pertencimento social da pessoa, dando-lhe diversas possibilidades de ancoragem na (re)construção de sua história. Entramos, assim, no aspecto da construção da rede, outro ponto tão fundamental da clínica ampliada. Teixeira (s/a) potencializa essa discussão a partir de sua compreensão *ampla* sobre o trabalho em rede na saúde:

É comum se partir das limitações dos equipamentos de saúde em fazer frente à amplitude dos determinantes da saúde, para justificar a necessidade de uma ação intersetorial. Aqui, o caráter intersetorial do trabalho em saúde é dado primeiro e o que interessa é discutir qual a contribuição efetiva dos equipamentos de saúde para essa tarefa amplamente coletiva que é produzir saúde. (Teixeira, s/a, s/p)

Assim, a necessidade de um trabalho intersetorial da clínica ampliada no CR tal qual vimos no capítulo 3 não deveria ocorrer simplesmente porque os serviços são limitados, mas sim a partir da compreensão de que a saúde vai além - extrapola - de sua própria rede institucionalizada. A saúde como potência de vida ultrapassa a rede de serviços institucionalizados. Produzir saúde e fortalecer/construir a rede para cada sujeito diz respeito a uma escuta que se propõe a ser singular: para um sujeito a rede de pertencimento que o sustenta no laço social pode contar com algum familiar, uma

UBS, mas também com um centro cultural, um CREAS⁸¹, um parque, um vizinho, uma escola. Tecer a rede afim de fornecer ao sujeito múltiplos lugares para que ele possa se vincular. O vínculo como base de sustentação para qualquer intervenção proporciona a escuta clínica desse sujeito amparado por uma rede que o sustente no seu processo de produção/afirmação de vida.

Abordamos, em capítulos anteriores⁸², a diretriz de um trabalho em rede no que diz respeito a co-responsabilidade do cuidado. Nesse aspecto aqueles que constituem a rede do sujeito - seja os serviços da área da saúde, assistência social, educação, ONGS, ou pessoas de referência para o sujeito - assumem o cuidado de forma compartilhada, mesmo que o usuário escolha algum serviço como sua referência, a idéia de rede dissipa a noção de centralidade do cuidado. Os possíveis encaminhamentos são acompanhamentos compartilhados. O componente da rede que for a referência afetiva do sujeito considera a rede inteira pensando em uma multiplicidade de possibilidades para que o sujeito possa assumir seu próprio cuidado, sendo sustentado por essa rede de identificações. Teixeira (s/a) fala da importância do afeto na construção de redes de trabalho em saúde, considerando a saúde como uma tarefa coletiva que não se restringe à área da saúde em si. A equipe itinerante do CR ao realizar as buscas ativas, criar vínculos com as pessoas, construir cada demanda singular para tecer e potencializar uma rede está produzindo o que o autor chama de redes sociais, redes de comunidades, formas de vida e de produção de subjetividades e sociabilidades. A rede do social, a rede de resistência à marginalização, redes que enlaçam o sujeito que antes não tinham lugares de escuta para se dizerem.

Ainda que o trabalho aponte, agora, para a necessidade de um estudo sobre a população em situação de rua e suas especificidades, pode-se indagar quanto à potência clínica do CR de estar ali no território onde modos de vida tão múltiplos se concretizam, legitimá-las. Aproveitar de sua itinerância-errância como forma de potencializar a criação dessas redes de saúde, redes sociais, redes de sociabilidade. Para que essas redes afetivas e solidárias possam contribuir, de alguma maneira com o *campo sócio-cultural da reforma*, no que diz respeito ao trabalho *com e na* sociedade para que seja possível uma co-responsabilidade coletiva diante de todos que são produzidos e participam dela. Por uma desinstitucionalização da doença, da marginalização, da patologização como mecanismos de exclusão.

⁸¹ Centro de Referência Especializada da Assistência Social. O CREAS é o serviço especializado do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

⁸² No capítulo 2 no subitem da PNH e no capítulo três.

Isto equivale a se pensar na desinstitucionalização como ativação da força-invenção da vida. Desinstitucionalizar, na lógica da sociedade mundial de controle, não pode mais ser uma compreensão restrita às formas de poder institucional conhecidas no âmbito das sociedades disciplinares. Desinstitucionalizar, agora, assume um significado mais fluido, que acompanha as novas formas de poder em rede e cria, por consequência, estratégias, também em rede, de resistir. (Romagnoli; Paulon; Amorim e Dimenstein, 2009 p.205)

Amplia-se a clínica em sua potência de invenção de vidas. No CR atualiza-se a clínica em sua potência de *legitimação* de vidas. Garante-se o acesso à saúde. Amplia-se também a saúde. Constrói-se a rede como estratégia de resistir, redes sociais, redes coletivas. Não burocratizadas e institucionalizadas. Frente ao risco de burocratização que leva ao que aqui se pretende fugir - a institucionalização - a idéia dessa discussão não é enquadrar a clínica, reduzi-la, limitá-la. Mas negar qualquer naturalização do sofrimento. Negar a idealização do sofrimento. Negar qualquer indício de estagnação que esvazie as discussões sobre a clínica (Campos, 2001). Inventar estratégias em rede de resistir, nem que algum dia seja necessário negar essa clínica que aqui se defende. Que a itinerância do CR mostre que a clínica pode acontecer em movimento, e seus caminhos levem à emancipação.

*A flor e a náusea
Drummond*

*Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada
ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio,
paralisem os negócios,
garanto que uma flor nasceu.*

*Sua cor não se percebe.
Suas pétalas não se abrem.
Seu nome não está nos livros.
É feia. Mas é realmente uma flor.*

*Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde
e lentamente passo a mão nessa forma insegura.
Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se.
Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.*

Capítulo 6: Considerações finais

Ampliar a clínica em sua potência de invenção de vidas. Transformá-la ali onde se encontra institucionalizada. Escutar cada percurso, cada história. Dar a voz ao desejo que se encontra enclausurado, objetificado. Não naturalizar o sofrimento, e não idealizá-lo: linha tênue entre naturalizar o sofrimento e desconsiderar a potência do sujeito em seu cuidado de si. Tecer a rede para além da área da saúde. Rede ampla para o sujeito ancorar-se e enlaçar-se socialmente. Legitimar os modos de vida que se concretizam no espaço social. Desinstitucionalizar a rua no sentido de abrir possibilidades para que o sujeito possa se (re)inventar. Transitar não só pelo território geográfico, mas mapear junto com o sujeito seu território existencial, afetivo. Encontrar as linhas que ligam o sujeito à vida, e não as linhas esgarçadas da repetição. Essa trabalho de conclusão de curso se desdobra em novas perguntas e novos caminhos a serem descobertos e construídos.

Compreender as origens e rupturas da clínica a partir do recorte da reforma psiquiátrica evidenciou a necessidade - o que agora parece tão lógico - de desinstitucionalizá-la, reformulá-la e ampliá-la. Trilhar os caminhos da constituição da loucura como doença, de sua apropriação pelo campo do saber médico e a trajetória da reforma evidenciou os mecanismos forjados socialmente de lidar com sujeitos que escapam à norma, esses que são os porta-vozes da cidade. Mecanismos que são ancorados na lógica da patologização como estratégia de exclusão. Refletir sobre a atualização dessa clínica reformulada e ampliada nos novos serviços de Consultório de Rua a partir do prisma da atenção psicossocial levou também a outra ampliação: ampliação do próprio movimento antimanicomial e a percepção de que a escuta pode também ser ela manicomial se aprisiona e reduz o sujeito à doença, se desconsidera sua história singular. A educação pode ser manicomial se normatiza. A família que patologiza. Daí considerar a reforma psiquiátrica como movimento complexo. "Movimento em movimento", em construção e invenção. Movimento ainda não concretizado e que não deve cristalizar-se frente à lógica manicomial ainda presente, que se atualiza em novos mecanismos de controle: a medicalização exacerbada, os encaminhamentos "desresponsabilizados", a não compreensão dos princípios que norteiam os serviços substitutivos, a terceirização da gestão dos cuidados em saúde pública e o investimento em serviços que excluem e segregam o sofrimento, a escuta que repete a lógica da exclusão ao desconsiderar que da história singular de cada um é possível tornar-se sujeito e sair da posição de assujeição frente o discurso hegemônico social, econômico e político.

Se de um lado esse trabalho de conclusão de curso evidenciou a reforma psiquiátrica como movimento de resistência à patologização daquele que é excluído do espaço social e sua consequente criminalização, a breve experiência no território de Mauá (ver anexo) e o estágio⁸³ realizado em um CAPS-AD evidenciam que a luta antimanicomial é ainda muito atrelada a questão da “loucura” e pouco se percebe de sua relação intrínseca como luta de resistência frente ao discurso homogenizador. Esse aspecto posto na vida prática abre novas possibilidades de estudo e intervenção, principalmente quanto ao desafio de incluir “de fato” no movimento da reforma aqueles que são patologizados e identificados com essa posição: posição de resto no laço social (Debieux, 2002).

A necessidade de ir a Mauá, ainda que esse trabalho seja teórico, foi importante como afirmação da possibilidade do fazer clínico como resistência, confirmando sua dimensão política, discutida aqui de forma teórica. Resistência no sentido de negar a condição do sujeito reduzido à doença. Resistência por ser - no caso do CR - um serviço *de rua*, que se propõe a legitimá-la como espaço de vida, e não somente como lugar de passagem. O dispositivo clínico do consultório de rua é estratégico em uma rede intersetorial que vê somente o *bicho*, mas sem a percepção última de Manuel Bandeira: “O bicho, meu Deus, era um homem”. O verso carrega um espanto. É interessante que quem se espanta é aquele que olha, e não aquele que está na “Na imundície do pátio / Catando comida entre os detritos”. Nesse sentido o CR como aquele que sustenta o olhar e a escuta para o invisível é um dispositivo potente para a humanização⁸⁴ daqueles que enxergam somente o bicho, mas também como dispositivo potente para esse “bicho” ser escutado, resgatar sua história, se dizer como homem, construir seu cuidado de si e libertar-se da identificação como resto, como o lixo que se confunde com a imundice do pátio.

Ora, se deslocar da identificação de resto a partir da escuta de um outro que possibilite a enunciação de uma narrativa que afirme o sujeito como singular é um ato político. O bicho deve também espantar-se com sua sujeição frente às determinações que o aprisionam e ver-se, assim, como o homem que ele é! Homem que se enlaça no campo social, sujeito de direitos. Assim, a potência transformadora da clínica está nessa escuta que não normaliza, mas que se atualiza como libertadora para que o sujeito possa (re)inventar-se. Porém, o ato clínico em sua dimensão política não se sustenta se não articulado com uma rede, com políticas públicas que possibilitem ao sujeito novas formas de laço social. Nesse sentido o projeto político da clínica se vê

⁸³ Estágio do Núcleo de Saúde Mental, política e clínica ampliada do quinto ano do curso de psicologia da PUC-SP.

⁸⁴ Lembrar do poema do Drummond sobre humanização! falta humanizarmos a nós mesmos!!

constantemente ameaçado frente a políticas e projetos de lei que criminalizam, patologizam e naturalizam o sofrimento, considerado aqui como *sofrimento em relação ao corpo social*, por ser por ele produzido e paradoxalmente excluído, ou incluído de forma perversa. Assim, para que a clínica ampliada no consultório de rua possa atualizar-se como mecanismo de transformação ela deve se articular com uma rede que dê a possibilidade concreta do “bicho” espantar-se com sua condição, desnaturalizá-la, negá-la e inventar novas formas de vida, que só poderão acontecer se outros espaços de liberdade se forjarem em uma sociedade que não lida com suas diferenças. Nesse sentido, lidar com o imaginário social do que difere à norma é um desafio posto pela reforma psiquiátrica ainda não superado e que se atualiza constantemente no dia-a-dia.

Sobre as determinações que aprisionam o sujeito, vimos que a clínica proposta pelo CR tem como “força motriz” o vínculo entre profissional e usuário para que o processo de escuta e de produção e afirmação da diferença possa ocorrer. É a partir do vínculo que se escuta o sujeito e se constrói, com ele, sua demanda de cuidado e um projeto terapêutico para que ele possa construir novos laços sociais. A escuta, tal qual proposta na cartilha da clínica ampliada (ver capítulo 2.3), pressupõe a consideração dessas determinações sociais e também a história de vida singular de cada pessoa para a construção de sua rede. Nesse sentido está posto o desafio de não “individualizar” o sofrimento, e tampouco “socializá-lo”, o que tiraria do sujeito sua potência de construir seu próprio cuidado. No capítulo 2 Gondar (2004) foi citada para a reflexão acerca da impossibilidade de separar o sofrimento coletivo do sofrimento individual. Uma questão que se abre a partir disso é a própria necessidade de estudar e compreender a produção do sujeito e suas possibilidades de expressão sem pender para o “social” ou para o “individual”.

Outro desdobramento desse trabalho aponta para a necessidade de uma apropriação/compreensão da rua no que diz respeito ao estudo prático e teórico de sua população, essa caracterizada por sua heterogeneidade, assim como os novos perfis que se assumem e se concretizam nesse espaço, como famílias, mulheres e crianças. Viu-se também a necessidade de apropriação das políticas públicas dirigidas a essa população como algo importante para a própria articulação do CR na rede já institucionalizada, e assim, para pensar nas possíveis desinstitucionalizações e invenções em rede.

A redução de danos (RD) como “método clínico-político de ação territorial inserida na perspectiva da clínica ampliada” (Brasil, p.24, 2004) é uma estratégia que permeia a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. No capítulo 3 essa estratégia aparece como paradigma de saúde pública que não se limita

apenas a reduzir o uso/danos de substâncias, mas como dispositivo clínico de cuidado que potencializa a liberdade e responsabilidade do sujeito que está sendo tratado a partir do *vínculo* com os profissionais da equipe, para que juntos possam trilhar um projeto de vida ao usuário a partir daquilo que ele traz de singular. Nesse sentido a RD se alinha com a proposta de clínica defendida nesse trabalho, mas é necessário um estudo mais aprofundado sobre esse dispositivo, já que aqui foi abordado apenas superficialmente.

Outro desdobramento desse trabalho é a necessidade de compreender o uso abusivo de drogas pelas pessoas em situação de rua, com o cuidado, porém, de não homogeneizar essa população e não reduzir o *sofrimento em relação ao corpo social* ao uso de drogas, o que seria cair na armadilha da guerra às drogas e da patologização como mecanismos de exclusão social. Essa questão só surgiu no decorrer desse trabalho e também a partir da convivência com usuários em situação de rua no estágio no CAPS AD. Nesse sentido, pareceu interessante estudar primeiramente o CR e a dimensão da clínica ampliada que se atualiza nesse serviço a partir do prisma da reforma psiquiátrica: evitando a redução dessa população ao uso de drogas e sua conseqüente patologização e criminalização. Esse recorte pode subsidiar um futuro trabalho sobre esse tema a partir do paradigma psicossocial afirmando a necessidade de compreendermos a reforma como uma luta complexa pela legitimação dos modos de vida que se concretizam nas relações sociais.

Por ter percorrido o trajeto da reforma psiquiátrica para a compreensão das origens e rupturas da clínica e sua atualização como "clínica ampliada" nos CR, esse trabalho se conclui na negação da clínica como mecanismo de normalização do sujeito, patologização do social, e naturalização do sofrimento e, assim, na defesa de uma clínica desinstitucionalizada. Escutar e construir redes de resistência junto às pessoas em situação de rua implica na ética de não naturalizar o sofrimento e não idealizá-lo. Por uma clínica que afirme a produção da diferença e a emancipação do sujeito. Seus adjetivos podem ser muitos - clínica ampliada, reformulada, do sujeito - e todos são válidos, desde que não se cristalizem e que não sejam a simples atualização da clínica fundada sob o paradigma da doença. Afinal, só precisamos de uma clínica de produção de vida:

...Hoje tem muito papel no lixo. Tem tantos catadores de papeis nas ruas. Tem os que catam e deitam-se embriagados. Conversei com um catador de papel:

-Porque é que não guarda o dinheiro que ganha?

Ele olhou-me com seu olhar de tristeza:

-A senhora me faz rir! Já foi o tempo que a gente podia guardar dinheiro. Eu sou um infeliz. Com a vida que levo não posso ter aspiração. Não posso ter um lar, porque um lar inicia com dois, depois vai multiplicando.

Ele olhou e disse-me:

-Porque falamos disso? O nosso mundo é a margem. Sabe onde estou dormindo? Debaixo dos pontes. Eu estou doido! Eu quero morrer!

-Quantos anos você tem?

- 24.Mas já enjoiei da vida.

(Jesus, 2007 p.184)⁸⁵

⁸⁵ Em *Quarto de despejo. Diário de uma favelada*. De Carolina Maria de Jesus, escrito entre 1955 e 1960 por uma mulher, negra, catadora de lixo e moradora da favela do Canindé, desocupada na década de 60 para a construção da marginal Tietê, em São Paulo. O relato de Carolina se faz tão atual e afirma a paradoxal potência da vida frente a tantas formas de assujeitamento e opressão.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998. p. 21- 51.
- AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianne Régia & Costa, Eliane Silva (org). Fim de Século ainda sem manicômios?. São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-52
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-67.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-67.
- ANAYA, F. Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. 2004. 168p. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.
- ANDRADE, C. D. Nova reunião: 19 livros de poesia – 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.
- ARAGÃO, L. T.; CALLIGARIS, C.; COSTA, J. F.; SOUZA, O. Clínica do Social. São Paulo: Escuta, 1991.
- ASSIS, M. O Alienista. In 50 Contos de Machado de Assis. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.38-81.
- BAREMBLITT, G. A clínica como ela é. In Saúde Loucura 5 São Paulo: Hucitec, 1997.
- BASAGLIA, F. A instituição Negada. Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):561-571, 2005

- BRASIL. Cartilha clínica ampliada. Brasília, 2004.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
- BRASIL. A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, 2004.
- BRASIL. Portaria n 122, de 25 de janeiro de 2011. Acesso http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
- BRASIL. Portaria n 2488, de 21 de outubro de 2011. Acesso http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- BRASIL. Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População de Rua. 2012
- BRASÍLIA: SENAD; SALVADOR: CETAD. Guia do projeto consultório de rua. (org) NERY FILHO, A; VALÉRIO, A. L. C; MONTEIRO, L. F. 2011, 160 p.
- BROIDE, J. Os porta-vozes da cidade. In Bienal City Canibal Rede de tensão. (s/a)
- CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S.. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: Método Qualitativo, epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93-105
- CAMPOS, O. R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Rev. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 98-111, maio/ago.2001
- CAMPOS, G. A clínica do sujeito. Por uma clínica ampliada, reformulada e ampliada. 1996/1997. http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos acesso em 11 de abril de 2014.
- COSTA, J. F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA-ROSA, A; LUZIO, C; YAUSI, S. Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma de Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

- DELEUZE, G.. As estratégias ou o não estratificado: o pensamento do lado de fora (poder). In Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988. p.78-101.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In Conversações. São Paulo: editora 34, 1992. p. 223-231.
- FOUCAULT, M. O Nascimento do Asilo. In História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2009. p.459-503
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- FÓRUM NACIONAL. (2000) Como Anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades. 31/05/2000, Instituto Euvaldo Lodi, Brasília/DF. ed Conselho Regional de Psicologia.
- FREUD, S. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In Obras Completas volume 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p.279-293.
- GUATTARI, F. Práticas Analíticas e Práticas Sociais. In: Caosmose. Um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992, **p.**
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- GONDAR, J. O. . A clínica como prática política. Lugar Comum (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 19-20, p. 125-134, 2004.
- MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Por uma clínica de expansão da vida. Interface Comunicação., Saúde, Educação., v.13, supl.1, p.515-21, 2009.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993.
- MOREIRA, J. O; ROMAGNOLI, R. C; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. Revista Psicologia, ciência e profissão. v27, n4, p608-621. 2007
- OLIVEIRA, M. Consultório de Rua: relato de uma experiência. 2009. 151p. Dissertação Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009

- OURY, J. Entrevista Jean Oury. Revisto Percurso, (http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=111&ori=entrev) Acesso em 16 de maio de 2014.
- PAULON, S. (2004). Clínica ampliada: Que(m) demanda ampliações? In T. M. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.). Corpo, arte e clínica. Porto Alegre: UFRGS, p. 259-273
- PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. São Paulo: Martins Fontes, 2005
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA, Benilton (org). Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 15-75
- ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S. M.; AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Revista Comunicação Saúde Educação. v.13, n.30, p.199-207, jul./set. 2009.
- ROSA, M. D. Uma escuta Psicanalítica das Vidas Secas. Revista de Psicanálise Textura. n2. 2002
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In Nicácio (org) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990
- TEIXEIRA, R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. (s/a)

“Relato de experiência”

Minha experiência junto à equipe do Consultório de Rua (CR) de Mauá começou antes das 15h da tarde, horário do encontro marcado com a coordenadora do serviço. A sensação de sair de São Paulo e chegar a uma cidade geograficamente próxima, e paradoxalmente distante, me animou. Cheguei algumas horinhas antes e decidi procurar algum lugar para almoçar. Voltei para pracinha do chafariz, que me pareceu ser a principal daquele centro. Percebi que por ali passava muita gente, algumas descansavam, outros dormiam e alguns trabalhadores aproveitavam os bancos para se reunirem e conversar. Já que faltava muito tempo abri meu livro e comecei a ler *O Alienista*, tentando pensar em um jeito de começar o primeiro capítulo desse trabalho. Por um momento achei meio inapropriada a idéia de ler um livro ao invés de observar aquele movimento. No fim das contas o livro acabou atraindo a curiosidade de um senhor que passou por mim e perguntou se eu estava lendo a Bíblia. Respondi que não, mostrei a capa e falei que estava lendo um conto de Machado de Assis, um autor brasileiro. Me disse que Deus é brasileiro, não me deu tempo de dizer nada e saiu andando, não muito interessado em conversar.

Logo depois passou um homem meio desconfiado, me disse “bom dia” e continuou andando. Decidi dar uma voltinha e conhecer os arredores. Perguntei para os trabalhadores do “Cidade Limpa” se eles conheciam o CR. Me informaram a hora e o local que “eles” costumam “aparecer”. Atravessei a ponte e encontrei o CAPS adulto, o conselho tutelar e uma igrejinha. Tomei um sorvete e fiquei indiscretamente observando um grupo de adolescentes. Voltei para praça e sentei no banquinho perto de uma mulher negra de peruca e de um senhor branco com dentadura. A mulher parou de falar com o senhor, se inclinou pra mim e perguntou - meio gritando - se eu fazia “programa”. Disse que não, me apresentei e contei que estava esperando o pessoal do CR, que eu não era dali e queria conhecer o trabalho deles. Perguntei se ela conhecia o CR. Ela mudou o tom de voz e respondeu que “sim”. Falei que esperava a Marina (coordenadora), mas que ainda faltava um pouco até ela chegar, ao que ela disse “Ai, preciso muito falar com a Marina”. Daí que começou a contar um pouco de sua história e de suas relações.

Se aproximou da gente A., que estava com a cabeça enfaixada, via-se o sangue seco. Me contou que recém saíra do hospital e que aquele machucado era fruto de uma briga no CAPS. Perguntei se “era aquele CAPS depois da ponte” que ele frequentava, ele negou, dizendo que aquele CAPS é pra quem “tem coisa na cabeça”, e me apontou a direção do CAPS-AD. Por um momento quis acabar com as definições “AD” e “Adulto” e cheguei a visualizar a triste imagem de um dia chegar a existir um CAPS para cada tipo de CID, mas pensei que esse era o grande desafio da reforma,

incluir na luta aqueles que são discriminados por fazerem o uso abusivo de drogas e que ainda não são ativos no movimento - muito como reprodução da moral e da patologização que sofrem. Voltei para a conversa.

Ao me apresentar para A., ele também se referiu ao CR a partir do nome de alguém da equipe. Presumi que tanto a Marina quanto essa outra trabalhadora eram as referências de C. e A., respectivamente. A. também contou que o pessoal do CR tinha tirado uma foto dele e que iam colar essa foto na estação de trem. Estava muito orgulhoso.

Se aproximou da gente também R., reciclador de lixo, carregando sua "carroça". Me contou de onde era e de suas viagens pelo Brasil. C. começou a falar sobre lentes de contato, pediu para ver as minhas e começou a falar sobre sua teoria acerca das pessoas de olhos claros, como R.: "Não conseguimos ver se é maldade ou bondade nos olhos claros". Esqueci o resto da teoria, mas na hora deu um bom papo sobre como era usar lente de contato e os cuidados que tinha que ter ao tirar as lentes todos os dias.

Já estava dando a hora, os planos tinham mudado e ia encontrar a equipe do CR direto no Centro de Referência da Mulher, onde eles têm uma salinha para reuniões. Me despedi do pessoal da praça, C. me deu um abraço e me chamou de ingênua. *Ingênua por conversar com ela?* Sim, por estar ali. Ainda me pediu desculpas por achar que eu fazia programas. Só consegui dizer que não tinha do que se desculpar. Só consegui retribuir seu sorriso e dar risada enquanto via ela sair dançando pela praça.

Acho importante narrar essas cenas. O pessoal do Cidade Limpa me fez pensar sobre as marcas que o consultório deixou na praça. A. e C. me fizeram pensar sobre o vínculo que criaram com diferentes pessoas da equipe. Foi interessante que como "pessoa qualquer da praça" eu parecia uma ameaça, mas como "conhecida da equipe" senti que pude ocupar um outro lugar e "simplesmente" conversar. "Simplesmente" sendo ingênua. Entendi que C. tinha razão, sentar ali e conversar *com eles* parecia muito ingênuo. Antes fosse humano.

Me encontrei com a equipe e fomos para o campinho do futebol, atividade que acontece todas as sexta-feiras. A equipe me contou que comparecem ao futebol muitos usuários do CAPS AD, inclusive pessoas que não são acompanhados pelo CR acabaram se vinculando àquela atividade. Devido a uma briga que ocorrera no dia anterior no CAPS-AD (e a eminência de chuva) desconfiavam que a atividade seria mais esvaziada. Por coincidência A. estava envolvido na briga. De fato apareceram poucas pessoas para jogar futebol, mas foi o suficiente para perceber a relação de cada um deles com os diferentes membros da equipe.

Foi interessante perceber o manejo da equipe com cada pessoa que chegava. Um dos homens, por exemplo, não estava mais morando em Mauá mas foi até a cidade para o futebol. Outro trouxe o filho para jogar. Um terceiro chegou "meio bêbado" e foi incentivado a beber água, e daí surgiu a possibilidade de uma conversa sobre sua rotina e como estava sendo morar com sua família. Um senhor chegou com sua sacola, tirou sua chuteira e se preparou para o jogo. Lembro também de uma figura muito peculiar, que reclamou com a equipe sobre as condições do albergue, me contou que era estilista e aproveitou para julgar - literalmente - as roupas de todos que ali estavam. Ficou claro que aquele era um momento de aproximação, era a possibilidade de criar vínculo e acompanhar a trajetória de cada um. Depois a equipe me contou que no futebol também comparecem as mulheres dos jogadores, que acabaram por se vincular com as mulheres da equipe que não jogam futebol - o que configurou aquele momento também como oportunidade para se cuidarem, pintarem as unhas e claro, conversar e se conhecerem.

Depois do futebol duas pessoas da equipe foram visitar uma adolescente que estava internada em um hospital geral, N.. Enquanto isso fiquei esperando com o motorista da van do CR. Não vou me esquecer do que ele me falou, mais ou menos com essas palavras: "Já trabalhei em todos os tipos de serviço. Agora quando ando na rua vejo as pessoas que estão na calçada com outros olhos, parece que vejo ainda mais gente. É legal quando conheço algum deles e posso cumprimentar." Pensei na dimensão política do CR, e, porque não, da clínica: da possibilidade de tornar o invisível, visível. De construir um espaço de escuta para quem não se diz, poder se dizer.

Pude também participar de uma reunião geral da equipe e presenciar a discussão de alguns casos - dois adolescentes (uma delas N.) e uma jovem de 22 anos. Além da discussão sobre a atividade das fotos - a que A. me contara na praça.

Na discussão dos casos pude perceber o papel do CR como potencializador da rede intersetorial no que diz respeito ao papel do CR de articular os serviços da rede, potencializando também o cuidado de cada sujeito. Apesar desses casos terem "escolhido" o CR como referência afetiva dentro dessa rede institucional penso que a idéia de rede exclui a idéia de que um serviço tenha mais responsabilidade no cuidado do que outro. Por mais que a referência afetiva do sujeito no cuidado seja o CR, o CAPS, abrigo ou Hospital, por exemplo, constituem a rede do sujeito de forma a compartilhar o cuidado (co-responsabilidade). Vale lembrar que essa equipe especificamente se propõe a matriciar os casos na rede.

Mais especificamente no caso dos adolescentes ficou bem clara a demanda pela articulação da rede intersetorial. Para além da rede institucional, em um caso

específico, percebi a escuta da equipe na singularidade do usuário: resgatando e potencializando os vínculos familiares e amorosos. Isso me mostrou que o CR não é uma simples máquina de encaminhamentos, mas como disse Antonio Nery Filho, “uma máquina de encontros”. E, no caso dos encaminhamentos, penso que a itinerância do CR pode potencializar a co-responsabilidade do cuidado e o empoderamento do sujeito no seu próprio cuidado ao escutá-lo como sujeito de si, ativo nesse processo de cuidado. Talvez porque o estar-na rua, na busca ativa pelo sujeito, construindo junto com ele a demanda de cuidado me parece uma dimensão do trabalho do CR muito importante para a especificidade dessa população no que diz respeito à sua relação com o *tempo*, embora esse seja um aspecto a ser estudado.

Outra pauta da equipe foi a intervenção do grafite. Uma dos membros da equipe realiza uma oficina de graffiti no CAPS-AD e, em paralelo ao horário da oficina, a equipe tirou fotos das pessoas que acompanham na rua para colar a foto trabalhada na parede da estação. Como não tiverem autorização do “dono” da parede as fotos serão expostas na parede de uma ONG parceira que fica ao lado do campinho onde acontece o futebol. Ao lembrar da maneira como A. contou essa atividade me pareceu uma forma de *reconhecer* essas pessoas em situação de vida. Pelo que a equipe conta todos estão com grandes expectativas de verem suas fotos expostas. Ao meu ver esse tipo de intervenção tem uma potência clínica incrível - até me emociona!

Apesar do meu trabalho de conclusão de curso ser teórico, tive a necessidade de conhecer - nem que minimamente - o trabalho da equipe do CR de Mauá. A ida ao território, a reunião com a equipe e a conversa com a coordenadora foram muito importantes na discussão desse trabalho.

Outro aspecto importante é que o CR de Mauá é “na” rua e, na prática, isso pareceu não mudar muito na rotina prática do trabalho no que diz respeito ao trabalho em rede, sendo ela na atenção básica ou na saúde mental. Me parece inviável pensar em um consultório de rua ou na rua que não tenha essa circulação por toda a rede, inclusive fora dos limites da saúde. Porém, pode ser estratégico e importante os CR estarem na atenção básica, até porque, como consta no “manual de cuidados junto a população de rua” a maioria das demandas das pessoas em situação de rua podem ser supridas nas UBS. Os consultórios na rua podem, inclusive, potencializar o trabalho na saúde mental na atenção básica, grande desafio que já está posto!