

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas



**Caderno do IV Prêmio Margarete
de Paiva Simões Ferreira**

**Experiências em Psicologia
e Políticas Públicas**

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas

Caderno do IV Prêmio Margarete
de Paiva Simões Ferreira



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2012

Organização do Prêmio

Cláudia Durce Alvernaz Harari

Sylvia Regina Peçanha Vieira

Wilma Fernandes Mascarenhas

Projeto Gráfico e Capa

Julia Lugon

Editora Presidente

Ágnes Cristina da Silva Pala

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Experiências em Psicologia e políticas públicas / Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro – (2012). Rio de Janeiro, CRP 05, 2012.

Caderno Anual, nº 4, ano 2012

ISSN 2175-1072

1. Psicologia 2. Políticas públicas I. Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro

CDD 150

SUMÁRIO

EDITORIAL..... 7

1º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

A construção de uma política de assistência à saúde de usuários de álcool e outras drogas baseada na redução de danos no município de Niterói (RJ): o papel do supervisor clínico 11

Lorena Figueiredo de Souza

2º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Mãe-de-verdade x mãe-de-mentira: Amor materno e política de amamentação no cotidiano das práticas institucionais 25

Paula Figueiredo de Oliveira

3º LUGAR - CATEGORIA PROFISSIONAL

Reconstruindo cidadanias: entraves e desafios na desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental infratores..... 41

Andréa da Silva Montechiare Pires e Gisela Giannerini dos Santos

1º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

Dos processos de singularização e autonomia à cidadania: a prática política do diálogo 53

Ana Chacel de Castro, Flávia de Abreu Lisboa e Aline Gomes de Carvalho

2º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

Plantão Psicológico: a clínica da urgência psicológica na contemporaneidade 69

Wagner Teixeira Durange

3º LUGAR - CATEGORIA ESTUDANTE

O grupo de familiares da atenção psicossocial: Promovendo a reidentificação e autonomia da família..... 85

Alex Yan da Costa Mendes

PARECERISTAS 101

XIII PLENÁRIO DO CRP-RJ 103

Editorial

É com grata satisfação que apresentamos, na íntegra, as produções dos vencedores o IV Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira nas categorias profissional e estudante, um compromisso do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro na afirmação de Psicologia sustentada na Ética e nos Direitos Humanos.

O debate acerca dos Direitos Humanos vem ganhando destaque na sociedade contemporânea, sendo o entendimento do que seriam esses direitos, constantemente, construído e reconstruído.

Pensar Psicologia e Direitos Humanos é pensá-la como um saber que não se desvincule de política, que não se coloque à margem do mundo no qual está inserida. Ou, ainda, como nos lembra Cecília Coimbra, Direitos Humanos não são uma especialidade dentro da Psicologia, mas sim uma prática que deve atravessar toda e qualquer atuação profissional.

Nesse caminho, o CRP-RJ procura manter acesa a chama dos Direitos Humanos como fio condutor dos discursos/práticas dos profissionais da Psicologia. As Mostras de Psicologia realizadas anualmente desde 2007 e o Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira inserem-se nessa lógica. Incentivar bem como criar espaços de interlocução com a categoria colocando em análise o cotidiano psi são objetivos do Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira que contempla trabalhos em duas categorias: profissional e estudante.

Na categoria Profissional, o trabalho de Lorena Figueiredo de Souza (CRP 05/25396), sob o título “A construção de uma política de assistência à saúde de usuários de álcool e outras drogas baseada na redução de danos no município de Niterói (RJ): o papel do supervisor clínico” foi o vencedor. Lorena apresenta-nos de modo claro e consistente teoricamente, alguns questionamentos e desafios à consolidação da política pautada na redução de danos. Escapando à lógica jurídico-penal e buscando alternativas no campo da saúde e não de repressão policial, a autora vai construindo argumentos em prol do cidadão com direito à saúde, a despeito de suas escolhas.

O texto “Mãe-de-verdade x mãe-de-mentira: amor materno e política de amamentação no cotidiano de práticas institucionais” de autoria de Paula Figueiredo de Oliveira (CRP 05/34168) obteve o segundo lugar na categoria Profissional. No curso de seu trabalho, Paula vai contextualizando historicamente a construção do lugar de mulher-mãe no cuidado de seus filhos a partir do dispositivo da amamentação, nos levando a pensar como certas práticas ditas especialistas vão produzindo estratégias de normatização da vida, inibindo e penalizando modos singulares de vivenciar o binômio mãe-filho.

O terceiro trabalho da categoria Profissional, “Entraves e Desafio na Desinstitucionalização de Pacientes com Transtorno Mental Infratores”, desenvolvido em parceria por Andréa da Silva Montechiare Pires (CRP 05/36629) e Gisela Giannerini dos Santos (CRP 05/37591) problematiza os manicômios judiciais como espaços de tratamento e reclusão, nos levando a concluir que nesses estabelecimentos o caráter punitivo abafa o viés terapêutico. Ou seja, são ainda marcados pela concepção da reclusão como segurança da população. Andréa e Gisela, partindo de suas experiências cotidianas, vão afirmando determinadas práticas psi como possibilidades de mudança dessa realidade.

Na categoria Estudante, os trabalhos refletem práticas de alunos a partir de estágios acadêmicos, condição obrigatória e necessária para a formação profissional.

O primeiro texto, “Dos Processos de Singularização e Autonomia à Cidadania: a Prática Política do Diálogo”, foi elaborado pelas graduandas em Psicologia Flávia de Abreu Lisboa, Ana Chacel de Castro e Aline Gomes de Carvalho partindo de suas experiências em projeto de pesquisa-intervenção no Complexo da Maré. As autoras, sustentadas pelas ferramentas da Filosofia da Diferença e da Análise Institucional, relatam-nos suas apostas no diálogo, na conversação como potentes espaços de afirmação de sujeitos atores e interventores de suas próprias realidades.

No segundo trabalho, “Plantão Psicológico: a clínica da urgência na contemporaneidade”, de autoria de Wagner Teixeira Durange, o autor, pensando com Bauman sobre a transitoriedade e a liquidez da vida e da sociedade, problematiza os efeitos dessa forma de estar no mundo e propõe o Plantão Psicológico como um dispositivo de intervenção com grande potencial mobilizador para a promoção da saúde na contemporaneidade.

O último trabalho “O Grupo de Familiares da Atenção Psicossocial: promovendo a reidentificação e autonomia da família” retrata a experiência e os questionamentos de Alex Yan da Costa Mendes com base em sua prática como acadêmico bolsista. Sem fechar questões e ou modelos, o autor procura analisar o lugar do grupo de familiares da atenção básica.

Em síntese, os textos nos levam à reflexão do lugar e da responsabilidade da Psicologia na construção e na afirmação de subjetividades. Desconstruir verdades estáticas, imobilizadas e imobilizantes é também nosso compromisso como Conselho Regional de Psicologia.

Parabéns a todos e boa leitura!

Lygia Santa Maria Ayres, conselheira-presidente do CRP-RJ (2010-2012)

1º lugar - Categoria Profissional

A construção de uma Política de Assistência à Saúde de usuários de álcool e outras drogas baseada na Redução de Danos no Município de Niterói (RJ): o papel do supervisor clínico

Lorena Figueiredo de Souza

Resumo

O trabalho apresenta reflexão sobre a participação do supervisor clínico na consolidação de Política Pública de Assistência à Saúde de Usuários de Drogas, no Programa de Redução de Danos do município de Niterói/RJ. Propõe que o profissional da psicologia é capacitado para sustentar uma tensão entre singular e coletivo no estabelecimento de Políticas Públicas, de modo que estas se construam respeitando a singularidade dos cidadãos. Trata-se de uma reflexão relevante num momento em que a Redução de Danos ainda batalha para se estabelecer como prática legítima num campo dominado por entendimentos muito diferenciados sobre o tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Álcool e Outras Drogas. Redução de Danos. Política de Assistência. Supervisor Clínico.

Introdução

O presente trabalho pretende apresentar o percurso de implementação de uma Política de Assistência à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas baseada no Paradigma da Redução de Danos, no município de Niterói, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Pretende refletir especialmente sobre minha participação na consolidação da mesma através da função de supervisora clínica do Programa de Redução de Danos do referido município.

O desafio de construir uma atenção a usuários de álcool e outras drogas, baseada no Paradigma da Redução de Danos, foi colocado em 2003 pelo Ministério da Saúde em sua Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. As estratégias de Redução de Danos já vinham sendo utilizadas no Brasil através do programa de DST/AIDS, com bons resultados (FONSECA; BASTOS, 2005). Afirmá-la, entretanto, como direção de cuidado de usuários de álcool e outras drogas levantou questionamentos que não podem ser ignorados. O mais premente deles diz respeito ao fato da Redução de Danos não preconizar, *a priori*, a abstinência do uso de substâncias psicoativas como direção de tratamento.

Pautado pelos Princípios do Pragmatismo, da Tolerância e do Respeito à Diversidade (CRUZ, 2006), entende-se que, na Redução de Danos, todos os usuários deveriam ter acesso

aos serviços de saúde e, para tal, precisam ser acolhidos da maneira que for possível a eles, ainda que a abstinência não seja possível ou desejada naquele momento. A partir do encontro do usuário com o profissional de saúde, é possível construir a direção de seu cuidado no sentido de diminuir os danos e os riscos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A abstinência do uso de drogas pode ser um objetivo acordado nesse processo. A experiência holandesa apontou que usuários acessados pelos dos Programas de Redução de Danos solicitavam tratamento em serviços orientados pela abstinência e esses usuários eram mais motivados do que os provenientes de outros encaminhamentos (BUNING, 2006).

Em torno do encontro de profissionais de saúde – os Redutores de Danos – e usuários de drogas tem-se desenvolvido a experiência da Supervisão do Programa de Redução de Danos do CAPSad Alameda – sede do Programa de Álcool e Drogas, da Coordenação de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ). A pergunta “como a Redução de Danos se articula enquanto direção clínico-institucional?” tem me acompanhado desde que assumi a função de supervisora, há pouco mais de um ano. É uma questão relevante num momento em que a Redução de Danos ainda batalha para se estabelecer como prática legítima num campo dominado por entendimentos muito diferenciados sobre o tratamento de usuários de álcool e outras drogas.

Contextualização: A Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas

Em 2003, o Ministério da Saúde apresentou a Política de Atenção para Usuários de Álcool e Outras Drogas. A necessidade de formular uma política de atenção a essa clientela foi enfaticamente recomendada na III Conferência de Saúde Mental, em 2001. Até esta época, todas as ações relativas ao problema do uso de substâncias psicoativas foram desenvolvidas no campo da Justiça e da Segurança Pública. O Ministério da Saúde admite que houve um vácuo de propostas nesse campo.

Entre os problemas que motivaram o estabelecimento dessa política destacam-se o impacto, no Sistema Único de Saúde (SUS), dos danos decorrentes do uso de álcool; do uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes; o aumento do uso de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína e a prevalência de infecção por HIV entre usuários de drogas injetáveis.

Diante desses fatos, o Ministério da Saúde estabeleceu uma política cujos objetivos são: 1) alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; 2) indicar o Paradigma da Redução de Danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto regulador sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento; 3) formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição; 4) mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das Políticas municipais e estaduais (é necessário que a sociedade como um todo tome o problema para si).

É interessante notar que são postos pelo Ministério da Saúde como objetivos desta política a necessidade de alocar o uso de álcool e outras drogas como questão de saúde pública e, a seguir, a necessidade de formular políticas que desconstruam uma determinada concepção sobre o uso de drogas e as práticas decorrentes dela. Ao estabelecer tais objetivos, o Ministério está propondo a necessidade de se fazer uma ruptura com um discurso muito impregnado no senso comum, que Acselrad (2005) denomina discurso jurídico-moral, ao retomar a classificação de Nowlis. De acordo com essa abordagem, o uso de substâncias é, em si, só um comportamento considerado indesejável, um desvio moral ou crime, e sua estratégia de ação é manter o indivíduo afastado do consumo através da punição ou ameaça de punição. De acordo com Delgado (2005), esse discurso tem como efeito concentrar todas as iniciativas no combate às substâncias classificadas como ilícitas, relegando ao segundo plano as substâncias lícitas – álcool e tabaco – que são mais danosas à saúde da população. O documento do Ministério da Saúde aponta a complexidade de fatores envolvidos no fenômeno do uso e abuso de substâncias psicoativas, indicando a inadequação de abordagens reducionistas que ignoram as implicações sociais, culturais e econômicas do problema.

No CAPSad Alameda, consideramos de fundamental importância o trabalho de diálogo com nossos parceiros – instituições, comunidade, agentes de saúde – no sentido de promover uma visão sobre o problema, considerando a complexidade na construção de soluções para situações problemáticas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas. A essa vertente do trabalho denominamos Intervenção na Cultura. É um trabalho que converge para o quarto objetivo da política – mobilizar a sociedade civil no sentido de participar da formulação de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. É necessário encontrar soluções locais para os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: a realidade socioeconômica em que se intervém; a rede de serviços de saúde e sociais existentes; a cultura de uso de substâncias psicoativas existente. Entende-se que muito do que se recolhe de fracasso na abordagem do problema de álcool e drogas decorre da tentativa de impingir soluções massificadas para problemas peculiares a cada comunidade. Esse é um dos aprendizados com a experiência holandesa na construção do Paradigma da Redução de Danos como estratégia de cuidado de usuários de álcool e outras drogas.

Redução de Danos:

O que podemos aprender com a experiência holandesa?

Há registros de iniciativas de Redução de Danos decorrentes do uso de substâncias psicoativas desde o início do século XX, na Inglaterra, mas ela só se estabelece como política pública na Holanda na década de 1970. O contexto é o aumento de usuários de heroína devido à crise econômica no país, o aumento de um turismo de drogas de outros países da Europa, bem como um forte movimento de migração do Suriname, que tinha deixado de ser colônia holandesa (BUNING, 2006). É importante ressaltar que, diante desse panorama, buscou-se alternativas dentro do campo da saúde e não de repressão policial, como tradicionalmente se faz. Constataram ainda a insuficiência de instituições para enfrentar o problema.

Nesse contexto, foi elaborada uma estratégia baseada nas seguintes ações:

- É preciso entrar em contato com todas as pessoas que usam drogas e causam problemas a si e/ou aos outros.

- É preciso escutá-los para entender qual é o seu problema e que tipo de ajuda precisam.
- É preciso desenvolver um sistema de registro para acompanhar os pacientes.
- É preciso mapear todas as instituições de assistência e otimizar seu uso.

Vale destacar a determinação de escutar os dependentes e construir uma ação com base em demandas. Segundo Buning (2006), foi nesse encontro que se deram conta que seus ideais de abstinência do uso de drogas teriam que ser revistos se quisesse de fato acessar essa clientela, pois os usuários de heroína não se interessavam em ficar abstinentes. “A nossa oferta não seria aceita, então tivemos que mudar nosso jeito, para encontrarmos as necessidades deles. A nossa oferta teve que se adequar à demanda” (BUNING, 2006, p.346).

Pode-se entrever nessa afirmação uma postura ética que respeita a pluralidade de modos de vida e que atua a partir da aceitação dessa realidade. Além disso, toma o usuário de álcool e outras drogas como cidadão com direito à saúde, a despeito de suas escolhas por usar ou não drogas. O usuário deixa de ser estigmatizado como “criminoso”, passando a ser real beneficiário de políticas sociais e de saúde e, no caso holandês, participa da construção da política de atendimento. As associações de usuários de drogas foram parceiras ativas dos gestores na construção de estratégias hoje reconhecidas de Redução de Danos como a abordagem no território, a troca de insumos e as terapias de substituição.

Marlatt (1999), a partir da experiência junto ao programa de Redução de Danos holandês, propõe os Princípios da Redução de Danos:

1. *A Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.* Segundo o autor, a Redução de Danos (RD) tem raízes filosóficas no pragmatismo e sua compatibilidade com uma abordagem de saúde pública oferece uma alternativa prática a uma abordagem moral e de doença do problema de álcool e outras drogas. Os defensores da RD, afirma Marlatt (1999), desviam a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento aditivo. Tais efeitos são avaliados, principalmente, em termos de serem prejudiciais ou favoráveis ao usuário de drogas e à sociedade como um todo e não pelo comportamento ser considerado em si moralmente certo ou errado.

2. *A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos.* O autor se posiciona quanto à polêmica dicotomia de abordagens pautadas pela Redução de Danos e, as abordagens pautadas pela Abstinência do uso de Drogas. “A RD não é contra a abstinência” (MARLATT, 1999, p.47). Os efeitos prejudiciais do uso de drogas podem ser colocados em um contínuum. Nesse sentido, a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um contínuum, variando de consequências excessivamente prejudiciais às menos prejudiciais. Ao colocar os efeitos prejudiciais do uso de drogas ou o comportamento nesta lógica ao invés de dicotomizar o uso de drogas como legal e ilegal, os defensores da RD incentivam qualquer movimento rumo à sua diminuição como um passo na direção certa.

3. *A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de Políticas de drogas.* Muitos dos projetos de Redução de Danos surgiram em âmbito local foram promovidos pela defesa popular por parte de quem estava diretamente envolvido na recepção e oferta dos serviços.

4. *A RD promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa às abordagens tradicionais de alta exigência.* O autor ressalta três características dos serviços de baixa exigência. A primeira é a disponibilidade de encontrar o indivíduo onde ele estiver, em vez de onde ele deveria estar. Novos programas devem ser desenvolvidos em colaboração com as pessoas diretamente envolvidas e afetadas. Por meio do diálogo, da discussão e das iniciativas de planejamento mútuo, programas comunitários inovadores e serviços associados continuarão a emergir no nível da comunidade. A segunda característica da abordagem de baixa exigência envolve a redução do estigma associado a problemas de dependência de drogas, ao abuso de substâncias e práticas sexuais de alto risco. A terceira característica é a capacidade da Redução de Danos de açambarcar e consolidar uma variedade de comportamentos que abrangem o uso de substâncias e os comportamentos sexuais de alto risco. Ao invés de defini-los como patológicos ou de condenar as pessoas que apresentam danos causados por tais comportamentos, podem-se abrir portas que atualmente estão trancadas pelo estigma e pela vergonha.

5. *A RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.* Ações dentro da lógica de Redução de Danos devem, portanto, ser orientadas por esses princípios, que, mais do que prescrições sobre o que fazer, se destacam na experiência holandesa diante do problema em relação aos usuários de heroína na década de 1970. Estes princípios possibilitam a experiência servir de referência para ação em outros países, como o Brasil, a despeito de se tratarem de realidades tão diferentes. Os princípios devem ser obedecidos, no entanto a operacionalização da ação dependerá da realidade local em que se intervém.

Construção do Programa de Redução de Danos do Município de Niterói

O campo da Saúde Mental constituiu-se em torno do cuidado de sujeitos portadores de transtornos psíquico, que durante muitos anos receberam uma resposta massificada de tratamento: medicalização e internações prolongadas. Para combater essa lógica, foi constituída uma rede de cuidados extra-hospitalar, cuja figura central são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O dispositivo CAPS deve fazer uso dos conceitos de território e de rede, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas. Por esse motivo, na mudança de lógica da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, esses dispositivos também foram priorizados, criando-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad). A nova lógica aplicada ao cuidado destes usuários obedece aos princípios do Sistema Único de Saúde, sendo consolidado na Saúde Mental através da Lei 10216/01: valoriza a descentralização do modelo de atendimento, determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

O CAPSad Alameda foi inaugurado em 2004, no bairro do Fonseca, zona norte do município de Niterói (RJ). Os desafios impostos ao CAPS no momento de sua criação incluíam: delimitar uma região da cidade para iniciar o trabalho de aproximação com grupos de usuários de álcool e drogas; constituir o CAPSad Alameda como um local de referência para o tratamento de álcool e drogas em seu território para facilitar o acesso da comunidade ao serviço e encaminhar a demanda constante dos agentes institucionais (educadores sociais, agentes comunitários) que solicitavam palestras nas suas instituições para se capacitarem nessa temática (SILVA; SOUZA; SOUZA, 2009).

Para encaminhar essas demandas foi criado o Projeto de Articulação Comunitária – primeiro passo para criação de um Programa de Redução de Danos consonante com a realidade da comunidade onde o dispositivo foi instalado. A equipe do CAPSad considerava restrito aplicar um modelo de Redução de Danos mais direcionado para usuários de drogas ilícitas, com entrega de seringas, por exemplo, quando 88% da clientela no início do funcionamento era de alcoolistas. Era necessário pensar a Redução de Danos de forma mais ampla para alcançar a clientela que era atendida. Dessa forma, formulamos o Projeto de Articulação Comunitária com o intuito de melhor conhecer o território pelo qual respondemos. Era necessário conhecer a comunidade, levantar os seus recursos e mapear as suas necessidades, com a delimitação de como aquele território vivia as questões ligadas a álcool e drogas e, assim, elaborar um plano de ação local. Para essa tarefa, contamos com o trabalho de dois articuladores comunitários, um sociólogo e uma antropóloga, que desenvolveram sua pesquisa nos bairros Fonseca e Barreto, zona norte de Niterói. A escolha dos bairros é justificada pela maioria dos clientes do CAPSad residir nestes bairros e por terem sido indicados pela equipe do Programa Médico de Família como os mais representativos dessa região.

A pesquisa realizou um levantamento da história dos bairros, das instituições atuantes e, através de entrevistas com moradores, das demandas mais importantes e de suas representações sociais sobre o uso de álcool e outras drogas. Como o modelo adotado de trabalho era o de pesquisa-ação, neste momento já houve uma intervenção no território, quando, a partir de uma demanda de organização dos cadastros das famílias para receber cestas-básicas, criou-se a Rede Comunitária de Integração da Zona Norte (RECIZON) na qual as diversas instituições atuantes na região estabelecem estratégias de ação conjunta, de maneira a otimizar os recursos disponíveis para a população (SANTOS; SOUZA; SOUZA, 2009). Esse trabalho vai na direção proposta pelo Ministério da Saúde de mobilizar a sociedade civil em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, fortalecendo-a de modo a construir junto com ela as soluções mais adequadas a sua realidade. O trabalho de articulação comunitária e a participação do CAPSad na RECIZON aproximou a comunidade da Zona Norte que tem podido trazer para o CAPSad situações que a afligem, envolvendo o uso nocivo de álcool e outras drogas, de maneira que possamos construir soluções compartilhadas, bem como iniciativas de prevenção.

A partir do trabalho de articulação comunitária, o Programa de Redução de Danos propriamente dito foi se construindo no CAPSad Alameda. Este começou com o convite a um auxiliar de enfermagem para ocupar a função de Redutor de Danos – profissional fundamental na implementação de um programa de Redução de Danos por ser um agente de saúde que trabalha na busca ativa de usuários que necessitem de cuidado no território. No caso do CAPSad, iniciou-se o trabalho desse redutor a partir de um levantamento realizado no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (FMS/Niterói), onde constatamos vários casos atendidos na emergência e encaminhados para o CAPSad. Porém os usuários não chegavam até o serviço ou tinham dificuldades de adesão ao tratamento. Sendo assim, começamos um trabalho de aproximação destes usuários, tentando acessá-lo no território, nas instituições próximas e com os seus familiares com o objetivo de criar uma maior vinculação entre o Agente Redutor de Danos e o usuário, possibilitando a chegada deste ao tratamento.

Em seguida, o Redutor iniciou o Trabalho de Abordagem no Território com usuários de drogas ilícitas, em local delimitado pela pesquisa da articulação comunitária, no bairro Barreto, Zona Norte de Niterói. Esse trabalho consiste em estabelecer vínculos de confiança com

usuários de drogas através de visitas regulares ao ambiente em que costumam se reunir para fazer uso de drogas. O objetivo desse contato é, com o estabelecimento do vínculo, abordar o uso que cada um faz de substâncias psicoativas, dificuldades, riscos que avalia que pode estar causando a si mesmo e a outrem e, então, estabelecer conjuntamente uma estratégia de cuidado, que pode incluir informações e discussão sobre práticas mais seguras, fornecimentos de insumos para redução dos danos decorrentes do uso de drogas e encaminhamento para equipamentos sociais e de saúde.

Também foi criado um espaço de discussão aberto à comunidade sobre temas relacionados ao problema do uso de álcool e outras drogas com objetivo de fornecer informações e colocar em discussão o tema álcool e drogas com uma linguagem acessível e informal. O *Espaço Aberto à Saúde* tem por objetivo aproximar a comunidade do CAPSad e atender a demanda de palestras sobre o tema provenientes desta e de parceiros Intersetoriais. Tem sido utilizado ainda como importante espaço de chegada para novos pacientes e familiares no CAPS.

Em 2008, iniciou-se um *Grupo de Acolhimento de Redução de Danos* com usuários já inseridos em tratamento no CAPSad Alameda. Foi observado que os próprios usuários do CAPSad, acostumados com abordagens “grupo de mútua ajuda”, desconheciam a estratégia de Redução de Danos e a aplicação dessa estratégia à sua realidade e tratamento. O grupo é um espaço de orientação e informação aos usuários de álcool e outras drogas, objetivando maiores esclarecimentos sobre os riscos e danos causados pelo uso abusivo de substâncias e construindo juntamente com os usuários escolhas mais conscientes sobre o uso de drogas, possibilitando a sua diminuição, substituição ou possível interrupção.

Por fim, o *Trabalho Inter setorial* é fundamental para articulação do Programa de Redução de Danos. Destacam-se no percurso a constituição de parcerias com Rede de Educação e Saúde (REDUS-AIDS), Coordenação de Vigilância (COVIG) e o Programa Médico de Família (PMF). A parceria com a rede REDUS-AIDS possibilitou a construção do ponto de trocas de insumos e o trabalho de campo. Com a COVIG, elaboração de projetos para financiamentos, obtenção de materiais informativos e educativos, kits de Redução de Danos e empréstimo de data-show para as palestras do projeto Espaço Aberto. Foi necessária e importante a parceria com o Programa Médico de Família para os casos de difícil adesão porque eles atuam como intermediários entre o Redutor de Danos, a comunidade e os usuários (SILVA; SOUZA; SOUZA, 2009).

No final de 2009, o CAPSad Alameda foi contemplado em dois editais do Ministério da Saúde relacionados à Redução de Danos: os projetos Escola de Redutores de Danos e Consultório de Rua. Ambos fazem parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cujo objetivo é ampliar e integrar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas.

O projeto Escola de Redutores de Danos é, de acordo com o Ministério da Saúde, dispositivo de qualificação da rede de serviços por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade, que atuarão na rede de atenção substitutiva em saúde mental com a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros, que superem a abordagem única de abstinência (BRASIL, 2011). Já o projeto Consultório de Rua consiste na disponibilização de recursos móveis para abordagem e acolhimento das situações de uso prejudicial de álcool e outras drogas nos locais onde vivem e/ou se encontram os usuários.

Em ambos projetos, o objetivo é acessar os usuários em seus territórios, reconhecendo a dificuldade destes em se dirigirem aos serviços de saúde. Apesar de se poder dizer que a ênfase dos Consultórios de Rua seria a assistência e a das Escolas de Redutores a capacitação, no município de Niterói os Redutores de Danos contratados para os dois projetos tem participado do mesmo programa de capacitação, incluindo as atividades de ensino e a supervisão clínica.

Além desses dois projetos, no final de 2009, o CAPSad também estabeleceu uma parceria com a Companhia de Limpeza Urbana de Niterói (CLIN). A iniciativa surgiu de demanda feita pela empresa, a partir da constatação de sua equipe de Serviço Social, da alta incidência do uso de álcool e outras drogas entre seus funcionários. Dessa parceria nasceu o projeto + Vida CLIN, no qual dois técnicos, previamente capacitados pelo CAPSad, discutem com os funcionários da empresa estratégias de cuidados em relação ao uso de álcool e outras drogas dentro de uma perspectiva de Redução de Danos e promoção de saúde.

Todas essas iniciativas possibilitaram que o Programa de Redução de Danos do CAPSad Alameda tivesse uma grande expansão no ano de 2010. Foi nesse momento que se avaliou a pertinência de se estabelecer uma supervisão clínica para o programa de maneira a acompanhar a prática dos Redutores de Danos na execução do trabalho.

Reflexões sobre a experiência de supervisionar o Programa de Redução de Danos do município de Niterói (RJ)

Com o estabelecimento dos projetos Consultório de Rua *Tá na Pista*, Escola de Redutores de Danos de Niterói e + Vida CLIN, passamos a contar com dez Redutores de Danos, cinco territórios de abordagem de usuários e cinco grupos de acolhimento em Redução de Danos dentro do CAPSad, um no Serviço de Internação em Álcool e Drogas (SAD) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e outros desenvolvidos nas diversas unidades da CLIN. Nesse contexto, fui convidada para supervisionar o trabalho dos Redutores de Danos. O perfil dos Redutores de Danos era de jovens de formação de nível médio, classes populares, com alguma experiência na área da Saúde ou da Assistência Social. Em todos, foi avaliado o interesse pelas questões relativas ao uso de álcool e outras drogas.

No momento atual do Programa de Redução de Danos, são os Redutores que estão à frente das principais ações: abordagem no território; coordenação de grupos de acolhimento em RD; trabalho Inter setorial. O que significa que são eles que estão articulando, na prática, uma direção de cuidado baseada no Paradigma de Redução de Danos, fazendo valer as diretrizes da Política Pública em Álcool e Drogas do Ministério da Saúde. Logo, é de fundamental importância acompanhar a apropriação dos conhecimentos transmitidos sobre a RD – já que são Redutores de Danos em formação – e a aplicação em suas atividades.

Como mencionado, a formação dos Redutores de Danos no Programa de Redução de Danos do CAPSad Alameda se dá em dois eixos: atividades de ensino e supervisão clínica. As atividades de ensino têm aulas sobre conteúdos diversos relacionados ao trabalho em Redução de Danos: as estratégias de RD, rede de saúde mental e temas relativos a álcool e outras drogas. Destaco que no ano de 2010 os Redutores de Danos participaram de curso de Antropologia, coordenado pela professora Delma Pessanha Neves, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). A parceria com uma instituição

de ensino era exigência do edital do projeto Escola de Redutores de Danos, visto que se tratava de Projeto de Capacitação. Além da coordenação do seminário, a professora Delma fez entrevistas periódicas com os Redutores de Danos a fim de acompanhar sua formação e, ao final de seu trabalho, entregou um documento no qual reflete sobre pontos relevantes na formação de Redutores de Danos (NEVES, 2011).

A professora Delma foi escolhida devido a colaborações prévias com o CAPSad Alameda. Além disso, consideramos muito importante a maneira de a antropologia tomar a questão do uso de substâncias psicoativas, situando-a culturalmente, para possibilitar a desconstrução de preconceitos muito arraigados em nossa sociedade sobre o tema. Nas palavras da professora Delma:

Considerarei fundamental que os Redutores de Danos tomassem consciência da ação cultural de que eram mensageiros, melhorando a compreensão sobre a cultura como sistema de produção de significados; e abandonando as essencializações que transformam os valores culturais em barreiras às mudanças de comportamento. Tal aprendizagem, advogo [...] permite dialogar com os sistemas de referência que fundamentam a prática de Redução de Danos; mas também e principalmente levar em consideração os consumidores em foco como sujeitos ativos, dotados de regras sociais construídas coletivamente para o consumo, inclusive para reduzir danos e efeitos da repressão (NEVES, 2011, p. 21).

Acompanhar a aproximação dos Redutores de Danos dos usuários de drogas, a construção do vínculo e das estratégias de cuidado, é uma dimensão importante da supervisão. Pode-se dizer que essa é a dimensão propriamente clínica, onde se abordam aspectos como a coordenação dos grupos de acolhimento, o acompanhamento dos casos, ou seja, como se posicionam como agentes de saúde em diferentes situações. A outra dimensão do trabalho de supervisão é oferecer a esses profissionais um espaço aberto para que falem de suas dificuldades e ansiedades relativas ao trabalho. Algumas características do trabalho dos Redutores de Danos apontadas por Neves (2011) mostram a pertinência de um dispositivo como esse: o fato de que, mesmo tendo assegurada a legalidade de seu trabalho, os programas de Redução de Danos não têm aceitação global. Ainda incidem sobre os usuários práticas de repressão policial – o que coloca os redutores em vulnerabilidade, no momento de sua abordagem, na dúvida da finalidade de sua aproximação com os usuários, seja para compartilhar o uso ou comercializar a droga. Seus ambientes de trabalho são lugares abandonados e denegridos onde os usuários se encontram – não-lugares, espaços de pressuposta e constituída invisibilidade.

Alvez, no texto *Redução de danos e trabalho de campo*, apresenta como ideal a possibilidade de manter dois tipos de supervisão: uma que atenda a demanda por apoio de parte da equipe e outra voltada para as necessidades operacionais do trabalho de campo. A primeira trataria de questões individuais e conflitos grupais decorrentes do trabalho, da coesão do grupo, do desgaste físico ou emocional da equipe. A segunda cobriria, em termos geográficos, as ações dos Redutores de Danos em campo; o relacionamento dos Redutores de Danos com a comunidade; a abordagem feita pelos Redutores de Danos; da postura dos redutores na cena de uso de drogas e com os usuários de drogas; os encaminhamentos a serviços de saúde e o acompanhamento dessa ação e de seus resultados pelos Redutores de Danos e a qualidade do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e do significado dos dados coletados.

No momento de reorganização e expansão do Programa de Redução de Danos, também pensamos em uma divisão semelhante à proposta acima: o Espaço de Reunião com a Coordenação do Programa, onde levariam questões mais “objetivas” relativas ao trabalho, e o Espaço da Supervisão, onde deveriam levar questões mais “subjetivas” relativas ao trabalho. A prática tem mostrado que essa separação não é natural para o público que selecionamos para a atividade de Redutores de Danos. São oriundos das classes populares e trabalhadoras, provenientes de atividades em comércio e telemarketing, onde o termo “supervisor” remete a “alguém para quem você deve prestar contas do trabalho” (resposta de um jovem redutor de danos selecionado, logo na primeira supervisão realizada com o grupo). Além disso, em seus trabalhos anteriores, não costumavam ter espaço para reflexão sobre o seu fazer, isso sendo, muitas vezes, indesejado. Em geral, a única dimensão colocada é a de cumprir ordens, realizando sua tarefa de maneira satisfatória. Desta forma, não é natural que eles se apropriem imediatamente desse espaço “para falarem de suas dificuldades, conflitos, angústias” em relação ao trabalho. Por outro lado, essa dimensão aparece nas reuniões com a Coordenação do Programa, ao falar dos entraves na realização de suas atividades.

Pode-se perguntar, portanto, se cabe manter esses dois espaços. A experiência vem mostrando que a divisão ainda é pertinente. A Coordenação do Programa tem sustentado a necessidade de um espaço em que eles possam falar sem a figura do “chefe” – a Coordenação do programa não participa da Supervisão –, que é muito impregnada neles. Nesse sentido, tem feito o trabalho de indicar quando uma questão parece ser mais pertinente ao espaço de supervisão. Por outro lado, há um trabalho permanente de construção do Espaço de Supervisão. Em alguns momentos, em uma série de supervisões, foram agendados temas para falarem, por exemplo, sobre os grupos de acolhimento em RD que eles coordenam. Os temas foram propostos por eles mesmos, num tempo em que a questão sobre o que levar para supervisão ainda se colocava de forma mais aguda.

Essa estratégia de agendar temas tem se tornado menos necessária na medida em que aprofundam seu trabalho e se deparam com os impasses decorrentes dele: o trabalho no território; as diferenças entre trabalhar com pessoas em situação de rua ou em uma comunidade; o contexto de violência e/ou periculosidade com que se encontram; o próprio acompanhamento dos usuários de que se tornam referência no território (o que fazer, como avançar e as dificuldades de promover acesso dos usuários à rede de saúde, com todas suas iniquidades).

Do lado do Supervisor, penso que o desafio maior é como articular os conhecimentos de diversos campos necessários ao trabalho com a questão do uso de drogas numa linguagem que seja acessível a eles, mas não simplista, que possa situar a complexidade do problema com que estão lidando sem desencorajá-los. Sustentar essa tensão pode ser interessante para evitar um empobrecimento da abordagem do Redutor de Danos, de modo que ela não se resume a uma série de prescrições de comportamento que ignorem o sujeito com quem se está lidando ou o contexto em que está trabalhando, distanciando-se, assim, dos princípios fundamentais da ação em Redução de Danos mencionados. É necessário não perder a dimensão de que na Redução de Danos é a escuta do usuário que vai direcionar quais orientações e estratégias oferecidas e em que momento. O usuário deve participar ativamente de seu projeto de cuidado. O Redutor deve, a partir do vínculo constituído, avaliar quais estratégias de redução de riscos e danos o usuário já pratica. Deve-se reconhecer o tempo que cada sujeito precisa para se engajar no acompanhamento ou para seguir as orientações dispensadas e as pequenas conquistas alcançadas. O Redutor de Danos precisa ser constantemente advertido

disso para não cair numa frustração que o afaste do trabalho, muito presente na clínica com usuário de drogas. Mais uma vez recorro a Neves (2011).

O redutor de danos é o agente da partilha de uma realização incerta, por isso mesmo gota a gota festejada, porque demonstrativa da aceitação do contato e do incômodo diante da recusa em reafirmar a negação do outro e a falta de sentido construído no cotidiano dos que são orientados por outras referências (Neves, 2011, p.39).

Temos avaliado que a determinação de transmitir para os profissionais Redutores de Danos a multicausalidade e a complexidade do problema do uso de álcool e outras drogas e do seu tratamento, através da supervisão, tem possibilitado que eles se aproximem das situações a que são convocados a atuar com uma postura questionadora e reflexiva. Além disso, o investimento em atividades de formação em diversos níveis (ensino, reuniões de equipe, supervisão) tem tido como efeito a formação de profissionais muito comprometidos com o trabalho e com a perspectiva de construção de uma nova abordagem do problema de álcool e outras drogas. Observa-se que eles procuram transmitir essa nova perspectiva aos usuários que abordam no território, aos parceiros Intersetoriais com quem trabalham em rede e mesmo aos seus amigos e familiares, favorecendo capilaridade a uma discussão que poderia ficar restrita aos gestores e profissionais de saúde. Efeito disso é a última seleção para novos Redutores de Danos, realizada no CAPS. Recebemos um número expressivo de candidatos que sabiam do que se tratava a Redução de Danos, expressando uma visão um tanto diferenciada daquela do senso comum em relação a abordagem de usuários de drogas. Isso se deve ao contato, pessoal ou profissional, com os Redutores de Danos.

Consideramos esse efeito muito importante para a consolidação dessa Política Pública de Abordagem de Usuários de Álcool e Outras Drogas. Neves (2011) aponta que a constituição de Programas de Redução de Danos pressupõe um trabalho de formação de opinião pública, capaz de assegurar apoio às iniciativas institucionais de Saúde Pública.

Considerações finais

A política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas, com sua indicação do Paradigma da Redução de Danos como diretriz de cuidado dessa clientela, traz a dimensão da singularidade do cuidado para o âmbito da Política Pública de forma aguda. Isso sem ignorar os efeitos coletivos que se pretende alcançar.

No documento em que apresenta essa política, o Ministério da Saúde expõe que sempre foi um desafio para as práticas de saúde aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva (BRASIL, 2004). O primeiro diria respeito às manifestações individuais das alterações de saúde, enquanto o segundo tomaria as incidências e prevalência das alterações no plano coletivo. Todavia, aponta que essa binarização entre clínica e saúde coletiva tem resultado em embates de saber e poder que podem vir a empobrecer a experiência.

Propõe-se, então, como alternativa a esse entendimento polarizado dos problemas, uma lógica de transversalização na qual os saberes se atravessam de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção. Esse atravessamento de saberes é necessário para a constituição de uma prática no campo de álcool e outras drogas que atente para complexidade do problema, distanciando-se assim de ações simplistas e de pouco eficácia a longo prazo.

Na experiência de Supervisão do Programa de Redução de Danos, a referência clínica é a psicanálise, mas é necessário lançar mão de conhecimentos de outros campos do saber – antropologia, história, saúde coletiva, saúde mental, medicina – para evitar uma abordagem que empobreça a rica experiência vivida pelos Redutores de Danos no seu contato com usuários de drogas. Nesse sentido, penso a Supervisão como um espaço fundamental para discutir articulações singulares das diretrizes de uma política pública. É nessa tensão entre singular e coletivo que vai se afirmando uma política pública.

Proponho que o profissional da psicologia pode ter papel de destaque em sustentar essa tensão entre singular e coletivo na medida em que, através de sua escuta, possa, a cada caso e situação, construir uma direção de tratamento que leve em conta a singularidade, sem se perder das diretrizes da política. É capacitado para sustentar essa tensão singular-coletivo junto a outras categorias profissionais, como é o caso da experiência aqui relatada, podendo contribuir para a construção de práticas mais tolerantes e de respeito à pluralidade de modos de vida na implementação de Políticas Públicas, evitando ações autoritárias e/ou violentas para se alcançar efeitos coletivos desejados, que é o modo como usualmente se tem operado com usuários de drogas até o momento.

Referências

ACSELRAD, G. A. Educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ALVEZ, J. **Redução de danos e trabalho de campo**. Sem data, no prelo.

BUNING, E. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/ Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas**. Reunião da comissão Inter gestores tripartites 25 de novembro de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3g_nove_2010.pdf em 21/06/11.>

_____. Ministério da Saúde. **Escola de Redutores de Danos do SUS – Plano crack**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/textoerd_site13111.pdf em 21/06/2011>.

_____. Ministério da Saúde. **Chamada para seleção de projetos de consultórios de rua e redução de danos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consultorios_de_rua_rd.pdf em 21/06/11. >.

CRUZ, M. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O. & MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira, In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmeda, 1999.

NEVES, D. P.; SANTOS, A. I. **Formação profissional de Redutores de Danos: perplexidades e socialidades**. 2011, no prelo.

SANTOS, A. I.; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O. **Rede Comunitária de Integração da Zona Norte (RECIZON) e CAPSad Alameda: A experiência de uma parceria de trabalho de articulação com a comunidade**. Trabalho apresentado no Congresso da Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Drogas (ABRAMD), 2009.

SILVA, A. V.; SOUZA, L. F.; SOUZA, E. O. **O trabalho da redução de danos para além da troca de insumos**. Trabalho apresentado no Congresso da Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Drogas (ABRAMD), 2009.

2º lugar - Categoria Profissional

Mãe-de-verdade x mãe-de-mentira: amor materno e Política de Amamentação no cotidiano das Práticas Institucionais

Paula Figueiredo de Oliveira

Resumo

Observando a forma como são conduzidas as rotinas institucionais destinadas à prática da amamentação preconizadas pela atual Política de Aleitamento Materno, é possível perceber que a mesma é atravessada por uma certa concepção de maternidade que aprisiona a mulher no lugar de cuidadora-nutriz de sua prole. Entendendo que tal atravessamento ecoa no exercício das práticas cotidianas produzindo efeitos importantes sobre os sujeitos a quem se destinam, o presente estudo busca empreender uma discussão acerca das tensões suscitadas a partir da execução dos programas de incentivo ao Aleitamento Materno em exercício nos serviços de saúde em nosso país.

Palavras-Chave: Política de Aleitamento Materno. Maternidade. Mulher. Amamentação.

Introdução

A Política de Aleitamento Materno em exercício nos Serviços de Saúde em nosso país tem como principal meta o desenvolvimento de ações em saúde que contribuam para promoção da prática da amamentação. Pautada no discurso sobre a importância capital do leite materno para a saúde do recém nascido e na concepção historicamente forjada sobre a habilidade inata de toda mulher para amamentar, tal política privilegia estratégias de caráter notadamente normativo, direcionadas a um modelo ideal de amamentação que, muitas vezes, coloca a mulher no lugar de única responsável pela saúde do seu filho.

Para que possamos compreender o atual campo de saberes e práticas destinados a amamentação e como esta passou a figurar como questão a ser cuidada pela Política Médico-Estatal Brasileira, precisaremos nos remeter ao final do século XIX, período em que, sob os auspícios da Medicina Higiênica, emergiram as primeiras estratégias de incentivo ao Aleitamento Materno.

Em *Ordem Médica e Norma Familiar*, Jurandir Freire Costa (2004) assinala que, seguindo a herança cultural da Europa onde o Aleitamento Materno era socialmente desvalorizado, as mulheres pertencentes à elite agrária brasileira, durante o Período Colonial, sobretudo ao longo do século XVIII e início do XIX, adotaram a utilização do Aleitamento Mercenário. Imediatamente após o seu nascimento, a criança era deixada a cargo de uma ama de leite, encarregada de sua alimentação e de seus primeiros cuidados. Neste período particular da história

da organização social brasileira, a criança não gozava de um lugar privilegiado na rede de relações familiares, sendo dispensada a mesma apenas uma atenção genérica, não personalizada. Impulsionada por essa conjuntura sócio-cultural, a amamentação mercenária se alastrou rapidamente pela sociedade, sendo empregada não apenas entre as famílias da elite agrária como também entre as camadas médias da população. Segundo Costa (2004), a tarefa de servir como nutriz coube, em princípio, às mulheres indígenas, sendo transferida mais tarde para as negras escravas, movimentando assim um mercado lucrativo de aluguel de amas.

Em meados do século XIX, o Aleitamento Mercenário começou a sofrer seus primeiros ataques. O Projeto Político-Econômico Brasileiro – esboçado fundamentalmente para a formação de um Estado nacional e para a transição para uma economia industrial – precisava garantir a formação de adultos adaptados ao contexto urbano e aptos a contribuir com o progresso da nação. Desta feita, a criança, outrora vista como adulto incompetente, passa a ser encarada como matriz do futuro adulto higiênico, transformando-se em alvo de atenção especial por parte do Estado. As elevadas taxas de mortalidade infantil, frequentemente associadas à precariedade de condições do Aleitamento Mercenário, assim como a influência das escravas sobre a educação dos filhos da elite latifundiária, passaram a ser encaradas como um problema de Saúde Pública a ser combatido.

Nesse contexto, a Medicina Higiênica desponta como dispositivo de controle destinado a converter a família colonial aos interesses do Estado, fazendo incidir sobre o binômio mãe-filho suas estratégias de normatização da vida. Costa (2004) aponta ser neste momento que os higienistas conclamarão as mulheres a amamentarem seus filhos, em prol do progresso da nação, deflagrando uma verdadeira jornada em defesa do Aleitamento Materno.

Na virada do século XIX, portanto, assistiremos pela primeira vez a emergência de estratégias de incentivo ao aleitamento como parte da política-médica oficial do governo. Utilizando-se de seu caráter de cientificidade, a Medicina Higiênica irá se armar de diferentes estratégias para legitimar a ideia do ato de amamentar estar inscrito na natureza feminina e dele depender a sobrevivência de sua prole. Baseando-se na lógica da regra natural, o argumento empregado pelos higienistas constrangia as mães a adotarem o aleitamento sob pena de pagar por sua omissão com a culpabilização pela má sorte de seus filhos.

A mulher que não amamentava, dizia-se, rompia duplamente os cânones naturais. Em primeiro lugar, por que se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; em segundo lugar, porque contrariava sua vocação natural, a de ser mãe, conforme o figurino higiênico (COSTA, 2004, p. 258).

Ao analisar a constituição dos saberes e práticas em torno do aleitamento em nosso país, observa-se o exercício, nem sempre sutil, de tecnologias de poder responsáveis por normatizar o ato de amamentar e codificar uma determinada concepção de maternidade segundo critérios de valor moral e utilidade. Como nos indica Michel Foucault (1988) em *História da Sexualidade I: A vontade de saber*, um bio-poder encarregado de qualificar, medir e avaliar se constituirá de forma a operar a distribuição utilitária dos indivíduos em torno da norma. Nesse sentido, podemos dizer que o uso de mecanismos de controle e regulação marcou sensivelmente as ações médico-estatais, que lançaram as bases para o que viria a ser, alguns anos mais tarde, o campo de Políticas Públicas de Aleitamento Materno em nosso país. O discurso higiênico de incentivo à amamentação definiu um modelo de mãe-nutriz devidamente submissa e útil e consequen-

temente habilitada a atender aos interesses da nação naquela ocasião. Entre o projeto higienista de amamentação e os programas atuais passaram-se mais de cem anos. Mudanças de ordem política, econômica e social ocorridas ao longo deste período contribuíram para que a Política de Aleitamento no Brasil passasse por transformações importantes.

Ao longo do século XX, o discurso pró-amamentação passou por um processo gradual de desarticulação, sobretudo entre as décadas de 1940 e 1970. João Aprígio de Almeida (1999), em seu livro *Amamentação – um híbrido natureza-cultura* mostra que, com a comercialização de leite industrializado importado, a indicação de substitutos de leite materno pela medicina ficava restrita a poucas exceções. Mais tarde, com a fabricação em larga escala deste produto pela indústria brasileira e as pesadas campanhas de *marketing* promovidas pelo setor, sua indicação médica se generalizou para toda a população dando lugar ao fenômeno, denominado pelo autor “desmame comerciogênico”. O Estado Brasileiro, através da adoção de um conjunto de medidas na área da saúde e da assistência social, também teve uma participação importante neste processo. Segundo Paulete Goldenberg (1988), em seu livro *Repensando a desnutrição como questão social*, o uso institucionalizado da suplementação alimentar – como eixo norteador das ações desenvolvidas nos programas materno-infantis dos centros municipais de saúde – e o Estado, em associação com o discurso veiculado pela medicina, compuseram a base de sustentação que garantiu o crescimento excepcional da indústria de leite artificial e seus derivados.

Como exemplo, Goldenberg (1988) cita os Serviços de Puericultura implantados no Estado de São Paulo, em meados da década de 1930. Parte integrante das ações propostas pelo Programa Materno-Infantil do Estado, o Serviço de Puericultura tinha, dentre suas atividades principais, a manutenção de um lactário – cujo objetivo consistia no treinamento de profissionais de saúde e mães para o preparo adequado das mamadeiras –, funcionando como ponto de distribuição de leite em pó para a população. Utilizada como profilaxia contra a diarreia e a desnutrição infantil entre a população de baixa renda, a distribuição de leite em pó ocupou um lugar central nos Programas de Suplementação Alimentar. Embasando-se no discurso de exaltação da alimentação artificial, inaugurado pelo *marketing* da indústria e posteriormente endossado pela medicina da época, o Estado encontrou sua justificativa para investir nos Programas Assistenciais de Suplementação Alimentar de caráter eminentemente paternalista. É curioso perceber que – como no final do século XIX a Política Médico-Estatal fez circular como verdadeiro um discurso sobre a importância capital do Aleitamento Materno, neste momento histórico em consonância com os interesses da indústria de alimentos – esta mesma política veio endossar como verdade incontestável um outro discurso: a superioridade do leite em pó para o desenvolvimento infantil.

Ao final da década de 1970, assistimos a um novo revés no campo da política de amamentação no Brasil. Diante do crescimento substancial dos Índices de Mortalidade Infantil ao longo deste período, principalmente entre as camadas mais pobres da população, iniciou-se um movimento de condenação dos substitutos do leite materno. Apontada como principal causa dos casos de mortalidade, a alimentação artificial passou a ser tenazmente combatida, abrindo espaço para o resgate da prática do Aleitamento Materno.

No início da década de 1980, a luta contra o desmame precoce representou a principal estratégia do governo na tentativa de reverter o quadro da morbi-mortalidade infantil entre a população de baixa renda. Segundo Almeida (1999), neste momento ocorreu a inauguração de um conjunto de programas de saúde de alcance nacional com o objetivo de garantir

o aumento da prevalência e da duração do Aleitamento Materno. Além do desenvolvimento de inúmeras ações em saúde, foi promovida também uma verdadeira mobilização social em benefício da amamentação por meio de uma estrondosa campanha de divulgação do tema em diferentes canais de comunicação.

Em meio a este cenário pró-amamentação, o discurso do instinto materno e a figura da mãe-nutriz foram novamente convocados com intuito de legitimar os saberes e práticas no campo da alimentação infantil. Ao mesmo tempo em que a Política de Aleitamento se utilizou de argumentos de caráter técnico-científico ao se dirigir às equipes e unidades de saúde, buscando normatizar as práticas institucionais, esta mesma política dirigiu um apelo de caráter notadamente moral ao público leigo, sobretudo às mulheres, com o intuito de promover a revalorização social do ato de amamentar.

Carolina Medeiro Rocha (2005), em sua dissertação *Somos todos mamíferos?: Uma análise do discurso médico sobre Aleitamento Materno*, aponta a grande exploração do tema “vínculo entre mãe e filho” nesta fase pró-amamentação. O movimento de retomada utilizou o Aleitamento Materno como termômetro indicador do grau de interesse da mãe pelo filho, promovendo uma articulação entre a questão do vínculo e a atividade de amamentar.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, por exemplo, lançou em 1981 uma campanha com o slogan “Aleitamento Materno: um ato de amor”, cuja lógica apontava que a mãe que realmente amasse seu filho deveria amamentá-lo. “É interessante perceber como a amamentação passa a representar o sentimento de amor [...]. Amamentar adquire o mesmo valor social atribuído ao amar” (ROCHA, 2005, p. 61). O amor materno, portanto, funcionou novamente como artifício na luta empreendida para fazer a mulher amamentar. Apesar da lacuna no tempo, o paradigma norteador destas ações representou uma reedição do modelo higienista do final do século XIX.

Em 1992, foi implantado no Brasil a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), programa voltado para promoção, proteção e apoio ao aleitamento através da mobilização de serviços obstétricos e pediátricos mediante a adoção dos *Dez passos para o sucesso do aleitamento*.¹ Desenvolvido e implantado com o intuito de superar o viés higienista dos programas anteriores e de ajudar a alavancar os índices de aleitamento, o IHAC apresentava como inovação o emprego das dimensões de proteção e apoio junto às estratégias de aleitamento anteriormente dedicadas apenas à sua promoção. A assistência e o amparo a mulher passaram a figurar um diferencial no sentido de facilitar o processo de amamentação e recrutar novas adeptas. Os serviços de saúde, assim como os profissionais dedicados à assistência de gestantes e puérperas deveriam, portanto, estar devidamente qualificados para lidar com essa clientela.

Para Almeida (1999) e Rocha (2004), o Programa IHAC representou uma possibilidade de pensar as questões do Aleitamento Materno de maneira mais abrangente, rompendo com o paradigma normatizador dos programas em exercício.

Foi com a implementação da IHAC que a amamentação passou a ser considerada na sua dimensão sociocultural. Ao abrir espaço para o apoio à amamentação, as políticas abriram espaço também para que as mulheres passassem a ser alvo de preocupação dos profissionais de saúde. Nos Hospitais Amigos da Criança, a prática ia, pouco a pouco, mostrando aos profissionais que

¹ Os “Dez passos para o sucesso do aleitamento” encontram-se reproduzidos no Anexo I, ao final deste artigo (pág. 37).

considerar o Aleitamento Materno algo puramente biológico não supria a demanda existente (ROCHA, 2005, p. 48, 49).

Apesar do progresso representado pelos dados epidemiológicos, podemos questionar se o IHAC representou, de fato, uma ruptura com o paradigma higienista reeditado na década de 1980. Não obstante, podemos pinçar algumas diferenças de posicionamento no Programa IHAC: a utilização de dispositivos de normatização do comportamento materno com vistas ao estabelecimento de um modelo ideal de amamentação continua sendo o motor de suas estratégias, guardando inúmeras semelhanças com modelos anteriores.

Analisando a atual conjuntura da Política de Aleitamento Materno no Brasil é possível constatar que, ainda que consideremos a importância das medidas empregadas no resgate do Aleitamento Materno no país e sua contribuição inegável para o combate à e à fome desnutrição, é preciso atentar para a faceta reducionista de suas intervenções.

Antônio da Silva (1990), na dissertação *Amamentação: Fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira*, destaca que a Política de Aleitamento Nacional veio encarnar o exemplo das tecnologias de intervenção, características do Estado planejador, propondo como solução para o problema da morbi-mortalidade infantil medidas de responsabilização individual, sem realizar alterações na estrutura socioeconômica e na distribuição de renda no país. Apontar o leite materno como solução milagrosa para o problema da desnutrição e da mortalidade infantil implica em um processo de responsabilização da mulher por sua solução.

Na tentativa de agregar novos elementos que possam ampliar esta discussão, trago pequenos fragmentos do cotidiano institucional de uma maternidade pública credenciada no Programa IHAC como ferramentas de compreensão da construção da maternidade neste serviço de saúde e como tal construção atravessa determinadas práticas institucionais. Em conformidade com os objetivos de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno preconizados pelo IHAC, a unidade de saúde organiza suas rotinas institucionais na tentativa tanto de garantir o Aleitamento Materno exclusivo até o momento da alta hospitalar quanto de impedir o desmame precoce. A partir da minha inserção como psicóloga no cotidiano desta instituição, as presenças de personagens frequentemente citados no discurso dos profissionais dedicados à assistência despertaram-me a atenção. Os personagens são a mãe-de-verdade e sua antagonista, a mãe-ausente-que-rejeita-filho – duas figuras constantemente presentes nas demandas de atendimento endereçadas à Equipe de Psicologia.

Na medida em que tais demandas nos eram endereçadas, pude aos poucos perceber que em grande parte das situações onde as pacientes apresentavam dificuldades no ato de amamentar eram rapidamente associadas pelos profissionais do setor à figura da mãe-ausente-que-rejeita-filho – mulheres que não executam adequadamente as atividades condizentes com o modelo de amamentação estabelecido pela instituição, suscitando na equipe um clima de estranhamento e hesitação, sendo classificadas como possivelmente incapazes de cuidar de seus filhos.

A despeito de todo aparato de normatização empreendido pela instituição no sentido de promover o Aleitamento Materno, a especificidade de cada caso atendido apontava para o fato de não estarmos diante de um processo natural/instintivo como supunha o discurso pró-amamentação. Durante a minha passagem pelo serviço, não foram poucas as situações em que as pacientes apresentaram dificuldades de ordem física e/ou psíquica durante a amamen-

tação. Em muitos casos, por exemplo, ocorriam problemas de baixa produção láctea ou de leite empedrado. Também eram frequentes os casos nos quais a própria anatomia da mama dificultava a pega do recém-nascido, levando ao aparecimento de pequenas feridas e rachaduras e gerando desconforto durante as mamadas. Além destes episódios considerados de ordem mais concreta, apareciam inúmeras situações em que o ato de amamentar despertava questões psíquicas difíceis de lidar.

O desdobramento dos chamados “casos-problema” nos indicava que a insistência irreduzível de alguns profissionais da equipe diante das situações que escapavam claramente ao controle de suas estratégias muitas vezes produzia nas pacientes um forte estresse emocional, fazendo com que as mesmas vivenciassem o aleitamento materno como uma experiência de grande sofrimento psíquico. A mulher que não se apresentava disponível para amamentação, de acordo com o que se considerava adequado, muitas vezes era apontada como mãe que possivelmente estaria rejeitando seu filho.

Atentando para a forma como são conduzidas as rotinas de Aleitamento Materno no cotidiano desta unidade de saúde, podemos perceber uma série de incongruências institucionais. Tomando emprestado da Análise Institucional o conceito de *analizador*, constatamos que o exercício das práticas de aleitamento no serviço de saúde em questão funciona como *analizador natural*, pois, como assinalam Hess e Savoye (1993), permitem a enunciação e a compreensão de contradições da instituição, independente de qualquer dispositivo construído. Por conseguinte, considerando elementos como a irrupção dos casos-problemas, a produção de inúmeros rótulos e a adoção de certos posicionamentos envolvendo as rotinas de Aleitamento Materno, concluímos que estes colocam em análise uma série de não-ditos da instituição, desvelando assim a concepção naturalizada de maternidade arraigada em seu discurso oficial e trazendo à tona algumas das contradições engendradas pela Política de Aleitamento Materno que rege seu cotidiano.

Para ilustrar as ideias defendidas, apresento pequenos recortes de situações ocorridas no cotidiano da instituição que, ao produzirem fraturas nos modos pretensamente universais de fazer/dizer, irrompem como analisadores dentro de sua dinâmica institucional.

Situação 1

Ao entrar no quarto, Joana – paciente do serviço que estava sob meu acompanhamento – disse que era bom eu ter chegado porque as coisas estavam “quentes” por ali. A paciente do leito ao lado estava com a alta médica marcada para aquele dia, mas, tendo apresentado rachaduras no seio, a amamentação da criança ficara prejudicada, levando à necessidade de utilização de um complemento alimentar para evitar uma perda de peso. A alta de ambos só ocorreria caso a mãe, a despeito dos problemas da rachadura, insistisse em amamentar até que a criança ficasse em Aleitamento Materno exclusivo e dispensasse o uso do complemento.

O adiamento repentino da alta da paciente deixou todos revoltados. Solidária à sua companheira de quarto, Joana reclamava da postura da instituição e me perguntava do que adiantava o hospital ser “amigo da criança e ao mesmo tempo ser inimigo da mãe”. A paciente, impedida de ir para casa, dizia que se sentia como “uma vaca leiteira” e que ninguém queria saber como ela estava, queriam saber apenas sobre o seu “peito”. Em seu relato, vários profissionais se dirigiam a ela pedindo que insistisse “um pouquinho mais” por ser muito importante para a

saúde do bebê, como se ela não estivesse cuidando direito do seu filho. Joana completou sua fala dizendo que o tratamento no hospital era muito bom, mas que “depois que a criança nascia as mulheres viravam peito [...] era um tal de peito para lá, peito para cá, mãezinha deixa eu ver seu peito, um verdadeiro horror!”.

Situação 2

Em uma das reuniões de equipe, onde deveríamos decidir sobre o material e a forma de abordagem do tema do Aleitamento Materno a ser utilizado nos grupos de sala de espera, os profissionais mostravam-se bastante mobilizados. Alguns profissionais achavam que deveríamos ser mais enfáticos ao abordar a amamentação como forma de obter resultados mais eficazes no tocante aos índices de amamentação, ajudando a assegurar o credenciamento da instituição como Hospital Amigo da Criança. Defendendo este posicionamento, um membro da equipe disparou: “acho um absurdo uma mãe saudável não amamentar o filho. Não tem desculpa. Tenho pena dessa criança. É um descaso com a criança e com o nosso trabalho. Se já está se recusando agora a amamentar, imaginem mais tarde como ela vai cuidar da criança!”.

Casos-problema, mulher-peito, profissional-militante, amigo-inimigo, mãe-de-verdade e mãe-de-mentira. As diversas categorias nos ajudam a perceber como se entende a maternidade no cotidiano deste serviço. Aprisionada aos resquícios do modelo de mãe higiênica produzida pela Política Médico-Estatal Brasileira na virada do século XIX, a concepção de maternidade que atravessa os discursos e as práticas adotados pela instituição tem como um dos seus principais alicerces a ideia de mãe como sinônimo de sacrifício, doação e, principalmente, sinônimo de nutriz.

As falas pinçadas nas situações reproduzidas apontam para fato de que, muitas vezes, em função da execução das normas estabelecidas pela Política de Aleitamento Materno, as pacientes acabam sendo destituídas de sua subjetividade. Anuladas como sujeito e transformadas pelo discurso pró-amamentação em “seios” ou ainda, “vacas leiteiras”, as mães são categorizadas sob o viés utilitarista desta política que espera que elas amamentem sob quaisquer circunstâncias.

Há uma dificuldade muito grande por parte de alguns profissionais do serviço em lidar com as situações que escapam ao leque de possibilidades de sua intervenção técnica, principalmente quando os entraves não são de ordem orgânica e, sim, psíquica. A fala de um dos membros da equipe, desatacada na situação 2, mostra que os chamados casos-problema, geralmente marcados pela dificuldade de serem enquadrados no modelo ideal de amamentação, são codificados pela equipe a partir da falta e da omissão. Ao condenar as “mulheres saudáveis que não amamentam o próprio filho”, o discurso em questão se aproxima claramente daquele outrora defendido pela medicina higiênica.

Contrista-nos o coração ver que só a mulher dotada de uma razão tão esclarecida, de tanta sensibilidade e ternura, é o único ser que abusa de sua liberdade, do seu entendimento, e que não cora de pejo quando vê que os animais guiados somente pelo instinto lhes ensinam seu dever! [...] Longe de cumprir o primeiro dever materno e de gravar esse edificante exemplo no coração de suas filhas, elas imprimem o egoísmo, ensinando-lhes, desde o berço, a negar um dia os peitos a seus filhos (MEIRELLES, 1847, apud COSTA, 2004, p. 257).

Não obstante, o IHAC se apresentou como programa de saúde, possibilitando um novo olhar sobre a mulher. Porém, ao analisarmos o discurso oficial da instituição, constatamos que a mesma segue sendo responsabilizada pelo sucesso e/ou fracasso da amamentação e consequentemente pela saúde de seu filho. Ao emergirem como analisadores, as pequenas falas, os posicionamentos e as condutas revelam as relações de poder dissimuladas sob a ideologia do bem comum e do consenso (HESS; SAVOYE, 1993). Frases como “se já está se recusando agora a amamentar imaginem mais tarde como ela vai cuidar da criança!” nos mostram que, em alguma medida, a Política de Aleitamento em vigor nos serviços de saúde continua reproduzindo aspectos que, em princípio, buscara superar. Ainda que tenha apontado algumas metas de caráter “supostamente” inovador, como a necessidade de apoio e proteção à mulher que amamenta, o exercício das práticas cotidianas nos mostra que a política de aleitamento manteve seu caráter prescritivo, baseado em intervenções fundamentalmente técnico-burocráticas que tantas vezes desqualificam a mulher no exercício de sua maternidade.

Diante dos casos-problema e das mães-de-mentira, um lugar de destaque é destinado ao psicólogo: o lugar de guardião da normalidade. Dentro desta dinâmica institucional, onde o caráter normatizador dos discursos e práticas segue distribuindo as mulheres em um domínio de valor e utilidade, a equipe de psicologia é convocada a intervir como especialidade que, dentro de seu campo de saber, seria capaz de fazer retornar a normalidade algo que fora supostamente desviado.

Casos como o da puérpera Fátima, paciente acompanhada por mim durante sua internação, ajudam a vislumbrar o lugar destinado ao psicólogo na produção dos modelos de verdade. Reproduzo pequenos recortes da passagem de Fátima pelo serviço e seus desdobramentos dentro do cotidiano institucional. Meu primeiro contato com Fátima, internada por ocasião do nascimento de seu segundo filho, se deu a partir de um pedido da Equipe de Enfermagem. Uma enfermeira do setor chegou até a sala da psicologia bastante aflita, solicitando atendimento para a paciente que chorava compulsivamente em seu leito, aparentando total descontrole. Segundo o relato desta enfermeira, Fátima estaria rejeitando o próprio filho, pois se recusava abertamente a amamentá-lo.

Fui até o quarto onde estava a paciente e perguntei se ela gostaria de conversar um pouco. Após chorar em silêncio por alguns instantes, Fátima relatou que estava muito confusa. Disse que a gravidez de Miguel tinha sido planejada e que sempre desejara ter um menino, mas que naquele momento não suportava sua presença. Após o nascimento do bebê, Fátima começara a experimentar sentimentos contraditórios, não sentia alegria ao pegar seu filho no colo, pelo contrário, o choro do bebê, assim como sua presença, causava nela sensações físicas de dor e enjôo. Quando finalmente Fátima parecia mais calma, perguntei se ela conseguia lembrar em que momento percebera as sensações que havia descrito. Ela respondeu que começou a se sentir incomodada no exato instante em que colocaram Miguel no seu colo para que o amamentasse pela primeira vez. A paciente achou, na ocasião, que era um mal estar passageiro por conta da cesariana, mas, ao tentar amamentar seu filho outras vezes, as dores e o enjôo retornaram ainda mais fortes, fazendo com que ela experimentasse o momento da amamentação como algo que lhe ocasionava grande sofrimento.

Fátima mostrava-se visivelmente perplexa em relação ao turbilhão de sentimentos que atravessava naquele momento. Bastante angustiada, a paciente relatou não se sentir em condições de cuidar de seu filho, porém a sua recusa não significava que ela não o amasse. Fátima queria

o melhor para Miguel mas, por razões que não conseguia explicar e tampouco compreender, a simples ideia de amamentá-lo ou segurá-lo em seus braços parecia insuportável. Estávamos diante de um impasse. Fátima, bastante ambivalente em seus sentimentos, sinalizava claramente o seu limite diante da angústia sem precedentes que experimentava. A família, bastante assustada com o choro da paciente, me questionava sobre sua situação emocional. A equipe do alojamento conjunto, tomada pela urgência das rotinas do setor, pedia uma posição da psicóloga sobre aquela mãe que, ao negar-se a amamentar o próprio filho, parecia rejeitá-lo.

Apostando no fato de que a paciente precisava de tempo para situar as questões suscitadas a partir do nascimento de seu filho, levei o caso para reunião clínica da equipe de Psicologia para pensarmos numa direção para o caso. Em princípio, buscamos sustentar com a equipe do alojamento conjunto a importância da permanência de um familiar junto à paciente. A presença de um membro da família que pudesse ajudar nos cuidados a serem ofertados a Miguel nos parecia fundamental para que Fátima pudesse se sentir um pouco mais segura e amparada. Esperávamos com isso ganhar um pouco mais de tempo para garantir um espaço de escuta para a paciente falar sobre o seu sofrimento psíquico. Acertada a permanência da madrasta de Fátima no hospital, estabelecemos com a equipe que o caso seria reavaliado na medida em que fôssemos trabalhando com Fátima algumas de suas questões mais urgentes.

No dia seguinte, ao chegar ao quarto para atender Fátima, encontrei uma cena inusitada. Aos prantos, a paciente estava sentada em uma cadeira, no canto da parede, completamente acuada, enquanto uma enfermeira do banco de leite tentava fazer com que ela amamentasse seu filho a qualquer custo. A enfermeira se dirigia a Fátima com Miguel no colo e falava como se fosse ele “mamãe, olha aqui, eu sou tão bonitinho! Você não quer me dar de mamar? Eu preciso do seu leite para crescer forte e bonito!”. Para completar a situação constrangedora, uma pediatra, uma fonoaudióloga e duas técnicas de enfermagem se encontravam presentes e falavam para a paciente sobre os benefícios da amamentação para a saúde do bebê. Diante da passividade de Fátima, que se limitava a chorar em silêncio, a enfermeira voltou-se para mim e disse “ah! olha a psicóloga aí. Ela está tão tristonha, isso não faz bem para ela e nem para o bebê. Demos um banhozinho nela, penteamos o cabelo dela para ela ficar feliz. Aproveita que você está aqui e fala para ela que está difícil porque ela está chorando muito, mas ela consegue. Toda mãezinha consegue, é uma coisa da natureza da mulher”.

A reação da enfermeira, mediante a minha chegada no quarto – “ah! Olha aí a psicóloga!” – nos dá pistas acerca do lugar destinado ao psicólogo no desenrolar dos casos-problema. Ao pedir para que eu assegurasse à paciente “que toda mãezinha” estaria habilitada a amamentar seu filho, a enfermeira me direcionava uma demanda de adequação do comportamento materno. Enquanto psicóloga responsável por acompanhar o caso, a equipe esperava que a minha intervenção se direcionasse no sentido de reconduzir a paciente ao modelo de maternidade adotado pela instituição: mãe-nutriz.

No texto *Quando Clio encontra Psique: Pistas para um (des)caminho formativo*, Helina Conde Rodrigues (1988) nos ajuda a compreender os termos que ajudaram a forjar a demanda de normatização da vida endereçada à psicologia:

Instituímos e (fomos instituídos) através de uma curiosa equação: aquela que, simultaneamente, pede às pessoas que examinem o quanto estão próximas ou distantes dos modelos que propomos – modelo de indivíduo, de criança, de pai, de mãe, de trabalhador, de mem-

bro de grupo, de ... – e que retira destas pessoas qualquer saber ou possibilidade de invenção sobre tais coisas, visto que somos nós os especialistas das mesmas (RODRIGUES, 1991-1992, *apud* RODRIGUES, 1998).

Difícilmente a equipe do serviço consegue lidar com o inesperado, com aquilo que foge às formas estabelecidas de viver/fazer/dizer em seu cotidiano. Diante do limite concreto às suas possibilidades de intervenção, o psicólogo é chamado a responder por estes casos que insistem em escapar, em subverter a norma. Que lugar complicado! Retomando o caso de Fátima, após o episódio descrito, em virtude de sua impossibilidade momentânea de amamentar seu filho por conta da angústia que vivenciava, a equipe tomou sua atitude como uma recusa em cuidar de Miguel. Nos corredores, no elevador, na recepção e em outros setores da instituição, era questionada de ser a psicóloga responsável pelo caso da “mãezinha que estava rejeitando o bebê”. Para equipe do setor, a despeito de todo sofrimento que experimentava, Fátima era apenas mais uma mãe que rejeitava o filho.

A paciente teve que estender seu tempo de internação por conta de uma pequena infecção. Avaliando que a insistência incansável para que Fátima amamentasse lhe traria apenas mais sofrimento, sustentamos junto à equipe a proposta de que seu filho saísse do alojamento conjunto e permanecesse alguns dias no berçário da UTI Neonatal. Nossa aposta em uma separação concreta, proporcionada pela transferência de Miguel para o berçário da UTI, poderia abrir espaço para a realização de um trabalho psíquico dos conflitos atualizados pela paciente a partir do nascimento do seu filho.

Sustentar essa proposta não foi fácil. A equipe relutou bastante em aceitar a permanência de um bebê saudável no berçário da UTI Neonatal. Foi muito difícil argumentar que a dificuldade de Fátima em cuidar de Miguel não significava que a mesma o estivesse rejeitando. Uma das pediatras da equipe alegava que, já que Fátima estava negligenciando seu filho ao se negar a amamentá-lo, não havia justificativa para mantê-lo no hospital, sendo aconselhável que o pai do menino o levasse para casa. A contraproposta da equipe em dar alta à criança nos parecia inoportuna por representar uma ruptura demasiado brusca entre mãe e filho. Entendíamos que ficar sem Miguel assustava a Fátima tanto quanto a insistência para que ela o amamentasse.

A ida de Miguel para o berçário da UTI Neonatal teve efeitos interessantes sobre o estado de Fátima, tanto do ponto de vista orgânico quanto do ponto de vista psíquico. A separação física permitiu que Fátima pudesse trabalhar os sentimentos ambivalentes que experimentava em relação a Miguel, favorecendo a efetuação de um reposicionamento subjetivo. Nem mãe-de-verdade, nem mãe-de-mentira: no seu tempo, Fátima pode elaborar alguns impasses que lhe causavam grande sofrimento, sendo possível construir junto ao seu filho a sua forma singular de exercer a maternidade.

Conclusão

A iniciativa de produzir um trabalho voltado para discussão das vicissitudes engendradas pelas Políticas Públicas de Aleitamento Materno não se mostrou uma tarefa fácil. Levantar determinadas problemáticas, que a princípio pareciam colocar em questão os benefícios alcançados no âmbito da saúde pública pelos programas pró-amamentação, foi como andar em um campo minado. Qualquer movimento mais brusco e estava eu de volta ao começo, tentando formular com clareza o propósito das minhas idéias.

Entretanto, à medida em que este texto foi tomando corpo, algumas situações clarificaram. Minha proposta definitivamente não consistia em questionar as evidências científicas que atestam os benefícios do leite materno para a saúde de um recém-nascido e tampouco pôr em dúvida os dados estatísticos que apontam para o sucesso das estratégias de incentivo ao aleitamento. Enquanto escrevia – e reescrevia – sobre o tema, pude vislumbrar que as minhas questões incidiam sobre o que não aparece nitidamente nos indicadores científicos e nas estatísticas oficiais. Meu objetivo, portanto, correspondia à tentativa de compreensão das entrelinhas dos discursos e práticas que compõem o campo de saberes sobre Aleitamento Materno e de que maneira esses pequenos não-ditos incidem no exercício das práticas institucionais.

A revisão histórica das práticas de aleitamento produzidas em nosso país ajudou a entender que, apesar do discurso supostamente inovador dos programas desenvolvidos pela Política de Aleitamento Materno em vigor no Brasil, há uma reedição do Modelo Técnico-Intervencionista desenvolvido séculos atrás pela Medicina Higiênica. O caráter normatizador das ações propostas segue os moldes de um biopoder, distribuindo as mulheres em um domínio de valor e utilidade, contribuindo para a produção em série de categorias: mãe-de-verdade e mãe-de-mentira, por exemplo.

Considerando os elementos que subsidiaram o movimento de resgate da amamentação – sustentado pela premissa de que o leite materno seria a arma primordial no combate à morbimortalidade infantil entre as classes pobres – foi possível compreender que o discurso pró-aleitamento acaba limitando ao âmbito das ações individuais a responsabilidade pela solução de um problema que está ligado a questões estruturais muito mais complexas, como é o caso da fome e da desnutrição no Brasil. Nesta lógica, a mulher encarna o papel de principal responsável por garantir o desenvolvimento saudável dos seus filhos, através da obrigatoriedade do ato de amamentar.

Nesse sentido, a utilização de fragmentos do cotidiano institucional de uma unidade de saúde credenciada no IHAC nos ajudou a compreender com maior clareza alguns dos desdobramentos produzidos a partir do exercício das ações desenvolvidas por este programa. Do lado da equipe de profissionais dedicados à assistência, muitas vezes o caráter de militância que recobre as rotinas institucionais concernentes ao aleitamento não permite uma abertura necessária para lidar com os casos que escapam ao seu repertório técnico. Capturados em sua posição de especialistas e atravessados por uma concepção unilateral sobre a maternidade, estes profissionais repetidamente impõem um modelo ideal de mãe sobre as pacientes do serviço.

Quanto aos efeitos recolhidos através do meu contato com as pacientes do serviço, foi possível perceber que, em alguns casos, a insistência da equipe em fazê-las amamentar e o discurso de classificação entre as mães-de-verdade e as mães-de-mentira acabava produzindo sentimentos de culpa, ansiedade e estresse emocional. Destituídas de sua subjetividade e desqualificadas no exercício de sua maternidade, muitas vezes essas mulheres vivenciavam o processo de amamentação com uma experiência de sofrimento psíquico.

Finalmente, a conclusão deste trabalho contribuiu sensivelmente para elaboração de questões importantes acerca da atuação do psicólogo dentro desta dinâmica institucional. Ao transformar em texto as inquietações despertadas diante das demandas de normatização da vida que me eram endereçadas, pude então me interrogar acerca do meu papel na produção de modelos de verdade engendrados no discurso oficial da instituição. Afinal, seríamos nós os guardiões da normalidade?

Escrevendo este texto, pude enfim compreender que, como parte integrante de uma instituição, somos o tempo todo convocados a partilhar da produção dos seus discursos e práticas. O cuidado na forma como manejamos determinadas demandas é fundamental no sentido de poder desnaturalizar o encargo social de normatização da vida dirigida à psicologia. Dessa forma, aposto na importância de uma reavaliação incessante de nossa atuação profissional no intuito de escapar da mera produção/reprodução de práticas normatizadoras e burocráticas, abrindo espaço para a construção de uma prática mais inventiva e que possa romper com as formas cristalizadas de fazer/dizer/pensar.

ANEXO I

“Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”²

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

² Dados obtidos através da publicação Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 4: auto avaliação e monitoramento do hospital/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial de Saúde (2009).

Referências

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado: Módulo 4: auto avaliação e monitoramento do hospital/Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial de Saúde**. Ed. Brasília, 2009.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1988.
- HESS, R.; SAVOYE, A. **L'Analyse Institutionnelle**. 2^a édition. Cap VII Les effets (p. 72-83) Tradução Heliana de Barros Conde. Paris PUF, 1993
- ROCHA, C. M. **Somos todos mamíferos?: Uma análise do discurso médico sobre aleitamento materno**. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
- RODRIGUES, H. B. C. **Quando Clio encontra Psyché: pistas de um (des) caminho formativo**. Cadernos Transdisciplinares, IP/UERJ, n. 1, 1998. Tese. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. 118 p.
- SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira**. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990. 236 p.

3º lugar - Categoria Profissional

Reconstruindo cidadanias: entraves e desafios na desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental infratores

Andréa da Silva Montechiare Pires
Gisela Giannerini dos Santos

Resumo

Neste artigo abordaremos a situação de pacientes internados em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a fim de pensar os desafios de se introduzir a saúde enquanto prática integral de cuidado em instituições historicamente marcadas pela cultura penal. Discutiremos as ambiguidades em jogo, desde o nascimento do manicômio judiciário no Brasil até os atuais entraves concernentes à desinstitucionalização e reinserção social de pacientes de longa internação. O intuito é pensar de que maneira as intervenções competentes à prática do psicólogo têm contribuído para formulação de Políticas Públicas específicas neste cenário, que, por anos, passou silencioso pelo Sistema Público de Saúde.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Manicômio Judiciário. Reforma Psiquiátrica. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Introdução

Ao longo dos anos, no Brasil e no mundo, ocorreu a explícita exclusão social e encarceramento de pessoas com transtorno mental, que passam grande parte de suas vidas internadas, perdendo radicalmente suas relações mínimas com os acontecimentos fora das instituições psiquiátricas. Juntamente a isto, a incidência de processos de aculturação e homogeneização em instituições asilares, como nos apontaram os estudos do sociólogo Erving Goffman¹, indicam a forma como estes sujeitos eram tratados de maneira que suas histórias e modos pessoais de vida eram desconsiderados, quando não rechaçados. Nestes processos, o trabalho pautava-se em rotinas grupais com prejuízos significativos à singularidade do paciente com transtorno mental.

Com as históricas transformações acerca do entendimento sobre o mundo pós-década de 1970 – as oposições ao crescente incentivo ao consumismo e individualismo, a luta pelos direitos civis, a reflexão acerca dos fatos de guerra e as condições humanas, entre os diversos movimentos de contracultura que ocorriam – iniciam-se discussões sobre a antiga Psiquiatria em debates importantes de novas perspectivas como as da Anti-Psiquiatria e da Psicoterapia

¹ Erving Goffman (1974), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, discute o caráter normatizante e cerceador das instituições, em destaque para estas que intitulam sua obra, como possuidoras dos mais altos graus de fechamento e promotoras de mortificação dos sujeitos, nomeando-as “instituições totais”.

Institucional. O cenário de promoção de redefinições de propostas sobre o tema deu início a processos de Reformas Psiquiátricas na Europa, resultando na mudança da ótica sobre o paciente e da lógica de assistência.

Podemos dizer que no Brasil a Reforma Psiquiátrica se constitui como um processo relativamente recente em comparação aos anos de existência histórica do modo de tratamento asilar. No entanto, este processo vem mostrando alterações no próprio cotidiano, como a progressiva transformação cultural da sociedade a respeito do estigma à população com transtorno mental. Os modos de tratar, cuidar e lidar com a loucura passaram por verdadeiras reformulações paradigmáticas que, conseqüentemente, levaram à edificação de novos referenciais simbólicos. A partir disso, surgem também outros propósitos e possibilidades de reinserção social, além da implantação gradativa de serviços substitutivos ao antigo asilo psiquiátrico, promovendo uma abertura marcante do campo político-assistencial. Esses avanços foram possíveis à medida em que outra lógica e ética de cuidado assumiram uma relevância decisiva, culminando na atual Política de Saúde Mental Brasileira.

Fazendo uma avaliação crítica – em que se salientam as ações efetivas de assistência em Saúde Mental e os investimentos federais nos serviços comunitários, mudando de maneira mais ampla o cenário psiquiátrico no país – vemos que mesmo após uma década de existência da Lei² que instrumentaliza formalmente os princípios e práticas da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização ainda permanece como uma das vertentes mais árduas das transformações. A ramificação deste processo, que concerne aos pacientes com transtorno mental que cometeram algum tipo de delito, se constitui como um trabalho ainda mais difícil.

Neste artigo, abordaremos os matizes do processo de desinstitucionalização quando direcionado a tal clientela, a fim de problematizar os desafios encontrados em um trabalho de reinserção social de pacientes de longa institucionalização em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no município do Rio de Janeiro. Discutiremos aspectos desde a composição inaugural deste espaço até a situação atual em que se encontra a instituição e seus pacientes, a fim de incluir e dar visibilidade a este debate no campo da saúde e da sociedade como um todo, com vistas a contribuir para materialização de novas perspectivas no campo das políticas públicas.

A conformação histórica do manicômio judiciário – atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) –, em especial no Rio de Janeiro, foi fundada sobre as bases conceituais da tutela e assistência que consolidaram a natureza dessa instituição. Esse espaço foi inaugurado como um anexo ao tradicional hospital psiquiátrico por se considerar que a periculosidade estava atrelada a estes pacientes, o que demandava a separação física entre os pacientes loucos e os loucos criminosos.

Em 1903, a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal, modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec.1132 de 22/12/1903), estabeleceu que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos

² A Lei 10.216/01, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi encaminhada ao Congresso Nacional como Projeto de Lei pelo deputado Paulo Delgado do PT/MG em 1989. Este passou por votações, com mudanças no texto por 12 anos, até que em 2001 foi sancionado como Lei no país. Seu texto institui a mudança do modelo de tratamento em saúde mental, instituindo os direitos e proteção à pessoa com transtorno mental, além da reorientação nacional da assistência, voltada para tratamento e atenção de base comunitária.

especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento. A partir da legislação de 1903, no bojo das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, cria-se uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos” (CARRARA, 2010, p.17).

Posteriormente, submetendo-se à administração penitenciária como um anexo ao Complexo Penitenciário Frei Caneca, o primeiro Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país sofreu um deslocamento, não só físico mas também conceitual, ao sair dos arredores do asilo psiquiátrico para dar origem a um espaço ainda mais específico (CARRARA, 2010, p.17). Criou-se uma instituição de etiologia e mandatos mistos para servir de referência também para casos que desafiavam as premissas do que concernia à saúde e à justiça. Os casos localizados no *entre* a Psiquiatria e a Justiça, *entre* o crime e a loucura, *entre* a penitenciária e o hospital, passaram a integrar uma instituição que até hoje se embaraça em seu mandato *entre* o cuidado e a tutela.

Ao longo de sua história, foi notável seu afastamento da idéia inicial de tratamento e sua inclinação à concepção de manutenção da segurança da população – a reclusão passava a se referir não somente ao isolamento como preceito da cura, tal como a teoria pineliana³ apontava, mas também às demandas que nasceram a partir do constructo que associava loucura à periculosidade. Com esta configuração, o estigma do louco tornou-se ainda mais preponderante, ao passo que, além de ser considerado um indivíduo da desrazão, veio representar também a insígnia do perigo.

A dupla designação que fundou esta nova instituição passou a responder às demandas sociais quanto a duas figuras a serem isoladas: ao louco, tratamento confinado e ao criminoso, distanciamento. A convergência de dois problemas foi supostamente solucionada por uma mesma instituição. Esta assumiu tal papel sem, contudo, retornar à população indagações acerca das engrenagens sociais em jogo no seio do problema. Em um afastamento das questões, os problemas permaneciam como uma exterioridade, sem nexos contextuais sobre a produção de tais situações e a resposta das pessoas a isso. Embora os manicômios judiciais tenham sido criados por uma designação de ser um espaço de tratamento e reclusão, sua natureza caminhou mais no sentido punitivo do que de tratamento em si, apesar de contraditoriamente ser elegível uma medida terapêutica e não uma pena para sua clientela. Em função da perspectiva da periculosidade vir frequentemente associada à condição subjetiva, muitas vezes grave e delirante, é comum marcar definitivamente o sujeito pelo fantasma da imprevisibilidade dos atos e do perigo virtual.

A psiquiatria, ao longo da construção da doença mental como seu objeto, caracterizou-a por qualificações nosográficas como persistente, de evolução progressiva, crônica, duradoura, incapacitante. Havia uma forma de conceber a doença em que se acreditava conhecer o futuro das mesmas. Esses acentos sobre a doença parecem ter ganhado ainda mais força quando referidos aos pacientes loucos infratores. Com isso, não são poucas as histórias de pacientes que tiveram seus destinos fadados à vida e à morte na instituição. Sobre esse encontro muitas vezes infeliz entre a doença e o tempo, Desviat (1999) reflete:

³ Através da concepção do Tratamento Moral, Pinel tomou a loucura como objeto de estudo, tornando-a alvo da ciência, de modo a entender que prática de isolamento era um método aplicado em nome da razão. “O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior [...] Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para consideração do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requeria ordem e disciplina, para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos” (AMARANTE, 2007, p.31).

Mas, se a reflexão psicopatológica convida a que se interrogue sobre as relações entre a doença mental, especialmente a psicose e o tempo, a aproximação institucional – reposta a uma consideração social – inaugura uma análise sobre as consequências das formas de atendimento no prognóstico e até na configuração nos quadros clínicos das doenças mentais. [...] A cronicidade liga o contexto sanitário, as formas assistenciais e as percepções sociais da doença mental. Há um ponto de encontro entre a alienação individual e algumas formas sociais de assistência e controle. O asilo fabrica um tipo de doente crônico que chega a ser considerado como o doente crônico psiquiátrico, num paralelismo que equipara o manicômio à cronicidade, até que a desinstitucionalização evidencia que esta não pode ser reduzida à concepção clássica das deficiências nem tampouco à reclusão manicomial (DESVIAT, 1999, p.91).

Ainda hoje, ao adentrar em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), o sujeito recebe uma “etiqueta” que, assim como a medida de segurança, muitas vezes passa a integrar sua condição humana por tempo indeterminado, parecendo que a possibilidade de vir a cometer novos delitos está não apenas no cotidiano, mas também no horizonte da vida. Inicialmente, podemos pensar que existe uma complexidade que atravessa o cuidado a esta clientela pelo fato do trabalho ser regido tanto pela legislação referente à Justiça quanto pela referente à Saúde – mais recentemente com a lógica da Saúde Mental orientada pela Lei 10.216 de 2001. Os inevitáveis atravessamentos provenientes do encontro de legislações distintas têm consequências diretas na assistência a esta clientela.

Como exemplos, mencionamos os frequentes mandatos judiciais de tratamento ambulatorial por um (1) ano no próprio HCTP após a desinternação⁴ de um paciente, ao invés de encaminhamento para o tratamento em Saúde Mental na própria comunidade; os processos de desinternação frequentemente condicionados à existência de suporte social para recebimento do paciente, mesmo após internações de décadas em que se extrapolou o tempo determinado pela medida de segurança e a possibilidade de re-internação no HCTP mesmo com ausência de novo delito.

Apesar de já haver o entendimento de que mesmo sem a reforma da legislação é possível começar a compatibilizar a assistência aos inimputáveis - regida pela Lei de Execução Penal (LEP) - ao disposto na Lei 10.216/01, na maioria dos estados, essas mudanças ainda são uma quimera. Afinal, segundo a legislação vigente, para os portadores de transtornos mentais tratados na esfera da Justiça só existem dois tipos de medida: a ambulatorial, raramente prescrita e que pode ser convertida a qualquer momento em internação e o tratamento em manicômio judiciário que pode prolongar-se enquanto não for considerada cessada a periculosidade (FIALHO; KOLKER, p.5)

Neste sentido, a prevalência da cultura prisional nestes espaços se faz ver, por exemplo, pelo modo como muitos profissionais lidam com os pacientes desinternados e abrigados – isto é, aqueles que não têm nenhuma pendência com a Justiça, porém ainda não tem para onde ir. Usualmente, remetem-se a estes com desconfianças, costumeiramente com a consideração da possibilidade do perigo, mantendo, com isso, um tom de dívida eterna do indivíduo. Essa forma de lidar pode ser consequência da história da aplicabilidade da medida de segurança que, em sua trajetória, manteve a prática de se estender ao tempo de cumprimen-

⁴ A desinternação se refere ao momento em que o Juiz determina a cessação de periculosidade do paciente e, com isso, o fim da medida de segurança.

to – modo de funcionamento que deu margem para internações desrespeitosas – quanto aos Direitos Humanos e da Cidadania.

Através desta marca referente à assistência nos manicômios judiciais, que parece perpetuar a dívida dos pacientes com a Justiça e a sociedade, vemos que subjaz, como pano de fundo, a imagem fundida do “louco-infrator” – duas figuras a serem eternamente alijadas da sociedade. Na atual conjuntura de avanços em todo território nacional, em termos de direitos e cuidados à Saúde, todo esforço se orienta por incluir estas discussões nas instituições no intuito de poder cindir e romper com essas imagens-estigmas, desnaturalizando a periculosidade associada à figura do paciente com transtorno mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica caminha na direção de provocar indagações acerca de saberes por anos instituídos, visando prescindir das grandes instituições asilares que mantém sujeitos indeterminados – passam décadas sem nome ou com nomes trocados, sem identificação, sem endereço ou ainda por tempo indefinido.

Discutir os dilemas e desafios atuais referentes ao trabalho de inclusão da Saúde, enquanto prática de cuidado em instituições marcadas pela cultura penal, é o objetivo principal deste artigo. Balizadas por algumas questões que orientam nosso trabalho, abordaremos esta temática a fim de pensar de que modo as práticas em psicologia, dentro desta discussão, podem contribuir para a construção/adequação de políticas públicas referentes ao cuidado dos pacientes com transtorno mental infratores.

Algumas indagações servem para problematizar entraves a fim de pensar estratégias de atuação a partir das dificuldades enfrentadas: como efetivar a medida de segurança como indicação de uma necessidade de cuidado em primeiro plano? Como promover o exercício da intersectorialidade, integrando de fato a Justiça e a Saúde na assistência a estes pacientes? Como garantir ou construir os direitos e a cidadania de pacientes historicamente tutelados?

Recentemente, esforços têm sido feitos no sentido de estender os avanços alcançados no campo da Saúde Mental ao público que compõem a clientela dos HCTPs. No entanto, ainda é muito recente a Resolução nº 05 – de 04 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – que prevê a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216, que aponta para mudanças nas perspectivas com possibilidades de progressos futuros.

A Resolução nº 5 de 04 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias que estabeleceu que o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis, tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos e a superação do modelo tutelar, deve visar como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º da Lei 10.216/01); e que os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e sem suporte sócio-familiar, devem ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei 10.216/01) (FIALHO; KOLKER, p.29)

Atualmente, existe um número considerável de pacientes vivendo nos HCTPs na condição de desinternados e abrigados, constituindo-se como moradores da instituição. Em função dos longos anos de internação, um dos principais efeitos vivenciados pelos pacientes é a perda de referências familiares, sociais e territoriais. É preciso dar visibilidade à situação de aprisionamento dos “loucos-infratores” para que o manicômio judicial deixe de ser um espaço invisível, um puxadinho pouco calculado do tradicional asilo psiquiátrico, para tornar-se objeto de um planejamento clínico e político de atenção.

Considerando este cenário, vemos que a instituição, com todos os elementos que a compõem, sofre um processo de adoecimento. Esta parece sofrer do que metaforicamente podemos chamar de um estado de obnubilação: desorientada temporalmente, perde-se nos anos que passam como se fosse tempo recente ou mesmo um tempo sem marcações de diferença. Há prejuízo na evocação de memória, quando, por exemplo, pacientes são referidos como se não tivessem suas próprias histórias e nomes; alterações da atenção e diminuição da senso-percepção provocam efeitos diretos sobre a vida deles, passando a serem menos vistos, cuidados e tratados. O estado de obnubilação de uma instituição pode variar do torpor até um possível coma, quando o movimento é quase zero, o que pode caracterizar o grau de fechamento.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento.” [...] Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais* (GOFFMAN, 1974, p.16),

Os aspectos descritos anteriormente podem ser pensados como sinais de um diagnóstico institucional que caracterizam o adoecimento vivido pela própria instituição. Essa imagem metafórica do adoecimento institucional nos remete a pensar que a própria instituição e toda a sua dinâmica também devem ser alvo de intervenção, entendendo esta como um veículo para a mudança de posição capaz de produzir uma virada, uma saída do estado que Goffman (1974) caracteriza como um “mar morto”⁵. O embrutecimento que se segue ao estado de turvação a que pode chegar uma instituição – e também os profissionais – quanto ao seu mandato terapêutico, leva o trabalho a ser marcado por tecnologias duras, de protocolos e procedimentos, em detrimento das tecnologias finas, mais singularizadas. Por esta perspectiva, entendemos que o trabalho capaz de gerar cuidado é mais complexo do que a assistência burocrática aos pacientes instalados na instituição.

A longa permanência do trabalho demonstra certo grau de ritualização presentificada na ação de funcionários e gestores, que aparece como efeito de uma sujeição a uma cultura já instaurada que, às vezes, se faz tão cristalizada que perde sua natureza de construção social. Manuel Desviat (1999) aponta para a influência dos processos de trabalho, das respostas e do atendimento recebido na evolução de uma doença. Há nesta consideração uma nuance referente à persistência de padrão de cronicidade que pode subsistir mesmo com os serviços comunitários e os processos de desinstitucionalização. Isto significa que as mudanças veiculadas pela Reforma são mais consistentes quando atingem a atitude e posição das pessoas com relação à loucura, dois âmbitos que fundamentalmente podem gerar transformações efetivas.

Através da perspectiva da Análise Institucional, especificamente pelo conceito de “analisador” como aquele que “produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise” (PASSOS; BENEVIDES, 2000), ligado a uma idéia de intervenção, entendemos que as práticas da psicologia, especialmente no que dizem respeito à atenção ao funcionamento da própria instituição, têm potência de transformação e desnaturalização de ações. Compreende-se que, para além da clínica individual, tão necessária em um espaço onde se homogeneizam as pessoas, o trabalho

⁵ “Toda instituição pode ser vista como uma espécie de mar morto, em que aparecem pequenas ilhas de atividades vivas e atraentes” (GOFFMAN, 1974, p.66)

institucional tem relação com a criação de novas possibilidades e mudanças da lógica regida por uma cultura cristalizada. Disto podemos depreender que os caminhos para a introdução da saúde e do ato de cuidar na instituição não se produzem dissociados das intervenções nos próprios processos de trabalho que a compõem. Tomar a instituição como objeto é uma proposta de interrogar sua suposta imutabilidade mas, especialmente, de flexibilizar rotinas que a compõe e dismantelar a regra pela regra, pela consideração primordial de que é necessário promover invenções para produção de Saúde e, conseqüentemente, de vida.

A possibilidade de provocar movimentos na vida cotidiana dos pacientes perpassa a própria alteração de posturas e falas de funcionários em geral, como também pela modificação concreta nos espaços físicos, tornando-os mais dignos. Todos estes elementos simbólicos se relacionam diretamente com o que cada um pode perceber de si e de seu entorno, promovendo possíveis mudanças na realidade da instituição. Desta maneira, uma contribuição essencial do trabalho da psicologia nestas instituições é o de perceber que o adoecimento e a institucionalização, que caracterizam a vida dos pacientes internados, é efeito também de um segundo adoecimento referente aos profissionais e à instituição. Podemos notar as situações de longa institucionalização referindo-se não somente a situação concreta de estadia dos pacientes há um longo período na instituição, mas também a dificuldades quanto à operacionalidade das ações.

Essa dificuldade coloca-se em nossa prática cotidiana com os pacientes que têm alguma circulação, e cujo estado de longa permanência diz respeito à própria condução do tratamento. Falo da descontinuidade das ações, da não-sustentação de uma direção de tratamento nos vários momentos da psicose, das respostas estereotipadas das equipes envolvidas, das iniciativas transitórias em relação ao 'investimento no caso', da limitação à dimensão do cuidado, da inflexibilidade das regras institucionais, do automatismo ao qual somos tragados (SIQUEIRA, 2008, p.58).

Face ao frequente enrijecimento de grandes instituições, o papel do psicólogo se inicia através de um trabalho de procurar brechas de intervenção e criação de pequenos movimentos. É, portanto, um papel de buscar permeabilidade através de um trabalho micropolítico com vistas a transformações mais amplas. O acompanhamento de pacientes loucos infratores em situação de longa institucionalização nos sinaliza para o fato de que oferecer saúde e cidadania requer também a ampliação do olhar e a abertura das práticas. Desta maneira, é importante assinalar que a profissão do psicólogo não é uma prática delimitada e caricatural, mas um fazer que se materializa nos embates e negociações do cotidiano. Esse entendimento é essencial para que possamos produzir um deslocamento do lugar de especialista, de portador de um saber completo. Tal lugar pode ser tão fechado quanto a própria instituição, ao passo que pode não haver abertura para as construções e inventividade que o trabalho nestes espaços exige. Entender que a instituição não vem pronta, se refere a compreender que ela é feita de pessoas e tem seu processo, que perpassa o trabalho do instituinte e do instituído, de forma que, em cada configuração, poderá haver mais ou menos dialética. A partir disso podemos pensar como nossa atuação neste processo no campo de trabalho da Saúde Mental se relaciona a produzir mais movimentos instituintes, provocando desestabilizações naquilo que parece tão endurecido e automático, frutos do instituído.

Trazendo da Análise Institucional o conceito de Instituição, podemos perceber que o termo se relaciona ao que é fixo e existente e também a uma ideia de dialética. Esta oposição estaria constituída, segundo Castoriades (*apud* Moura, 2003), entre instituído e instituinte, onde o primeiro teria como ação permanente "a tentativa de reforçar o estado de coisas e de negar, de

todas as maneiras possíveis, aquilo que certos acontecimentos e processos fazem emergir no funcionamento real da instituição”. Já o instituinte, “diz respeito à colocação em questão desta característica universalizadora e naturalizadora das forças instituídas [...] o instituinte alimentaria a capacidade de mudança e a criação de novas práticas institucionais”.

Essa abertura da prática é também do olhar e da própria escuta. Ao se dizer que um paciente não pode prescindir de uma internação por ser grave, imediatamente podemos operar um deslizamento que remete a muitas outras necessidades que compõem a vida de qualquer cidadão, como moradia, saúde, alimentação, novos laços sociais, novas perspectivas e, sobretudo, uma vida fora da instituição. Estes aspectos remetem a diversos âmbitos da vida que ultrapassam considerações positivistas centradas unicamente em uma questão de saúde ou de justiça, pólos onde frequentemente costuma-se localizar a vida dos pacientes.

É preciso continuar o investimento na edificação de novas significações na vida dos pacientes internados nos HCTPs. Significações que possam promover e produzir condições de possibilidade para que estes indivíduos possam voltar a participar ativamente da sociedade com dignidade e cidadania. Atentar para os processos de trabalho que agenciam o cuidado pode ser de grande relevância para que os pacientes possam novamente se lançar a uma vida fora da instituição, podendo contar com a aposta de técnicos e familiares.

A existência de dificuldades no que tange uma certa “garantia” que sustente a passagem da institucionalização prolongada ao tratamento extra-hospitalar deve-se a muitos fatores. Uma grande parcela se refere à dificuldade ainda vigente quanto à reversão do estigma da loucura, o que tem particular relação também com a dificuldade de garantir uma consolidação proporcional de infra-estrutura substitutiva de tratamento comunitário, necessária para sustentar tais mudanças. Isto porque, se a imagem do louco na sociedade ainda sofre obstáculos em sua modificação, abrem-se brechas para o pensamento de que o louco tem seu lugar – representado essencialmente pelo hospício – como também a abertura para a desconfiança da população sobre a eficácia do tratamento nos novos serviços.

Neste momento em que o tratamento deixa de ser determinado pela Justiça e deveria ser assumido pelo Sistema de Saúde, **tanto no nível macro (político-administrativo) como no nível micro (técnico-operacional) de responsabilidade sanitária**, esse encargo termina não sendo reconhecido por nenhum dos dois. Isso significa que se antes o suposto risco oferecido pelo louco infrator servira para justificar a sua longa internação em HCTP, paradoxalmente não serve agora para garantir o seu direito ao cuidado (*grifo nosso*) (FIALHO; KOLKER, p. 23).

Muitos pacientes, ao saírem e serem desassistidos em seu tratamento, acabam retornando à instituição a pedido de terceiros. Nesta discussão, é importante marcar que a mudança entre lógicas de tratamento no Brasil – da asilar à psicossocial – não se passou de forma abrupta e definitiva na prática e, com isso, nesta interseção permanece ainda hoje uma clientela com pouca visibilidade, em situação de longa institucionalização, sinalizando que se mantêm vivas algumas particularidades e ofertas do antigo circuito asilar tradicional.

A inclusão da clientela dos HCTPs na rede pública de saúde ainda é um movimento que enfrenta empecilhos e pré-conceitos por parte dos próprios serviços. Possivelmente, isso também é resultado de certo ocultamento desta população por anos. A reclusão acaba causando um isolamento não só para as saídas como para a ligação mais estreita destes com os serviços de saúde, que ficam afastados desta realidade. Não por acaso, o movimento da Reforma Psi-

quiátrica recentemente avançou no que toca a situação dos manicômios judiciários no Brasil, por anos esquecidos. Atualmente ainda carecem de uma política nacional de reorientação da assistência, uma direção integrada e compartilhada em todo território brasileiro.

Situar a condição dos HCTPs no âmbito da Saúde Mental, com vistas a um ajuste mais sintonizado e progressivo, tanto na prática quanto na política, nos leva a considerar diretrizes de trabalho muito caras à Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao Sistema Único de Saúde (SUS), essenciais para sustentação de todo trabalho. Dentro deste campo de discussões e práticas, temos localizado um dos maiores desafios: conseguir promover uma transformação destas instituições, usualmente mais identificadas com os regimentos judiciais e penitenciários, para um direcionamento da Saúde enquanto prática integral de cuidado. Uma das mais importantes diretrizes neste trabalho é o tratamento na própria comunidade, pois faz uma junção de visibilidade e co-responsabilidade dos serviços de saúde com a desconstrução da idéia de que a assistência básica, feita pelos profissionais internos aos HCTPs, bastaria como proposta de saúde.

O tratamento regionalizado, capilarizado pelo território com presença na comunidade, demanda uma nova forma de se fazer presente entre os profissionais junto às famílias, aos pacientes e à própria sociedade. Alguns dos princípios e diretrizes do SUS, materializados na Lei 8.080⁶, como a universalidade, integralidade, descentralização e regionalização, por exemplo, orientam mudanças fundamentais no atendimento em Saúde.

O pressuposto de um SUS mais acessível à população não significa uma proximidade apenas física da moradia com o local de tratamento, através da divisão geográfica de responsabilidade sanitária dos serviços. A idéia de um sistema de saúde mais próximo à população refere-se a uma maneira de acessar e imprimir ao cuidado em Saúde Mental uma nova ética de atenção que almeja prescindir de grandes instituições de características asilares. Além disto, a consideração da equidade se faz condição fundamental para que todos possam ser atendidos, de forma a diminuir as desigualdades com investimentos onde a carência é mais presente. O paradigma da Atenção Psicossocial não significa outra lógica paralela ou alternativa à manicomial, mas substitutiva a esta, marcando uma posição de rompimento com antigas concepções e práticas.

O que vemos na realidade de vida dos pacientes com transtorno mental infratores é grande destituição de seu poder contratual. Muitos questionam o contra-senso de se estar em liberdade e não poder ir embora, por exemplo. A dificuldade de compreender essas situações aparece de diversas maneiras no cotidiano. Muitos dizem ser desinternados e estarem presos, o que seria um paradoxo se não constatássemos que é realmente possível estar em liberdade e, ao mesmo tempo, aprisionado. A discussão sobre a atual situação destes pacientes revela o imbróglio da fixidez destas instituições e seu próprio adoecimento. Neste trabalho de reintroduzir a questão da saúde nestas instituições não podemos deixar de considerar tais aspectos, mas apostamos, sobretudo, na incidência de inovações na direção das políticas e desconstrução de antigas concepções baseadas em ideias de riscos e impossibilidades, fazendo uma leitura de que, para a mínima garantia dos direitos das pessoas como sujeitos e cidadãos, faz-se necessária a abertura destes espaços a uma maior permeabilidade ao que é externo, novo e diferente.

Os esforços podem caminhar no sentido da diminuição das barreiras institucionais e do poder hierárquico da instituição que, por vezes, leva o paciente a ser reconhecido como “último escalão”, quando em verdade deveria ser ele o foco de toda e qualquer ação.

⁶ Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Sobretudo nos hospitais para doentes mentais e nas prisões para doutrinação política, as afirmações que faz [o internado] podem ser desprezadas como simples sintomas, e a equipe diretora pode prestar atenção aos aspectos não-verbais de suas respostas. Muitas vezes é considerado como colocado em posição tão secundária que não recebe sequer pequenos cumprimentos, para não falar em atenção ao que diz (GOFFMAN, 1974, p.47).

A desconstrução deste aparato de controle da vida – como se tem mostrado desde sua criação – é, no entanto, gradativa. Isto porque, na medida em que, para poder se alterar de fato essas condições de fechamento da instituição sobre si, demanda-se um trabalho também de construção de parcerias e redes que sustentem uma outra ética de cuidado. O trabalho em rede é um caminho privilegiado para potencialização de maior fluxo entre o dentro e o fora.

A conformação desta rede é relevante para que o trabalho não seja reduzido à responsabilidade de poucos atores. Na verdade, trata-se de uma ação que compete a muitos, ao considerarmos que não se trata de haver especialidade ou qualificação para que qualquer trabalhador da saúde mental possa se aproximar desta tarefa. A insuficiência de uma rede ampliada voltada para a desinstitucionalização estaria ligada mais à dificuldade na aproximação com este desafio do que a ter que se gerenciar uma equipe específica para efetivar este trabalho. Desta forma, partimos da concepção de que esta é uma direção de trabalho que deveria perpassar a prática de todos imbuídos no trabalho clínico e de gerência no campo da saúde mental. Essa discussão pode se constituir como um importante instrumento para aventar maiores diálogos quanto à implementação de políticas públicas específicas de cuidado e trabalho nos HCTPs. As perspectivas dos Direitos Humanos e da Atenção Psicossocial necessitam ser tomadas como diretrizes nestes espaços, já que foram legitimadas pela própria constituição do Estado de Direitos e pelas legislações que regem a Política Nacional de atenção e cuidado na Saúde Mental.

Assim, o estabelecimento de uma direção efetiva à saúde nestas instituições deve considerar a integralidade do sujeito, sendo contextualizado e entendido como um indivíduo bio-psico-social, e também a integralidade de ações que possam atender às necessidades de saúde desta população, historicamente atrasada no que diz respeito às mudanças político-assistenciais. É importante que novas referências se edifiquem para que o processo de desinstitucionalização destes pacientes seja possível e efetivo no que se refere à retomada do engajamento na vida fora da instituição.

No começo deste artigo, citamos importantes conceitos de Goffman acerca da vida em instituições asilares e mencionamos os funcionamentos grupais e os processos de homogeneização que levavam a descaracterização e perda da identidade do indivíduo nestes espaços. Para finalizar, resgatamos a importância do trabalho desenvolvido nestas instituições para a passagem essencial de rotinas grupais, de massa, para práticas coletivas, considerando, no entanto, o que é particular. Também neste sentido, propõe-se o trabalho em equipes e o cuidado dos pacientes, ambos em rede.

Retratar os entraves do trabalho é um caminho que pretende contribuir para a construção de estratégias de cuidado capazes de utilizar as diretrizes políticas mais amplas no singular de cada situação, podendo, com isso, intervir não só em situações de longa permanência como no início de possíveis institucionalizações. Neste sentido, temos duas tarefas: singularizar o cuidado instrumentalizado pela política, que é genérica, e contribuir para reformulação desta mesma política em aspectos mais específicos com relação à atenção aos pacientes com transtorno mental infratores no Brasil.

Referências

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- CARRARA, S. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil**. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, p. 16-29, 2010.
- DAHMER, T. **Quando o camburão chega antes do SAMU: Notas sobre os procedimentos técnico-operativos do serviço social**. [mimeo].
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FIALHO, J; KOLKER, T. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: Propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01**.
- GOFFMAN, R. (1961) **Manicômios, Prisões e Conventos**. Rio de Janeiro: Perspectiva. 1974.
- MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec. 2003.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.
- RESOLUÇÃO nº 05, de 04 de maio de 2004. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.
- SIQUEIRA, K. Se é residência e se é terapêutica, por que é que eu tenho que vir ao CAPS?. In: **Desinstitucionalização e Psicose: Experiências clínicas**. Niterói: EdUFF, 2008.

1º lugar - Categoria Estudante

Dos processos de singularização e autonomia à cidadania: a prática política do diálogo

Ana Chacel de Castro

Flávia de Abreu Lisboa

Aline Gomes de Carvalho

Resumo

O objetivo deste trabalho é pensar a prática *Dialogando*, do projeto de pesquisa-intervenção *Construindo um processo de escolhas mesmo quando “escolher” não é um verbo disponível*, inserido no Instituto de Psicologia da UFRJ, que atua no Curso Pré-Vestibular do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré. Através do diálogo e do grupo enquanto dispositivos, possibilita estranhamentos de referenciais naturalizados, apostando na criação de novas possibilidades. Na potencialização de processos de singularização e autonomia, afirma-se o compromisso ético-político desta prática da Psicologia. Enquanto analisador para repensar a cidadania e a participação política, afirma-se como uma Política Pública em potencial.

Palavras-chave: Cidadania. Autonomia. Processos de Escolha. Singularização.

Introdução

A criação é algo que vem do encontro. O pensamento, algo que vem de fora. Só é possível criar e pensar quando alguma força nos encontra e nos desestabiliza. É o irrompimento de uma verdade, por ora estranha, que afeta, incomoda e nos desloca de um lugar enrijecido, nos fazendo colocar em análise essa verdade que emergiu. Nesse processo, nossa forma de ver o mundo se desmantela e juntos, nós e o mundo, nos reinventamos.

Nas práticas emergem afetações, inquietações, estranhamentos. Os questionamentos que impulsionam este trabalho – orientado e supervisionado pelo Professor Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho (CRP 05/26077) –, surgem da atuação do projeto de pesquisa-intervenção *Construindo um processo de escolhas mesmo quando ‘escolher’ não é um verbo disponível*¹, o qual funciona desde 2006, no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). As práticas integrantes do projeto buscam colocar em análise os processos de escolhas nos mais diversos âmbitos da vida. Trata-se de repensar as implicações de cada sujeito enquanto construtor de sua própria trajetória de vida. Como foco, partiremos da prática do *Dialogando*

¹ O projeto surgiu em 2006 no Instituto de Psicologia da UFRJ e teve como campo de atuação os Projetos de Extensão dos Cursos Pré-vestibulares do Caju e de Nova Iguaçu, nos Cursos Pré-vestibulares comunitários do Rio das Pedras e Martin Luther King. Atualmente está inserido na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, no Colégio Pedro II em Niterói e em dois Cursos Pré-vestibulares na favela da Maré (CEASM e REDES-Maré).

– um espaço com os alunos do Curso Pré-Vestibular do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CPV-CEASM²), tendo como proposta a discussão de diferentes temas. As atividades são realizadas a partir das questões que emergiram nos encontros anteriores.

Como uma breve contextualização, a instituição CEASM surge com o projeto do Curso Pré-Vestibular Comunitário. Acreditando no acesso à universidade pública como meta inicial, este projeto tem a proposta de possibilitar aos alunos uma nova inserção educacional e cultural. Associado a este fim, acredita-se na construção de estratégias que afirmem potencialidades dos próprios moradores que integram o projeto, valorizando o protagonismo e o olhar crítico das realidades sociais³.

A entrada do projeto pesquisa no CEASM ocorreu em julho de 2009. A demanda inicial firmava-se na possível intervenção da psicologia nas relações institucionais, associando a possibilidade de um trabalho sobre escolha profissional com questões relacionadas à evasão dos alunos, bem como a construção de um espaço de discussão acerca do projeto, tomando alunos, professores e coordenações como agentes construtores. A inserção nessa instituição se deu a partir de três principais atuações: participação nas reuniões de equipe como forma de trabalhar as relações institucionais; grupos de Análise do Vocacional⁴ com os alunos e construção de um dispositivo de intervenção com os alunos, chamado *Dialogando* – foco central deste artigo.

A prática do *Dialogando* surgiu como um espaço de discussão sobre diferentes temas. Dentre eles, questões que perpassavam a construção do próprio Curso Pré-Vestibular, temas relacionados com o vestibular e de interesse dos próprios alunos, na intenção de abarcar assuntos ligados às realidades vividas por eles. Desde então, os grupos estão inseridos na grade horária do curso e funcionam dentro da dinâmica do pré-vestibular, ocupando um tempo de aula semanal. Na construção de grupos e diálogos, em cada encontro há um tema disparado a discussão, de forma que as atividades são preparadas de acordo com as afetações que emergiram nos encontros anteriores. A aposta é na criação de um espaço construído por eles, de fala e troca entre os alunos, transformando-os em atores fundamentais de tal processo.

Partirmos da etimologia da palavra *Diálogo*: em grego, diálogos refere-se a ‘conversação’. O sufixo *logos* quer dizer “palavra”. Nesse sentido, “diálogo” significa conversação através da palavra (HOUAISS). Trata-se, portanto, de pensar o diálogo enquanto um modo de circulação das palavras, de troca de formas de ver o mundo, de produção de novos olhares possíveis. Na prática, *Dialogando*.

Partindo dessa proposta, pensamos o grupo e os diálogos enquanto instrumentos que permitem o encontro de diferentes formas de ver, pensar, sentir e agir no mundo. O efeito é a possibilidade de estranhamento de referenciais considerados até então como naturais. Trata-se da criação de novos questionamentos e, por conseguinte, da construção de novas relações consigo e com o mundo. Uma sociedade pautada no automatismo, em que os discursos são homogeneizados e incorporados nas minúcias das subjetividades, implica a necessidade de potencializar processos de diferenciação das formas de vida. O efeito é a afirmação de sujeitos atores e interventores de suas próprias realidades e a possibilidade de construção de novas relações sociais.

²Mais informações sobre o Projeto do Curso Pré-Vestibular do CEASM em: <<http://prevestibularmare.wordpress.com/>>.

³Mais informações em: <<http://ceasm.tumblr.com/>>

⁴Esta prática surgiu em 2006 com a inserção em um Curso Pré-Vestibular, que era projeto de extensão da UFRJ. Utilizando o grupo enquanto dispositivo de intervenção, busca colocar em análise os processos de escolha e seus efeitos, bem como a construção das trajetórias profissionais e as implicações de cada um nessa construção.

A pesquisa-intervenção: produção política?

O *Dialogando* é uma prática inserida em um projeto de pesquisa-intervenção. Mas a que isso se refere? Quando falamos em uma instituição, organização, estabelecimento, falamos antes de tudo em um campo de intervenção que não se distingue do campo de análise. Esse “objeto de pesquisa” passa a ser concebido enquanto efeito de forças coletivas de várias espécies, sendo composto por práticas, discursos e experiências que o legitimam (BAREMBLITT, 1996).

Nesse sentido, estudar um campo é conhecer quais são as forças que estão engendradas. Contudo, como pensar uma prática de intervenção que seja apenas um “conhecimento da realidade”? Passos (2010) afirmam que, na pesquisa-intervenção, a produção de conhecimento deixa de referir-se à aplicação de um saber à uma realidade (um saber-fazer), mas sim de um conhecer fazendo (fazer-saber). Nesse sentido,

conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir este próprio caminho, constituir-se no caminho. (PASSOS *et al.*, 2010, p.30).

Dessa forma, o caminho para a realização de um trabalho é a própria experimentação. Intrínseco a essa premissa, afirma-se como metodologia de intervenção e de pesquisa o método cartográfico como forma de conhecer e acompanhar os processos que constituem o campo. Na cartografia, portanto, a noção de método fica invertida: não são mais as metas pré-fixadas que traçam o caminho – “do *metá-hódos*.”, mas é no próprio percurso que elas são traçadas – “ao *hódos-metá*” (PASSOS *et al.*, 2010).

A partir daí,

restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Estes tampouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra (ROLNIK, 1989, p.68).

Neste processo de invenção, afirma-se a importância dos dispositivos de análise social. Segundo Lourau (1993), dispositivos são instrumentos que permitem trazer à cena estes modos de composição presentes em um campo de pesquisa. Deleuze (*apud* BENEVIDES, 1996) define como “máquinas que fazem ver e falar” esse arranjo de forças. Portanto, pensar na utilização de dispositivos é pensar em linhas de visibilidade e de enunciação que perpassam os dizeres e posicionamentos daqueles que se encontram no território habitado.

Vale ressaltar que dar visibilidade a tais forças implica em colocá-las em análise e não representá-las. Para Guattari (2005), fazer análise é desestabilizar aquilo que aparece como unidade, criando bifurcações: novas vias que possibilitem a ruptura com o jogo de forças que se institucionaliza, fazendo emergir o que transborda ao território habitado. Não obstante, fazer “ver e falar” tais unidades, colocando-as em análise, e desestabilizar pontos endurecidos implica em um processo de criação do novo: novas relações, novos discursos, novos olhares, novos sujeitos.

Na pesquisa intervenção, a não-neutralidade cede lugar a implicação do pesquisador, passando de observador a interventor. Dessa forma, ao intervir no objeto a ser pesquisado e não representá-lo, a pesquisa-intervenção é uma modalidade que muda a posição política da própria pesquisa. Cabe a implicação no acompanhamento dos processos de transformação e dos

efeitos de uma intervenção. Falar em ação é falar em política, pois toda ação produz efeitos que conservam os modos vigentes ou produzem novas possibilidades (PASSOS *et al.*, 2010).

A proposta do *Dialogando* configura-se como um espaço de habitação de um campo de intervenção, o CPV-CEASM-Maré. Na prática, é inventada a partir do imprevisível que emerge nos encontros, das afetações que se produzem. Utiliza o grupo e o diálogo enquanto dispositivos que nos permitiram conhecer a realidade daquele espaço e de seus atores, tornando visíveis e dizíveis verdades cristalizadas. Sendo dispositivos, são também instrumentos de análise social e coletiva, potencializando um processo de produção de novas relações possíveis e afirmando-se enquanto uma prática política com efeitos transformadores. O que se produz como novo? A possibilidade de novos olhares, fazeres, discursos e experiências.

Sujeito social, controle social

Se existem práticas, discursos e experiências, existem sujeitos que praticam, discursam e experienciam de tal modo. Fazemos referência aos modos de vida, ou ainda aos modos de composição de subjetividades. A noção moderna de sujeito apreende uma natureza ou essência, definida a partir de determinantes universais dados a priori. De encontro a esta composição, partimos da noção de produção de subjetividade que, segundo Guattari (2005), descreve a “natureza” enquanto industrializada. Trata-se do efeito do entrecruzamento de forças múltiplas, de forma que a identidade cede lugar à multiplicidade, ao heterogênico. E, enquanto relação de forças, o encontro com outras forças implica em novas composições, afirmando um caráter processual, histórico e mutável das formas de viver o mundo. Castoriadis (1992) acrescenta ao dizer que “a subjetividade [...] é essencialmente um processo, não um estado atingido definitivamente” (CASTORIADIS, 1992, p.155).

Guattari (2005) traz a concepção de subjetividade atrelada ao conceito de agenciamento coletivo de enunciação. Os processos de subjetivação não são centrados em agentes individuais. Não há uma entidade individual ou social pré-determinada. Trata-se de pensar que os enunciados de um modo de ser sujeito fazem ver e falar forças e agenciamentos que são do âmbito coletivo, marcando assim a subjetivação enquanto agenciamento coletivo de enunciação. As forças, que produzem sujeitos, não incidem de maneira centralizada no indivíduo, mas dizem respeito a uma espécie de economia coletiva. Nessa concepção, o autor acrescenta a noção de Economia Subjetiva Capitalística, referindo-se a um maquinário de expressão que produz vetores subjetivos em “larga escala”: são forças hegemônicas que atravessam a produção de subjetividade de maneira também hegemônica. Incidindo em todos os níveis de produção e de consumo, essa economia se traduz na tendência em igualar tudo e todos a uma imagem de referência, surgindo a noção de subjetividade serializada, industrializada e nivelada em escala mundial. Configura-se, assim, o Capitalismo Mundial Integrado, sustentado a partir de três principais “tecnologias”: a culpabilização, a segregação e a infantilização.

No processo de Culpabilização, propõe-se uma imagem de referência a partir da qual é questionada nossa própria singularidade. A exemplo disso, vemos na atualidade a ideia de corpo perfeito que circunda o imaginário social: na busca constante pela perfeição, existe a culpa quando se foge ao corpo-padrão. O segundo processo, o de Segregação, parte de uma hierarquia inconsciente do social, construída a partir de sistemas de escala de valor. Cria-se um campo de valorização social em que cada pessoa deve se enquadrar em um lugar das di-

ferentes camadas e papéis. O processo de Infantilização consiste em que “tudo o que se faz, se pensa ou se possa vir a fazer ou pensar seja mediado pelo Estado” (GUATTARI, 2005, p.50). As relações sociais, econômicas, assim como produções culturais não referem-se a responsabilização de si próprio.

A ordem capitalística “incide nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, etc.” (GUATTARI, 2005, p.51). Nesse novo funcionamento socioeconômico mundial, existem duas principais formas de controle: do plano econômico e social, dos bens e das relações sociais e da própria produção de subjetividade. O desejo torna-se a matéria prima de toda e qualquer produção, garantindo assim o controle de uma lógica de funcionamento: a lógica do capital. Sem produção de desejo, não há consumo.

Castoriadis (1992) descreve a produção de modos de ser sujeito como fabricação de indivíduos conformes. Segundo o autor, essa fabricação se dá a partir da interiorização das instituições sociais existentes. O controle se faz através da inserção dos indivíduos em uma coletividade instituída e interiorizada, tendo como agente político responsável por esse ‘governo’ das formas de vida o próprio Estado. Surge uma via de mão-dupla: se o controle é feito a partir da fabricação dos indivíduos, é a própria interiorização dessas relações hegemônicas que permite a fabricação e a reprodução das instituições sociais. Enquanto estrutura rígida, estas são produzidas na e pela criação dos costumes, ideias, etc, ou seja, “as instituições e as significações imaginárias sociais são criadas [...] do imaginário social instituinte” (CASTORIADIS, 1992, p.158).

Vale ressaltar que tais instituições sociais aparecem para a coletividade como sendo dadas pelo Estado, pelas leis da História, por Deus ou pela natureza, tornando-se fixas e rígidas. Esse projeto social é definido por Castoriadis (1992) a partir da noção de Heteronomia, à medida em que as leis aparecem como sendo determinadas por um outro (héteros). Tais leis são interiorizadas como leis supremas, leis últimas (metalei) – as quais não devem ser discutidas, questionadas ou modificadas.

Tanto na ordem capitalística quanto no projeto de Heteronomia, as relações e instituições sociais aparecem como sendo ‘A’ ordem do mundo social. A organização social torna-se tão óbvia e naturalizada que esse maquinário de produção passa a ser inquestionável. Essa naturalização de uma ordem social se faz possível pela não imposição do controle social. Na medida em que há a produção de desejo, não há um inimigo que a imponha. Enquanto maquinário, esse poder opera sem ser visto e está em toda parte, em todos os espaços. Uma vez que se eliminam as fronteiras das instituições disciplinadoras e passa a haver um agenciamento que atravessa as práticas e experiências subjetivas em suas minúcias, esse maquinário passa a ser invisível. Ou camuflado na responsabilização desse Hétero, sem que haja implicação dos sujeitos em suas próprias ações como construtoras das relações sociais.

Se o problema são “ELES, quem somos “NÓS”?

Como pensar, então, a produção de subjetividade no contemporâneo em nosso país? Quais as forças que estão em jogo nas relações do poder de uma sociedade democrática e quais modos de existência se produzem a partir dos discursos e práticas engendradas? E quais dessas relações se fazem presentes na produção dos modos de ser sujeito que se enunciam nos moradores da Maré?

É dessa noção de inimigo a ser combatido que partimos para análise. Existem acontecimentos que irrompem na pesquisa e são capazes de “fazer surgir, com mais força, uma análise” (LOURAU, 1993, p.35): são chamados analisadores desses processos de constituição das verdades, sujeitos e mundos. Ao longo dos encontros de 2010, alguns discursos produziram inquietações, servindo como analisadores dessas relações e de como estas incidem sobre a vida na Maré. Tais discursos inclinavam para a cristalização da entidade “ELES”, culpada de toda a situação social que deveria ser criticada.

De maneira específica, “o inimigo” se cristaliza nessa entidade. Ao perguntar aos alunos quem são “ELES”, a resposta referia-se ao Estado, à elite, a um outro que afirmava-se distante, porém responsável pela construção do modo de vida que os cerca. Frases como: “quem constrói o país é ‘nós’, mas quem manda não é ‘nós’” (sic) ou, “não concordo que mude. Eu sou um Estado e o Estado não pensa no bem estar de ninguém”, “são padrões que eles impõem. Não sei quem são eles: o governo, a elite. Ah, Eles!”, nos trouxeram inquietações quanto a uma entidade outra, imutável e responsável pela construção das condições de vida daqueles sujeitos.

Mas se o Estado torna-se um forte atravessamento na produção de subjetividade daqueles que participam do *Dialogando*, não podemos esquecer qual o contexto territorial (geográfico, político e social) no qual o pré-vestibular está inserido: uma favela do Rio de Janeiro. Antes de tudo, o que é a favela? Os discursos midiáticos, de maneira maçante, estigmatizam a favela como uma cidade dentro da cidade, porém à margem, para “fora do asfalto”. Esta é onde serviços básicos de saneamento e infra-estrutura, que deveriam ser providos pelo Estado, não chegam até este território. Há uma associação de falta em todos os aspectos que perpassa a noção de uma rigidez territorial bem-estabelecida, onde os serviços do Estado não estão presentes. Trata-se de pensar, portanto, que a estigmatização que vem de processos midiáticos, das crenças de alguns moradores. É a produção das relações hegemônicas a partir das práticas e discursos nas minúcias da vida. É o controle sem imposição, mas pelo próprio modo como se compõem vidas em cada espaço e território do tecido social.

Na medida em que se produz a favela enquanto espaço de desassistência, compreende-se uma lógica subvertida: é pela ausência que o Estado se faz presente, gerando uma relação hierárquica de modelização de conduta dos sujeitos que habitam este território. Se o Estado não chega, e ele é o que provém, então é por ele e para ele que devemos nos dirigir e nos guiar. Dessa forma, garante um controle nos modos de agir daqueles sujeitos, deixando-os social e concretamente vulneráveis dentro da hierarquia da sociedade. E, muitas vezes, quanto mais vulneráveis, mais os aspectos negligentes são visíveis: é uma máquina que se faz visível pela sua invisibilidade territorial.

Contudo, o discurso dos alunos, atribuindo a responsabilidade de tudo o que permeia suas próprias vidas a um outro, a um ‘hétero’, foi o que nos causou estranhamento. Dessa maneira, o sujeito não se vê como construtor da sua própria realidade e assume uma postura de desimplicar-se com as mudanças a serem construídas. Se pousarmos sobre o maquinário capitalístico – instrumento de controle e de produção de subjetividade – observamos que o discurso da responsabilização de outrem integra o processo de infantilização. Guattari (2005) descreve essa função como o Estado sendo intermediário de tudo que permeia a vida do sujeito. Como nos mostra Bailleau (*apud* BRITO, 1999) a palavra “*enfant* deriva-se do latim *infans*, sendo que *in* quer dizer *non* (não) e *fari* significa *parler* (falar), atribuindo-se inicial-

mente ao enfant o lugar daquele que não fala” (BRITO, 1999, p.75). Nesse sentido, podemos pensar “Infantil-ização” como aquele que “não fala-por si mesmo”, mas remete a um outro que responde e se responsabiliza.

É possível pensar ainda no projeto social de Heteronomia trazido por Castoriadis (1992), as instituições sociais, rígidas e fixas, funcionam como imperativo externo que constroem os modos de vida. Na medida em que aparecem como sendo dadas e geridas por uma ordem natural – do Estado, da História, da natureza –, afirmam a responsabilização do outro. Na etimologia, “Hétero” vem de grego ‘*héteros*’, significando “outro, diferente” (HOUAISS). Nesse sentido, um outro que constrói as regras.

Lourau (1993) acrescenta que, no automatismo do cotidiano, confiamos a gestão de nossas vidas a outra pessoa, num processo de Heterogestão, ao invés de nos implicarmos na construção das nossas vidas e colocarmos em análise as implicações desses lugares que ocupamos. Contudo, os diálogos produzidos fizeram “ver e falar” uma linha de produção maquínica ou uma espécie de materialização da ordem capitalística e do projeto de Heteronomia e de Heterogestão. Vale ressaltar que, ao colocarmos em análise o discurso dos alunos do CPV, não estamos questionando essa ausência dos serviços do Estado na construção da favela. Colocar em análise não é negar que tal realidade exista. A questão é o próprio discurso de culpabilizar outrem e a desresponsabilização de si mesmo serem efeito de uma produção de imagem e discurso hegemônico, bem como a reprodução e legitimação de tal discurso. A desnaturalização desta concepção produz novos olhares para a construção social. E, por conseguinte, novas possibilidades de ações e implicações cujo efeito é a transformação dessas relações sociais.

Democracia: uma sociedade controle

No que diz respeito à construção social, partimos de uma concepção de controle feito a partir das minúcias da vida de cada sujeito. Acrescentamos o que Deleuze (apud MACIEL, 2007) descreveu como Sociedade de Controle à essa nova forma de exercício do poder e controle dos indivíduos, a partir no século XIX – período marcado por diversas transformações.

Como indica Ferreira (2005), até o século XVIII já surgira o zelo por todas as formas de vida como tentativa de garantir a inserção de todos à lógica econômica emergente: a lógica do capital. No entanto, nesse contexto caracterizado como Sociedade Disciplinar, o poder era exercido através das práticas de exames em espaços específicos – no enquadramento dos muros das instituições – buscando a descrição da natureza inerente a cada um. A partir disto, criava-se um ordenamento dos indivíduos e seus comportamentos, filiando as singularidades às categorias-normas produzidas. Trata-se de uma espécie de categorização e classificação dos indivíduos: os que são normais serão mantidos na normalidade; os que não são, a elas devem retornar.

Segundo Deleuze (apud MACIEL, 2007), a passagem da Sociedade Disciplinar para a Sociedade de Controle caracteriza-se pelo desmoronamento das fronteiras que definiam as instituições. Se o controle social fazia-se através de uma disciplinarização dos corpos, do espaço e do tempo dos indivíduos, dentro de um estabelecimento fechado, contendo regras e normas – tal como a escola, o hospital, a prisão –, agora o controle se faz através do simples viver. Nesse sentido, o poder passa a ser exercido não no indivíduo qualificado politicamente, mas sobre a condição vivente, através da captura dos desejos. Nesta organização, a disciplina não deixa de existir, mas se rearranja num contexto em que a produção passa a

ser sem fronteiras. A instituição⁵ e seus muros dão lugar a uma rede de práticas, saberes e discursos que capturam as subjetividades em sua esfera micropolítica.

Surge a ideia de o poder ser exercido em todo o tecido social: a lógica incide nas instâncias macro e micro de composição desse tecido. E, em seu exercício, produz realidades: fabrica humanos a partir da separação entre aquilo que pode e deve estar dentro e o que está fora da borda/margem. Trata-se de pensar em um poder difuso sobre a vida (MONTEIRO *et al.*, 2006).

Uma vez que se eliminam as fronteiras das instituições disciplinadoras e passa a haver um agenciamento que atravessa as práticas e experiências subjetivas em suas minúcias, esse maquinário passa a tornar-se abstrato: está em toda parte, em todos os espaços, tem seu nome oculto e tampouco tem um rosto que a identifique. “Não por acaso temos dificuldades em lutar contra algo, pois sequer conseguimos identificar quem é o inimigo” (VIESENTEINER, 2006, p.5).

Pensar a disciplina e o controle pela condição vivente implica em nova concepção de poder que, tendo seu exercício em todo o tecido social, não refere-se a uma propriedade a ser possuída estando encarnada nas mãos do Estado. O controle e o poder não mais soberano e centralizado. Falar em Sociedade de Controle é compreender o poder enquanto exercício, a partir de relações de força que se materializam em práticas, discursos e saberes, legitimando certas normas sociais. Contudo, um sistema político, bem como as instituições sociais, passa a ser visto como lógica de funcionamento.

Analisemos a Democracia enquanto lógica de funcionamento. No que diz respeito a essa construção de um inimigo ou de uma responsabilização de outrem, partimos de uma contextualização histórica desse sistema político democrático: a instauração da democracia no Brasil está atrelada ao fim da ditadura. Neste período militar havia um imposto explícito em forma de repressão. A dominação consistia em relações de poder centralizadas, de forma que se evidencia um “inimigo” de referência contra o qual se deve lutar. Nessa virada, surgem novos movimentos sociais (o sindicalismo, as greves, associações de moradores) que fazem parte de uma estratégia de resistência. O que esses novos movimentos reivindicavam era uma liberdade em contraposição a essa dominação. A democracia no Brasil se camufla no fim da ditadura enquanto Estado de Direito: com o fim de um inimigo que impõe e reprime, há por si só a crença na suposta liberdade (MONTEIRO *et al.*, 2006).

Com o fim da ditadura e o surgimento do Estado Democrático, passa a circular uma lógica de controle muito mais difusa. Nas relações sociais da democracia, sustenta-se o discurso da liberdade e da não imposição de um Estado Centralizador. Com isso, há uma forma de dominação muito mais sutil, pautada em uma Ditadura do Mercado. As autoras descrevem essa sociedade globalizada de controle enquanto a inclusão de tudo e todos à lógica capitalística.

Se afirmamos o poder enquanto lógica de funcionamento, qual o papel do Estado, agora não mais detentor e centralizador do poder? Monteiro *et al.* (2006) indica a concepção de Estado que assumiria a função policial-repressiva, na busca por garantir a segurança necessária para o bom funcionamento do capitalismo. Dessa forma, os funcionários assumem o papel de agentes que operam as máquinas do Estado. O que se coloca em questão é: se tratamos o poder enquanto uma lógica de funcionamento, essa função ‘policial-repressiva’

⁵ Nota-se que o conceito de instituição se modifica: não mais como prédio ou estabelecimento, mas como modos de legitimação de algumas práticas e saberes. Nesse sentido, a própria regra institucional já se estabelece a partir de ações, discursos e práticas inseridas dentro e fora dos muros das escolas, hospitais e prisões (BARROS e PASSOS, 2000).

é exercida por toda prática e todo discurso que legitima essa mesma lógica. Ocupar o lugar de poder é servir a essa lógica de funcionamento

Monteiro et al (2006) acrescenta que apesar da queda do “inimigo” e da conquista de uma suposta liberdade, na sociedade democrática mantém-se a crença em um poder centralizado, como se o poder não se exercesse em todo o tecido social. Como exemplo, os “novos movimentos sociais” atuam na lógica de defesa do Eu em contraposição a um inimigo centralizado, de forma que continuam operando a lógica “dominador/dominado”.

Retomemos à crítica de Foucault (*apud* MONTEIRO et al., 2006) aos postulados tradicionais da esquerda, que partem dessa noção de poder como propriedade. Nesse sentido, os movimentos de esquerda pautam-se em argumentos de mudança de propriedade do poder, o qual deve passar a outra classe: a dos proletariados. O poder funciona como uma espécie de essência encarnada no Estado. A visão ainda se sustenta na suposição de um dominador/dominado: existe alguém (“ELES”) que detém o poder (propriedade) e a minha luta é contra esse alguém, na tentativa de ocupar esse lugar de poder, tendo assim a propriedade. “Há aí uma ilusão que se possa possuir o poder de Estado para usá-lo de outra maneira.” (MONTEIRO *et al.*, 2006, p.11).

A lógica capitalística, ao incidir sobre as subjetividades, atua no nível dos opressores e também dos oprimidos. Nesse sentido,

a problemática do sistema capitalístico não é mais do domínio exclusivo das lutas políticas e sociais em grande escala ou da afirmação da classe operária. Ela diz respeito também àquilo que tentei agrupar sob o nome da ‘revolução molecular’, cujos inimigos ou antagonistas não podem ser classificados em rubricas claramente delimitadas (GUATTARI, 2005, p.57).

Assim, analisamos os discursos enunciados pelos alunos participantes das atividades. Não se trata de negar a existência do Estado e a ausência de ações que deveriam ser cumpridas mas, sim, da aposta em novas relações de cada sujeito nessa construção social: do que não tem responsabilidade ao que se vê como agente transformador; do que reproduz a mesma lógica de funcionamento ao que atua nas possibilidades de novas relações sociais.

Do “ELES” ao “NÓS”: Efeitos e reverberações

Quanto aos efeitos das intervenções no Dialogando, quais as reverberações constituíram o campo de novos possíveis? Algumas frases dos alunos podem exemplificar essas reverberações:

O Dialogando faz a gente seguir em frente, pensar um pouco mais.

Faz a gente abrir a cabeça, discutir sobre outras coisas além das matérias, coisas que a gente não tinha pensado antes.

Muitas vezes a gente não percebe que nossa ação influencia nos outros (sic).

Antes eu não tinha essa idéia de “eu” numa sociedade, num todo muito maior.

Começa a perceber que a gente tem escolha de fazer.

A partir do conceito de processos de singularização, trazido por Guattari (2005), pensamos as reverberações da intervenção através do diálogo. Tais processos caracterizam-se pela potencialização de modos de ser sujeito originais e singulares. Criam-se novos processos, novos vetores de se viver o desejo, delineando novos territórios da subjetividade que se desprendam dos estratos de ressonância que as moldam.

Intrínseco à singularização, o autor acrescenta a função de autonomização, que se refere a uma espécie da reapropriação dos referenciais através da qual o sujeito define a própria leitura de si e do mundo. Trata-se da capacidade de operar seu próprio trabalho de criação. Ambos são processos de auto-modelação, subvertendo, assim, a modelização-hegemônica da produção capitalística. Trata-se de pensar uma liberdade de viver seus processos, ao invés de submissão ou reprodução (GUATTARI, 2005).

Na medida em que consiste em um devir⁶ diferencial, que recusa a subjetivação capitalística, os processos de singularização e autonomização afirmam-se enquanto uma diferenciação nesse controle social. Se entendemos que a Economia Subjetiva esmaga as formas singulares de se relacionar com um mundo, através das quais não há criação, afirmar a possibilidade de reapropriação de si e do mundo, ou seja, da criação de novas maneiras de existir, é pensar numa forma de resistência à “sociedade globalizada de controle⁷”.

Ao encontro dessa diferenciação, acrescentamos o projeto de Autonomia, definido por Castoriadis (1992). Na sociedade autônoma, em contraposição ao projeto de Heteronomia, há a lucidez e a compreensão de que a construção das próprias leis e normas se dá a partir da própria atuação (auto-nomos). Essa proposta caracteriza-se por sujeitos que se entendem como produtores de sua própria realidade, podendo, portanto, modificá-la e reconstruí-la. O sujeito autônomo passa a ser aquele que tem “a capacidade de fazer e de formar um projeto aberto para a sua vida e trabalhar nele” (CASTORIADIS, 1992, p.159).

Contudo, a problematização de uma entidade “ELES” e a produção de novos olhares e discursos produz novas formas de se relacionar com a construção social. Na desconstrução da ideia de um “hétero” dominante, há captura de outros modos de operação. Evidencia-se a construção de novas relações consigo mesmo e com o mundo. A aposta é que a análise desses discursos e a desestabilização dessa verdade afirmam processos de ruptura com o modo de produção de subjetividade capitalística, ou seja, de singularização e autonomia. A “escolha de fazer” reverbera uma responsabilização de si enquanto interventor de sua própria vida, enquanto sujeitos, passando do “ELES” ao “NÓS”. O coletivo, naquele espaço, ganha um caráter de unidade e a afirmação do “NÓS” um interventor político uma vez que construtor social.

O *Dialogando*, enquanto espaço da Psicologia no Curso Pré-Vestibular, se construiu em forma de análise do jogo de forças que produzem relações sociais. É uma atuação que provoca rupturas e permite a criação e a invenção de outros modos de ser, menos hegemônicos, menos automáticos. Afirma-se o que Barros (2005) denominou Princípio da Inseparabilidade⁸, como a impossibilidade da dicotomia entre Psicologia e Política. O princípio de inseparabilidade

⁶ Devir, segundo Passos (*apud* BARROS, 2007), é aquilo que contempla a oportunidade de transformação das formas já constituídas, enquanto possibilidade da emergência de outras formas.

⁷ Monteiro et al (2006) descreve essa inclusão de tudo e todos a lógica capitalística como uma característica da ‘sociedade globalizada de controle’.

⁸ Barros (2005) define três princípios éticos ligados às práticas da Psicologia: o de inseparabilidade; o de autonomia ou co-responsabilidade e o da transversalidade.

refere-se a não dicotomia entre clínica e política, entre o individual e o social, entre o singular e o coletivo. Segundo a autora, “é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora dos processos singulares” (BARROS, 2005). Se entendemos a produção das subjetividades a partir de forças coletivas, colocar em análise tais forças e atuar no campo dos processos de singularização é produzir efeitos no coletivo. Integra também o princípio de autonomia enquanto uma prática que intervém nos modos de vida a partir da afirmação de sujeitos autônomos, protagonistas, e co-responsáveis.

Assim sendo, também é impossível se pensar em práticas dos psicólogos que não estejam imediatamente comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira (BARROS, 2005 p.24).

Políticas Públicas: Autonomia, Singularização e Cidadania

Atualmente, vivemos no Brasil uma sociedade democrática. Mas o que isso representa? A Democracia é o modo de governo cujos fundamentos básicos são princípios de igualdade e liberdade. A Declaração de Direitos Humanos das Nações Unidas nos traz em seu Artigo I: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade⁹”. Tratam-se de direitos iguais para todos os indivíduos à uma forma de cidadania idealizada a partir dos Direitos Universais. Os direitos à cidadania são garantidos pelas leis, consolidadas por instituições e autoridades políticas. A afirmação de que se vive em um país democrático muitas vezes traz por si só a crença de que somos todos iguais perante a lei. Será? É capaz a lei de garantir os direitos de cidadania a todos? (MATOS, 2007).

Na medida em que na constituição dos países democráticos está, de maneira marcante, a própria desigualdade social, compreende-se esse discurso da igualdade como ilusório. Nesse sentido, como pensar cidadania quando socialmente os indivíduos são marcados com diferença? Essa desigualdade aparece como incongruência desse discurso.

De fato, como pode a democracia resistir ao desequilíbrio do poder econômico quando os 10% mais ricos na América Latina acumulam quase a metade da renda total e os 10% mais pobres ficam com menos de 2% (MATOS, 2007, p.302).

Segundo Matos (2007), existe uma pequena elite com grandes “poderes”, que domina, atua e controla as políticas. As ações que se sustentam e se legitimam têm o objetivo de manter essa elite em sua posição favorável, instaurando assim a manutenção de um modelo concentrador. A própria participação política e o acesso aos serviços acabam centralizados, restritos a uma parte da população.

Na conjuntura da desigualdade política, Monteiro et al (2006) indica que os dispositivos de inclusão social funcionam como a face perversa da organização social, uma vez que eles só se sustentam na afirmação da impossibilidade de pertencimento daquilo que se tenta incluir. Ao se produzir uma relação hierárquica de modelização de conduta dos sujeitos que habitam este território, alguns conseguem inserir-se. Outros não. Compreende-se a partir disto a ideia

⁹Declaração Universal Dos Direitos Humanos, dotada e proclamada pela resolução 217 A (III), da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

de a inclusão social trazer em si a noção de exclusão. Nesse sentido, as Políticas Públicas funcionariam a serviço dos individuados corpos que estão na borda desse “sistema capitalístico”, tentando a inclusão neste.

A Democracia, enquanto um sistema, propõe-se a garantir o direito de todos à cidadania. No que diz respeito à essa divergência da participação política bem como à própria desigualdade social, como pensar o “cidadão”? Partimos da concepção das relações sociais e da lógica da sociedade democrática a partir da Sociedade de Controle. O que trazemos como questionamento é que, a partir dessa lógica de funcionamento, passa a existir uma forma de ser sujeito dita cidadã em contraposição àquela que foge à lógica do capital. Monteiro et al. (2006) afirma que, em uma sociedade de controle globalizado, torna-se “cidadão humano” aquele que está vinculado ao sistema capitalista. Torna-se necessário estar vinculado ao sistema de produção do Capitalismo Mundial Integrado para estar inserido na categoria humano. Nesse sentido, “estar ou não de algum modo vinculado ao sistema de produção do capitalismo mundial integrado é o indicador do estatuto humano, mais ou menos e como nunca, demasiadamente humano” (MONTEIRO *et al.* 2006, p.9).

Assumindo a função repressiva-policial – não mais do Estado –, essa lógica de funcionamento hegemônica “encarcera e deixa morrer todas as expressões de vida consideradas improdutivas e impróprias” (MONTEIRO *et al.* 2006, p.10).

Se a igualdade – um dos fundamentos básicos da democracia – afirma-se ilusória na organização social democrática no Brasil ou, ainda, se o estatuto de cidadão humano refere-se a inserção na lógica capitalística, como pensar novas relações com a igualdade, a cidadania e a participação política?

No que diz respeito às Políticas Públicas, muitas vezes compreende-se que o Público é aquilo que emana do Estado, afirmando a lógica de poder enquanto posse ou propriedade. Monteiro et al (2006) descreve a crença que se propaga de que as Políticas Públicas seriam uma forma de ocupar o Estado, na tentativa de apropriação desse poder de maneira diferente. A problematização da qual partimos é que, muitas vezes, tais projetos sustentam a mesma lógica de bom funcionamento da ordem capitalística: num discurso de inclusão, acabam por legitimar a exclusão desses corpos.

A aposta é em uma concepção de Políticas Públicas que se faz na problematização da cidadania, idealizada a partir de Direitos Universais. O mito da Democracia existe na noção de Universal: os direitos não são de fato e os homens não são concretos. Para sairmos da ilusão desse Estado democrático, a questão de Direito deve ser tratada a partir de experiências concretas dos sujeitos e não a partir de homens e direitos idealizados.

Nesse sentido, não havendo uma imagem definitiva e ideal d’O Homem, só nos resta aceitar a tarefa sempre inconclusa de reinvenção de nossa humanidade, o que não se pode fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas [...] (BARROS E PASSOS, *Apud* COIMBRA 2006, p.12).

Como um novo olhar para as Políticas Públicas, pensemos o público como aquilo que se faz a partir de experiências concretas dos próprios coletivos, afirmando uma lógica de funcionamento singular, em recusa da Economia Coletiva de subjetividades. Matos (2007) alerta para a deficiência no Brasil quanto à autonomia dos pequenos movimentos sociais para ações volta-

das para as organizações de base¹⁰ – parte da estrutura da sociedade democrática ligada a afirmação de sujeitos coletivos e constituição de suas identidades. As reformas de base, enquanto um espaço de possíveis reflexões críticas das experiências individuais e coletivas, possibilitam a construção de coletivos autônomos, capazes de representação frente a outros coletivos e, por conseguinte, implica em uma modificação dessa representação/participação política.

Enquanto ações que tem como objetivo garantir o direito à cidadania, partimos da diferenciação nos modos de controle hegemônicos. Pelos processos de singularização, “fazer Políticas Públicas [...] é tomar esta dimensão da experiência coletiva como aquela geradora de processos singulares” (BARROS, 2005, p23). Pela afirmação do Projeto de Autonomia, trata-se da “formação de Consciência de si, socialmente inserida, uma articulação estratégica a partir dessa consciência, uma ação coletiva politicamente situada” (CASTORIADIS *apud* MATOS 2007, p.303).

Da heteronomia à autonomia. Da homogeneização a processos de singularização. Da Heterogestão à Autogestão. Da des-implicação à construção e participação social. Trata-se de pensar em Políticas Públicas não mais reduzidas ao Estado enquanto poder, mas como afirmação de experiências diversas, onde o Público seja a produção de novos modos de vida. “É ao nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle” (MONTEIRO *et al.*, 2006, p.7).

Considerações Finais

Já perpassamos a concepção da prática do psicólogo como intervenção política, uma vez que atua na produção de formas de se relacionar com o mundo, seja corroborando com homogeneizações ou possibilitando novos modos de ser. Já perpassamos uma concepção de Políticas Públicas a partir dos processos de singularização em prol da afirmação da cidadania.

Contudo, afirma-se o CEASM e a prática do *Dialogando* enquanto Políticas Públicas em potencial por contribuírem para a constituição de sujeitos coletivos, passando do ELES ao NÓS. Desestabilizam verdades cristalizadas dos moradores da Maré enquanto excluídos do referencial cidadão e da participação social. Atuam no imaginário coletivo, com sentimentos de pertencimento e identidade. Permitem processos de autonomização, de singularização. Possibilitam a construção de novas relações com a comunidade, as instituições públicas e a sociedade. Enfim, novas relações com o mundo e consigo mesmo. De espectadores que assistem ao ELES, afirma-se um NÓS constituído de sujeitos atores, interventores, construtores de mundos.

Na interface entre Psicologia e Políticas Públicas, afirma-se a necessidade da criação de dispositivos de análise social, da invenção de novos caminhos e práticas, da potencialização de novos sujeitos e mundos. Trata-se, portanto, da criação de “um roteiro imaginário que se representa entre várias pessoas, o sujeito estado geralmente presente no palco a título de espectador, não de ator” (MATOS, 2007, p.305)

¹⁰ Matos (2007) descreve o sistema democrático enquanto organizado a partir de três esferas distintas: organizações de massa, institucional e de base. As organizações de massa referem-se às grandes mobilizações. Segundo o autor, carregam um cunho emocional e uma certa impessoalidade. As institucionais são do plano normativo dos contratos sociais, ou seja, os direitos e deveres que regulam as relações sociais. E por último, as organizações de base vão de encontro com a impessoalidade das massas e à universalidade das instituições. Por sua vez, refere-se à constituição de sujeitos coletivos que afirmem suas identidades

Referências

- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, R.D.B. **Dispositivos em ação: o grupo**. Cadernos de subjetividade, num. esp. 97-106 (1996).
- _____. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** In: Psicologia e Sociedade. vol.17 no.2. Porto Alegre. 2005.
- _____. **Grupos: Afirmação de um Simulacro**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.
- _____. **A Noção de entre em Deleuze/Guattari: Primeiras Aproximações à Clínica dos Grupos**. In: Cadernos Transdisciplinares. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 23-31.
- BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, vol.16, no.1. Jan./Abr. 2000, p.71-79.
- BRITO, L.M.T. Crianças: sujeito de direitos nas varas de família? In. ALTOÉ, Sônia. **Sujeito de direito, sujeito do Desejo**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto III. O mundo fragmentado**. Tradução de Maria Rosa Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- DELEUZE, G. **O que é um Dispositivo**. In: O Mistério de Ariana. Cinco Textos e uma Entrevista de Gilles Deleuze. Lisboa: Vega, 1996.
- _____. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990.
- FERREIRA, A. A. L. O Múltiplo Surgimento da Psicologia. In: **História da Psicologia: Rumos e percursos**. Rio de Janeiro: NAU, 2005.
- GUATTARI, F. Pulsações políticas do desejo. Revolução Molecular. In: ROLNIK, S. (Org.). **Ensaio de Félix Guattari**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**.
- KASTRUP, V; BARROS, R. D. B. Movimentos-funções do Dispositivo na Prática da Cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓZIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, pg.76-91.
- LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: 1993.
- MACIEL, A. Clínica, Indeterminação e Biopoder. In: **Direitos Humanos? O Que Temos a Ver Com Isso?** Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (org.) Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.
- MATOS, A.G. A democracia e a organização social de base. In. JACÓ-VILELA, A.M. e SATO, L. (Orgs). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre, 2005.
- MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. **Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público?** In: Psicologia e Sociedade, 2006.

PASSOS, E. BARROS, R.D.B. A Cartografia como Método de Pesquisa-Intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓZIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p.17-31.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental. Transformações Contemporâneas do Desejo**. São Paulo, Liberdade, 1989.

VIESENTEINER, J.L. **O estatuto da ética em Deleuze**. In: Ciclos de Seminários PET-Filosofia – UFPR. 2006.

2º lugar - Categoria Estudante

Plantão psicológico: a clínica da urgência psicológica na contemporaneidade¹

Wagner Teixeira Durange

A essência da psicoterapia está, de fato, sendo redefinida
(John Keith Wood)

Resumo

Refletir sobre os aspectos da contemporaneidade como representantes de uma nova ordem da vida, de dimensão fluida, implicadores de uma dinamização da subjetividade e da sociedade, torna-se um esforço desafiador na busca por compreender o homem atual. Além do mais, exige-se uma (re)avaliação do conceito de saúde para a obtenção de práticas mais salutaras. Neste contexto, torna-se fundamental a problematização do papel da psicologia para a adequação de novas práticas de ajuda psicológica para corresponder a demanda social. O Plantão Psicológico surge como uma proposta potente para os desafios do século XXI, fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa.

Palavras-chave: Contemporaneidade. Psicologia. Plantão Psicológico.

Introdução

Ao adentrarmos na segunda década do século XXI, podemos perceber como as mudanças perpassam com intensa velocidade as nossas vidas, exigindo-nos constantes esforços e atitudes para lidarmos com novas questões e desafios. Imerso nesta época, tenho a oportunidade de estudar a psicologia (na graduação) e perceber as suas constantes transformações para tentar responder da melhor maneira às (novas) demandas das pessoas e da sociedade.

O intuito deste artigo é refletir sobre a prática de uma modalidade de serviço da psicologia chamada Plantão Psicológico, elencando seus atributos e alguns contextos de sua aplicação, assim como apontá-lo como uma possibilidade de intervenção com grande potencial mobilizador para a promoção de saúde da nossa sociedade contemporânea. Para isso, tentaremos construir um percurso, caminhando com algumas reflexões sobre os paradigmas nos quais a saúde, a psicologia e a contemporaneidade têm se deparado.

A escolha do tema é relevante por refletir os desafios que a psicologia como promoção da saúde precisa enfrentar: desafios de si (enquanto ciência) e diante de si (na contemporaneidade), solicitando uma (re)avaliação contínua (tanto na teoria quanto na prática) para não sucumbir aos movimentos complexos e acelerados desta época.

¹ Este artigo foi baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, apresentado em junho de 2011, na Universidade Estácio de Sá, por este autor. Uma revisão deste foi submetida à comissão científica da revista NUFEN da UFPA.

Através do estágio supervisionado em psicologia clínica humanista, conheci o serviço de plantão psicológico do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da UNESA, atuando como estagiário plantonista e participando das supervisões. Senti que este serviço pode oferecer significativas contribuições, mais do que é normalmente esperado (e não esperado). A experiência pessoal me faz acreditar na sua eficácia como espaço de promoção de saúde democrático, com grande amplitude social, viável economicamente e de flexibilidade política – disponível à realidade das instituições em geral – um serviço autônomo (“livre do tempo e do espaço”), adequado às emergências e de acordo e (co)respondente à época.

Meus recentes estudos da Abordagem Centrada na Pessoa, fundada e desenvolvida por Carl Rogers, orientam a escolha do recurso teórico para fundamentar o Serviço de Plantão Psicológico, na medida em que esta abordagem oferece recursos suficientes para dar conta das propostas de acolhimento, focalizar a pessoa e não o problema e clarear seu pedido de ajuda a partir de seus próprios recursos psicossociais. A valorização das atitudes de compreensão empática, consideração positiva incondicional e autenticidade do plantonista promovem um ambiente facilitador para a auto-expressão, bem como a possibilidade de, em até um único encontro, a pessoa conseguir aprender a se cuidar, clareando sua demanda.

Breve panorama da Contemporaneidade

Talvez a principal característica e desafio desta época sejam a rápida e intensa transitoriedade dos fenômenos. Este processo tem permeado e implicado à vida biológica, psicológica e social; ora configurando ora desconfigurando a realidade das pessoas, lançando-as a incertezas (e angústias).

Encontro em Bauman (2007) uma reflexão sobre este processo. Segundo o autor,

“líquido-moderna” é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir. A liquidez da vida e da sociedade se alimentam e se revigoram mutuamente. A vida líquida, assim como a sociedade líquido-moderna, não pode manter a forma ou permanecer em seu curso por muito tempo (BAUMAN, 2007, p.7).

Assim, a sociedade mutante “venceu de goleada” a sociedade estagnante (DE MASI, 2000). Uma dimensão de fluidez (líquida), e não mais sólida, tem radicalizado a dinâmica da vida, abarcando e levando-nos às agitadas correntezas do caos contemporâneo. Neste sentido, tem sido importante refletir sobre o inter jogo entre o fazer psicológico e a demanda social, bem como questionar e analisar criticamente o exercício da profissão, anteriormente focada preferencialmente em variáveis mais estáveis, com teorias que pretendiam abarcar a totalidade do sofrimento humano.

O trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX e surgiu com a proposta de integrar a Psicologia na educação médica. Nessa época,

as principais causas de morbidade e mortalidade eram doenças infecciosas como pneumonia e tuberculose. Atualmente as doenças estão mais relacionadas ao estilo de vida, causas ambientais, ecológicas e padrões comportamentais. (MARTINS; ROCHA, 2001).

Como poderíamos responder às questões da saúde relacionadas ao estilo de vida, causas ambientais e ecológicas e padrões comportamentais na atualidade? Como poderíamos trabalhar a sua promoção neste contexto? Quais seriam as contribuições da psicologia? Talvez um aspecto importante seja a reinvenção do papel que recai sobre a psicologia (e a ciência) no século XXI para transpor o paradigma emergente.

E suas implicações

A saúde, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”, ampliou o conceito para outras instâncias. E para mapear a real situação sobre a saúde e as condições de vida das sociedades, a OMS, com o intuito de auxiliar os órgãos governamentais a criarem políticas mais eficientes, apresentou o *Relatório Sobre a Saúde no Mundo* (2001), no qual expôs alguns fatores sociais que implicam direta e indiretamente no modo de vida (e na saúde) das pessoas. Serão aqui mencionados apenas oito.

O relatório aponta que, entre 1950 e 2000, a proporção da população urbana na Ásia, África e América Central e do Sul subiu de 16% para nada menos que a metade dos habitantes daquelas regiões. A natureza da urbanização moderna pode ter consequências deletérias para a saúde devido a influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos mais numerosos, como o congestionamento e a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência numa economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou reduzido apoio social (DESJARLAIS et al., 1995).

Um segundo fator indica que aproximadamente metade das populações urbanas em países de renda média e baixa vive na pobreza e há dezenas de milhões de adultos e crianças sem teto. Em certas zonas, o desenvolvimento econômico está forçando um número crescente de indígenas a migrar para áreas urbanas em busca de uma forma viável de ganhar a vida. Via de regra, a migração não produz melhoria do bem-estar social, ao contrário, resulta frequentemente em altos índices de desemprego e condições de vida miseráveis, expondo milhares de migrantes ao estresse social e a um risco maior de transtornos mentais devido à ausência de redes de apoio social.

Como consequência desta migração acentuada, o terceiro fator refere-se aos conflitos, as guerras e a inquietação social, associados à elevação das taxas de problemas de saúde mental. A vida real também é cheia de problemas para muitas pessoas. O quarto aspecto do relatório aborda os problemas comuns como isolamento, falta de transportes e comunicações e limitadas oportunidades educacionais e econômicas. Estudos sobre saúde mental demonstram que há maior incidência de depressão e demência nas pessoas na faixa da pobreza². Entre os diferentes estamentos econômicos, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade colocam-na em maior risco de transtornos mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade, quinto fator contemplado. E, além do mais, esta mulher tem a árdua tarefa “sobre si” na educação de seus filhos, que muitas vezes fica aquém do necessário para o desenvolvimento saudável dos jovens, que mais tarde criarão valores na sociedade baseados nesta relação. Sobre este ponto, Carlos Massa (2009) ressalta que

² Matéria do JB Online. Acesso em: 11/05/2011

na família atual, a criança deixou de ser o foco de atenção dos pais (da mãe dentro do contexto citado). Pais e mães ainda amam seus filhos, “dedicam a eles suas vidas”, mas não tem o foco da atenção imediata.

E isso tem os seus desdobramentos negativos em larga escala nas complexas relações da sociedade. Segundo o autor,

uma grande massa de indivíduos surgiu, desde que a mulher deixou de se preparar e dedicar sua vida à tarefa de mãe (terceiro quartil do séc.XX). Não podemos pensar hoje na mulher com únicos papéis de esposa e mãe.

Também aconteceu uma mudança radical no desenho da família. Deixou de existir um provedor e este papel foi dividido entre o casal. Tornou-se fácil desfazer um casamento. O foco de ambos, do pai e da mãe, voltou-se para o provimento de recursos materiais para a suposta “formação” dos filhos e o vínculo primordial ficou em segundo (ou terceiro) plano. A escola, com algumas exceções, não se adaptou a essa nova demanda social, continuando num empenho infrutífero de oferecer “conteúdos”, apesar de compartilhar o afeto das crianças. O resultado é que a personalidade das crianças vem sendo estruturada com disfunções e transtornos variados e o índice de violências nas grandes cidades galgou patamares muito acima do que seria esperado. Além disso, a escola (e todos nós) tem demonstrado negligência no tratamento de um “câncer contemporâneo” chamado bullying.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo considera a questão do racismo como 6º fator, levantando questões importantes. Embora ainda haja relutância em certos setores ao debate do preconceito racial e étnico, no contexto das preocupações sobre saúde mental, pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram que o racismo está relacionado com a perpetuação de problemas mentais.

Continuando o cenário de transformações, encontramos uma das mudanças mais significativas do século XX: a implantação de uma rede de telecomunicações e de informações (com grande contribuição da internet). Este aparato pode ser considerado como o fenômeno mais importante desse século (facilitando o advento da globalização). E, a partir disso, a vida contemporânea e seus derivados assumiram a velocidade como condição sine qua non. Com a desestruturação do tempo e do espaço, estas duas categorias estão se transformando de um modo radical (DA MASI, 2000). Sobre este aspecto da globalização, o autor comenta ainda que

é sabido que, quando se atira uma pedra num lago, se obtém uma série de ondas concêntricas que se propagam, de forma contínua, por toda superfície aquática. Do mesmo modo, graças ao progresso tecnológico, o nosso planeta tornou-se hoje como um pequeno lago, onde cada onda atinge e envolve rapidamente até os cantos mais remotos (DA MASI, 2000, p.140, 141).

Esses avanços têm, contudo, o seu lado negativo. O sétimo fator do Relatório afirma que há indícios de que as representações na mídia exercem influência sobre os níveis de violência, o comportamento sexual e o interesse na pornografia, bem como de que a exposição à violência nos jogos de vídeo aumenta o comportamento agressivo e outras tendências agressivas (DILL E DILL, 1998). Os gastos em publicidade em todo o mundo estão ultrapassando em um terço o crescimento da economia mundial. O oitavo e último ator elencado aponta como a comercialização agressiva está desempenhando papel substancial na globalização do uso de álcool

e tabaco entre os jovens, aumentando assim o risco de transtornos relacionados com o uso de substâncias e as condições físicas associadas (KLEIN, 1999).

Podemos observar, através de apenas alguns tópicos do *Relatório sobre a Saúde no Mundo* (2001), como a crise mundial, complexa, multidimensional, vem afetando todos os aspectos de nossas vidas, ou seja, a saúde, o meio ambiente, a economia, as relações sociais, a tecnologia, a política. A crise atinge dimensões intelectuais, morais, espirituais e científicas. Capra (1995) ressalta como um sinal impressionante o fato de que os especialistas, nos vários campos, já não estarem capacitados para responder às indagações, aos problemas urgentes que surgem em suas respectivas áreas.

Estes mecanismos conjugam-se em complexidade com duas perceptíveis atitudes contemporâneas: a individualização e a apatia social.

Bauman (2001), numa análise sociológica, diz que

a nova instantaneidade do tempo muda radicalmente a modalidade do convívio humano - e mais conspicuamente o modo como os humanos cuidam (ou não cuidam, se for o caso) de seus afazeres coletivos, ou antes, o modo como transformam (ou não transformam, se for o caso) certas questões em questões coletivas (BAUMAN, 2001, p.146, 147).

Enfim, por meio da mídia, a saúde, um problema humano e existencial, pode ser compartilhado por todos os segmentos da sociedade. Para esses segmentos sociais, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e seus significados, exprimindo uma relação que perpassa o corpo individual e social. Portanto, a saúde e a doença são categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica. O paradigma emergente, de que nos fala Capra (1995), surgiu da necessidade de entender o homem sob um novo enfoque, uma vez que o paradigma anterior, advindo do pensamento cartesiano, levou-nos a um impasse. Neste sentido, precisamos compreender o homem da atualidade – possuidor de uma *vida líquida*, imerso na dinâmica de uma *sociedade líquido-moderna* – para começarmos a vislumbrar uma concepção de saúde mais assertiva e salutar. Se de fato compreendermos este homem como um ser integral implicado por questões da contemporaneidade, deveremos, então, promover a saúde com base neste entendimento. Seria imprudente negar, ou mesmo subestimar, a profunda mudança que o advento da “modernidade fluida” produziu na condição humana (BAUMAN, 2001).

A psicologia em crise (?)

Enquanto escrevo este trabalho, alguns acontecimentos emergem na dinâmica de nossas vidas, causando reflexões, questionamentos e dores. Refiro-me aos desastres na Região Serrana/RJ; a guerra na Líbia; o terremoto e o tsunami no Japão; o massacre na escola de Rea-lengo/RJ e o tornado no Alabama nos EUA. O resultado destas fatalidades foram milhares de mortos, feridos, desabrigados, refugiados e desamparados. Em todos estes casos, subjaz um fenômeno: o sofrimento emergente. Sabemos o quanto este sofrimento emergente está impactando a vida destas pessoas (e as nossas), então poderíamos nos perguntar: como a psicologia poderia ajudar?

Em uma reportagem do jornal O Globo consta que a fila para tratar doença mental, como a do autor do massacre da escola de Realengo/RJ, dura até quatro meses³. Observando as ações das Secretarias de Saúde e Educação, percebemos o total despreparo das instituições às situações de *emergências*⁴ e de *urgências*⁵, demonstrando, por exemplo, a ineficácia no atendimento psicológico e social às famílias afetadas.

Estas questões apontam para a necessidade urgente de revermos nossas práticas e teorias psicológicas, pesquisando de maneira mais refinada, quais as pessoas, e sob que circunstâncias, realmente se beneficiam da psicologia ou ainda que outros recursos os psicólogos podem usar para dar conta das diferentes demandas que envolvem as questões existenciais (TASSINARI, 2003).

Desde a década de 1980, assistimos ao surgimento de uma nova problemática da Psicologia, advinda principalmente de sua inserção na rede pública. Até esse período, as instituições públicas não possuíam psicólogos em seus quadros, com raras exceções, tais como alguns hospitais psiquiátricos, por exemplo. Arrancado de seu papel técnico e cientificista e sustentado por uma suposta unidade da psicologia, o psicólogo brasileiro se vê diante de uma série de questões político-sociais que atravessam o fazer psicológico e apontam para o caráter alienante das práticas tradicionais. As questões agora mudam de foco e problematizam a própria função da psicologia. Esta deve seguir trabalhando a partir de teorias e técnicas importadas em uma pseudo universalidade ou deve tentar escutar a real demanda da população brasileira? Como construir práticas que atendam a essa demanda de modo a contextualizar as problemáticas emergentes em cada comunidade, desenvolvendo trabalhos de transformação das relações injustas e excludentes e não reproduzindo o sistema sócio-dominante? (CFP, 1988, 1994).

Tassinari (2009) expõe o seguinte questionamento:

será que a psicoterapia tem evoluído na direção de incluir as necessidades sociais e de ser de ajuda para a maioria das pessoas que a procuram? Nossos modelos de psicoterapia têm sido efetivos em aliviar, resolver ou modificar o sofrimento da maioria da população brasileira? (TASSINARI, 2009, p.174).

E enfatizo: esses modelos têm sido efetivos para a maioria das pessoas no atendimento das suas urgências e para as que precisam nas emergências?

Em trabalho anterior, Tassinari (1999), diz que

durante muito tempo, a Psicologia, através de seus praticantes, tem respondido às pessoas de uma maneira quase que invariante com psicoterapia individual, duas a três vezes por semana, durante um período longo. É quase como se a Psicologia fosse identificada somente como Psicologia Clínica, esta entendida como psicoterapia individual de fundamentação psicanalítica, realizada nos consul-

³ Matéria do Jornal O Globo. 17 de abril de 2011.

⁴ De Plato (Op.Cit.) redefine urgência e emergência psiquiátrica à luz da luta antimanicomial, propondo emoções de emergência e emoções de bem-estar, sendo que as primeiras influem no pensamento até a irracionalidade, implicando uma situação de descompensação entre a pessoa e seu ambiente, quando ocorre uma ruptura do equilíbrio microssocial. A Psiquiatria passa, então, a reconhecer que as emergências apresentam uma natureza subjetiva e social e que podem ser deflagradas tanto por emoções quanto por contingências ambientais (TASSINARI, 2003).

⁵ Da mesma forma, a idéia de urgência vai indicar a necessidade de um pronto atendimento e, somente em casos específicos, propor a internação (TASSINARI, 2003).

tórios particulares de duas a quatro vezes por semana, por cerca de cinco anos. Parece - nos empobrecedor reduzir a Psicologia a este entendimento, excluindo assim outras possibilidades eficientes de atendimento psicológico, bem como diferentes propostas psicoterápicas (TASSINARI, 1999, p. 15-17).

Mesmo apontando a crise que a Psicologia vem atravessando e ciente das dificuldades de se passar de um modelo para o outro, tanto no nível teórico quanto no prático, Sigelmann (1991) parece otimista quanto às possibilidades da Psicologia Clínica, que, segundo ela,

passou a creditar aos seres humanos a capacidade de criarem seus próprios comportamentos como agentes e construtores de si próprios, não mais como meros reagentes a estímulos objetivos. Abrem-se as portas para uma ciência de pessoas, de experiências compartilhadas, de realização de tendências naturais, em lugar da mera busca da adaptação (SIGELMANN, 1991, p.39).

Assume-se aqui o entendimento da Psicologia Clínica como pertencente à área da Saúde, com sua atuação no contexto social, podendo atuar também no nível preventivo (prevenção primária), utilizando-se de diferentes orientações teóricas, promovendo saúde em diversos contextos, além do consultório particular: hospital geral, hospital psiquiátrico, prisões, manicômio, creche, postos de saúde, escolas, favelas, trabalho com meninos e meninas de rua e com famílias vítimas de violência doméstica nas varas de família, infância e juventude, somente para citar algumas de suas possibilidades atuais.

Segundo Tassinari (1999),

a Psicologia está vivendo uma crise, em parte como reflexo de mudanças significativas nas ciências em geral, mas também como expressão de uma transição social mais global (provocada por fatores, tais como ameaças ecológicas, crescimento populacional constante, desemprego, falência da seguridade social, mudanças nas relações interpessoais, etc. (TASSINARI, 1999, p.1).

Partindo da insuficiência da prática psicológica na experiência clínica, busca-se compreender o mal estar contemporâneo, apontado insistentemente como sofrimento humano num mundo conturbado. O tema se impõe como urgência, visto que essa prática questiona a transição de paradigmas científicos, atitudes fundamentalistas e nihilistas ao lado da globalização da economia, avanços tecnológicos propiciadores de intensa aproximação de misturas e pulverização de diferenças. Como consequência desta transição, as referências que respaldavam a compreensão do sujeito moderno, ancoradas pela consciência e racionalidade, estão sendo questionadas. Do mesmo modo, também se põe em questão as figuras subjetivas, concebidas como relativamente estáveis, para respaldar a construção de um modo de ser, apresentando a ordem ligada ao equilíbrio pela separação nítida entre interior e exterior, através das quais o sujeito é fundamento de sua própria existência: funda sua liberdade e constrói sua essência. Tal compreensão, início da experiência clínica, demanda uma ressignificação (ANDRADE, 1996).

Deparamo-nos hoje com contornos subjetivos efêmeros, nos quais a fragmentação da subjetividade ocupa posição fundamental. Essa fragmentação, apresentada como fragmentação do espaço e ao mesmo tempo como contração do espaço-tempo, não é apenas uma nova forma de subjetivação, mas a matéria-prima por meio do qual outras formas de subjetivação são constituídas. Assim, é necessário descrever o mal estar contemporâneo pela questão da subjetividade, pois, mal estar, dizendo do sujeito, implica o campo da subjetividade.

Nesse sentido, Andrade (1996), ao cartografar o mal-estar contemporâneo, atenta para o modelo de ciência e suas conjunções, nosologias comunicacionais e cognitivas, efeitos nas estruturas clássicas e modernas de verdade, sujeito, história e mundo. Sofrimento como mal-estar representa um fenômeno perturbador atual, implicando considerar a “reviravolta” subjetiva da realidade, direcionando o foco para os processos de constituição da subjetividade e impasses experimentados na contemporaneidade. Implica *reviravoltar* a subjetividade fora do âmbito da identidade e representação, demandando os múltiplos processos de subjetivação, engendrados nas dimensões sociais, culturais e temporais. Refere-se a questões como: os instrumentos compreensivos da Psicologia apreendem as novas modalidades de inscrição das subjetividades contemporâneas?

É patente que o contexto social, político, econômico e cultural contemporâneo clama por mudanças nas abordagens implicadas tanto na concepção e implementação de saúde e educação quanto na pedagogia da formação profissional de seus agentes. Propor alternativas de trabalho técnico e reflexões teóricas para profissionais que lidam com uma população resultante de uma nova ordem mundial apresenta-se como uma tarefa desafiadora para os psicólogos.

No contexto pós-guerra, o Aconselhamento Psicológico surgiu como uma modalidade da psicologia clínica, visando a prontidão ao cuidado do sofrimento imediato do outro (MORATO, 1999), dando a ver a necessidade de a psicologia atentar, sofrer e transformar-se, acompanhando as mudanças sociais, criando métodos para buscar o bem-estar daqueles que demandavam para além da cientificidade de investigações, intervenções e teorias. Afinal, constituímos a história e, ao mesmo tempo, somos por ela constituídos. Não podemos separá-la de nós mesmos como objeto de estudo. Referia-se a um modo de ação para se aproximar do fenômeno humano, direcionando a clínica tradicional para a coletividade, considerando o homem um ser situado, contextualizado em uma cultura, num determinado espaço e tempo. No fundamento dessa prática, encontrou-se a articulação entre referenciais teórico e metodológico como valor ético no compromisso científico e social do psicólogo: um outro posicionamento epistemológico acerca de explicações científicas e sua pertinência como destinação para o bem-estar da humanidade (MORIN, 1990), redirecionando pesquisas para além dos muros da Universidade (dos laboratórios a ações interventivas em campo). Esta guinada poderia promover uma prática mais humanizada de atenção psicológica a instituições, reconhecendo seus profissionais como agentes sociais de mudança.

Carl Rogers e a ACP

Carl Ranson Rogers, fundador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), nasceu em 1902, em Oak Park, Illinois, e faleceu em 1987, na Califórnia, onde passou os últimos trinta anos de sua vida. Deixou documentada sua vida por meio de artigos e livros e tornou-se PhD em Psicologia Clínica pela Universidade de Colúmbia. Iniciou a vida profissional como psicoterapeuta de crianças e famílias numa clínica infantil pública em Rochester, no estado de Nova York, e seu trabalho clínico colaborou para legitimar a prática psicoterápica como uma atribuição dos psicólogos e não apenas dos médicos nos Estados Unidos. Autor de inúmeras obras sobre psicoterapia, grupos, ensino e aprendizagem e conflitos sociais, desafiou a ciência da época ao assumir uma postura eminentemente humanista, ao imprimir ênfase à tese da Tendência Atualizante. Há um aspecto básico da natureza humana que leva uma pessoa em direção a uma maior congruência e a um funcionamento realista. Além disso, esta tendência não é limitada

aos seres humanos, é parte do processo de todas as coisas vivas. Esta tendência, que é evidente em toda vida humana e orgânica, é a expandir-se, estender-se, tornar-se autônomo, desenvolver-se, amadurecer a inclinação a expressar e ativar todas as capacidades do organismo, na medida em que tal ativação valoriza o organismo ou o Self. Rogers (1983) sugere que em cada um de nós há uma tendência inerente em direção a sermos competentes e capazes quanto ao que estamos aptos a ser biologicamente. Assim como uma planta tenta tornar-se saudável, como uma semente contém dentro de si o potencial para se tornar uma árvore, também uma pessoa é impelida a se tornar uma pessoa total, completa e auto-atualizada. A tendência em direção à saúde não é uma força esmagadora que supera os obstáculos ao longo da vida, pelo contrário, é facilmente embotada, distorcida e reprimida. É vista como a força motivadora dominante numa pessoa que está funcionando de modo livre, não paralisada por eventos passados ou por crenças correntes que mantinham a incongruência.

Sobre a tese da *tendência à atualização* de Rogers, Pinto (2010) esclarece que

toda pessoa possui uma capacidade natural de se autodirigir no sentido de buscar suprir suas necessidades. Existe em todo organismo uma tendência natural de evolução, uma tendência natural de atualização a todo o momento (PINTO, 2010, p.62).

E complementado a partir de Santos (*apud* Branco, 2009),

essa tendência está ativa no indivíduo a todo momento, como num fluxo “subcutâneo”, mas [...] ela pode ser desvirtuada embora nunca possa ser destruída. A doença ou a distorção no crescimento acontece então quando essa tendência é desvirtuada.

Nos primeiros 30 anos, a Terapia Centrada no Cliente era chamada de Abordagem Centrada no Cliente e nos anos seguintes passou a ser chamada de Abordagem Centrada na Pessoa. No início, contribuiu mais especificadamente para a prática e para a teoria da psicoterapia e da psicologia humanista, depois, Rogers ampliou a prática e os conceitos teóricos derivados para praticamente todos os tipos de relacionamento humano.

Wood (1994) propõe uma análise da Abordagem Centrada na Pessoa a partir de sete pontos centrais que possibilitam uma compreensão dos elementos essenciais dessa abordagem psicológica de inspiração humanista: (1) perspectiva de vida positiva; (2) crença numa tendência formativa direcional, “trata-se de uma tendência evolutiva para uma maior ordem, uma maior complexidade, uma maior inter-relação”. E, quanto ao ser humano, expressa-se

quando o indivíduo progride de seu início unicelular para um funcionamento orgânico complexo, para um modo de conhecer e de sentir abaixo do nível de consciência, para um conhecimento consciente do organismo e do mundo externo, para uma consciência transcendente da harmonia e da unidade do sistema cósmico, no qual se inclui a espécie humana (ROGERS, 1980/1983, p.50).

(3) intenção de ser eficaz nos próprios objetivos, facilitar o processo de mudanças construtivas na dinâmica psicológica; (4) consideração pelo indivíduo, na sua singularidade, por sua autonomia e capacidade de se auto-determinar; (5) flexibilidade de pensamento e de ação não tolhido por teorias; (6) tolerância quanto às incertezas e às ambiguidades; (7) capacidade de senso de humor, humildade e curiosidade.

Estes sete elementos descrevem que a Abordagem Centrada na Pessoa “é um jeito de ser ao se deparar com certas situações”, “um posicionamento existencial em suas atitudes”, e há também “uma perspectiva fenomenológica em suas intenções”, ainda que não seja uma filosofia, como o próprio autor ressalta (Wood, 1994, p.iii).

Segundo os pressupostos da ACP, a atenção psicológica do psicoterapeuta destina-se a significar, compreender e desdobrar sentidos que o cliente vivencia em determinado momento da vida, a partir de três atitudes do profissional (ou três condições necessárias e suficientes para a construção de um ambiente psicológico facilitador); compreensão empática, autenticidade e consideração positiva incondicional:

Pinto (2010) descreve a *compreensão empática* como

a capacidade do psicoterapeuta em se colocar no lugar do outro sempre, olhando a pessoa através do seu olhar, buscando se aproximar ao máximo da forma como a pessoa enxerga ou se sente a partir do seu contexto, sem, no entanto, sentir-se o outro. É um “como se” sem ser (PINTO, 2010, p.68).

Sobre a *autenticidade*, Rogers (2009) diz que

quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será. Isso significa que devo estar consciente de meus próprios sentimentos, o mais que puder, ao invés de apresentar uma fachada externa de uma atitude, ao mesmo tempo em que mantenho outra atitude em um nível mais profundo ou inconsciente (ROGERS, 2009, p.37, 38).

Continuando, o autor afirma que é somente ao apresentar a realidade genuína que está em mim que a outra pessoa pode procurar pela realidade em si com êxito.

Pinto (2010) descreve a *consideração positiva incondicional* como

a capacidade de considerar o outro, de aceitá-lo dentro dos seus sentimentos, pensamentos e atitudes, independente de quais sejam [...] confiar nessa pessoa a partir de suas próprias experiências. Aceitá-la, desprendendo-me das “verdades aprendidas” (PINTO, 2010, p.80).

Rogers (1951) prioriza, assim, sua preocupação com a importância da postura do psicoterapeuta como pessoa na relação com o cliente e também com a aplicação dessa filosofia de ajuda psicológica por meios de atitudes concretas, ainda que não sejam técnicas de psicoterapia. Para tal, é necessário que o psicoterapeuta despoje-se de teorias e de psicodiagnósticos para permitir-se vivenciar a realidade intersubjetiva daquela relação de ajuda psicológica, ao levar em consideração tanto o referencial de vida e de valores do cliente como a sua própria subjetividade na relação (O'HARA, 1983).

Quando são proporcionadas condições facilitadoras para que a pessoa se autodirija, ela tende a buscar uma harmonia interna e, em consequência, buscar uma harmonia com o seu meio. Rogers (2009) esclarece-nos, “quando essas condições são alcançadas, torno-me uma companhia para meu cliente, acompanhando-o nessa busca assustadora de si mesmo, onde ele agora se sente livre para ingressar” (ROGERS, 2009, p.39). Desta forma, em um ambiente de ajuda, a melhor maneira de se estar com o outro é criar condições ideais para a facilitação deste processo em busca dessa autodireção.

Plantão Psicológico

Gostaria de refletir sobre o Plantão Psicológico – aqui fundamentado pela Abordagem Centrada na Pessoa – como uma modalidade de serviço contemporâneo por sua “natureza”, capaz de atender às inúmeras camadas da sociedade e suas demandas, abrindo possibilidades de mudanças em larga escala. Como em raros instrumentos musicais, possui uma confortável tessitura, potente na promoção da saúde, na intervenção terapêutica e no atendimento à urgência psicológica e às emergências.

Vimos no início deste trabalho que a crise mundial, complexa e multidimensional, e a liquidez da sociedade e da vida vêm afetando todos os aspectos de nossas vidas, ou seja, a saúde, o meio ambiente, a economia, as relações sociais, a tecnologia, a política, etc. Em correspondência, assistimos à ampliação da Psicologia Clínica, saindo da vertente meramente curativa; de tratamento em consultórios individuais, de longa duração, fundamentados prioritariamente na psicanálise freudiana; para trabalhos com grupos e/ou indivíduos em diferentes contextos ou de curta duração, fundamentados em diversas orientações teóricas, contemplando também a dimensão preventiva e de crescimento pessoal, tendo o psicólogo o papel de agente de mudança social. Porém, o acesso aos serviços da Psicologia ainda não está garantido a todos, especialmente nos países em que o desenvolvimento ainda é precário.

Hegenberg (2004) pondera que, no mundo atual, fazer várias Psicoterapias Breves, nos vários momentos diferentes de uma pessoa, parece fazer mais sentido do que uma análise única por um longo período de tempo. Afirma ainda que

o fenômeno da exclusão social acontece de inúmeras maneiras; econômicas, social, cultural. Testemunhamos em nosso meio, como parte desse processo, inúmeras pessoas vivendo em situação de grande sofrimento sem dispor de possibilidades para encontrar ajuda necessária para seu tipo de padecimento. É urgente que possamos contar com práticas clínicas de qualidade e que tenham sido desenvolvidas em meio ao rigor demandado pela comunidade científica, para que possam ser inseridas em políticas públicas de saúde mental (HEGENBERG, 2004, p. 12).

A denominação *Psicoterapia Breve* (PB) teve origem na própria psicanálise como uma resposta à demanda social das guerras, especialmente da Primeira Guerra, quando os médicos psiquiatras e psicólogos precisaram responder à necessidade de atendimento ao sofrimento gerado pelas consequências da guerra. O desenvolvimento do campo da Psicoterapia Breve apontava para a fragilidade da psicologia clínica clássica. Esta entende que qualquer sofrimento humano precisa de tratamento longo, várias vezes por semana. Em função de mudanças sociopolíticas, da ampliação do conceito de saúde e da expansão da própria Psicologia, essa concepção de clínica psicológica tem sido desconstruída para responder de maneira mais adequada às novas demandas da contemporaneidade.

A proposta do atendimento do Plantão Psicológico vem preencher parcialmente esta lacuna, adequando-se às necessidades da pessoa que necessita conversar com um profissional capaz de ajudá-la a entender melhor a sua realidade em seus momentos de aflição. Aguardar numa longa fila de espera e/ou submeter-se às entrevistas de triagem para avaliação e encaminhamento são procedimentos que parecem dificultar o engajamento na psicoterapia, especialmente para as pessoas que se encontram pouco interessadas no processo de recons-

trução da personalidade, mas que precisam de uma atenção especial em determinados momentos de suas vidas.

Segundo Mahfoud (1999) esse Serviço chamado de Plantão Psicológico foi implantado no Brasil inspirado nas experiências do modelo de *walk-in clinics*, nos Estados Unidos, para prestar atendimento imediato à comunidade nas décadas de 70 e 80 e visava um atendimento emergencial no momento em que havia procura. Rosemberg (1987) relata a trajetória do primeiro Serviço de Plantão Psicológico de que se tem registro no Brasil, implementado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), em 1969, no setor de aconselhamento psicológico. Cury (*apud* PERCHES, 2009) enfatiza que o plantão psicológico originou-se, portanto, como uma prática institucional que objetivava o atendimento à demanda emocional emergencial dos clientes, praticada por plantonistas disponíveis e qualificados, e funcionava geralmente numa sessão única, com possibilidade de um ou mais retornos, conforme a necessidade do cliente e as normas de funcionamento do serviço em que se inseria.

Mahfoud (1987, p.75) esboça uma definição inicial do Plantão Psicológico como

a expressão Plantão está associada a certo tipo de Serviço, exercido por profissionais que se mantém à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos. Do ponto de vista da instituição, o atendimento de plantão pede uma sistematicidade do serviço oferecido. Do profissional, este sistema pede uma disponibilidade para se defrontar com o não planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único. E, ainda, da perspectiva do cliente significa um ponto de referência, para algum momento de necessidade (MAHFOUD, 1987, p.75).

Em uma primeira aproximação Tassinari (2003, 2009, 2010), define o Plantão Psicológico como

um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração predeterminada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços. Tanto o tempo da consulta, quanto os retornos, dependem de decisões conjuntas do plantonista e do cliente, tomadas no decorrer da consulta.

O encaminhamento para a psicoterapia e outros Serviços ou especialidades são objetivos secundários que não devem ocupar a atenção principal do plantonista. A consulta no Plantão não visa somente a uma catarse, ainda que a inclua, mas objetiva facilitar uma maior compreensão da pessoa e de sua situação imediata.

Segundo Tassinari (2009),

o plantonista e o cliente vão juntos procurar no “momento já” as possibilidades ainda não exploradas, que podem ser deflagradas a partir de uma relação calorosa, sem julgamentos, na qual a escuta sensível e empática, a expressividade do plantonista e seu genuíno interesse em ajudar, desempenham papel primordial (TASSINARI, 2009, p.176).

Apoiar esse homem nesse enfrentamento faz parte da proposta do atendimento do Plantão Psicológico, que cria um espaço em que se pode buscar por ajuda quando precisar. Conforme

afirma Mahfoud (1999), o psicólogo, neste tipo de serviço, não está ali para solucionar problemas, mas procura estar presente e acolher, centrado na pessoa mais que no problema. Assim, o que o psicólogo oferece é um espaço em que a pessoa ao expressar seus sentimentos, se sinta acolhida para que seja capaz de repensar e rever suas questões. Segundo Erthal (1989), quando o terapeuta está com o cliente para acolher e enfrentar com ele suas angústias e confia na sua capacidade de compreender-se a si mesmo, atua como um facilitador desse processo, sendo autêntico na relação. Essa relação autêntica possibilita ao cliente seu autoconhecimento e maior clareza das suas questões e atua como estímulo ao crescimento e a um encontro consigo mesmo.

Uma vez alcançada (e vivida), esta relação experiencial, a tendência atualizante do cliente poderá retomar o seu percurso original e, então, os fluxos de crescimento e a auto-atualização, direcionará o organismo para uma maior harmonia e melhor funcionamento. Deste modo, o potencial da vida estende-se amplamente promovendo processos de saúde na pessoa.

Podemos encontrar vários trabalhos desenvolvidos que validam a eficácia do Plantão Psicológico oferecidos em diversos contextos, tais como escolas, organizações públicas e privadas, hospital geral, hospital psiquiátrico, comunidade, organizações militares, clínicas escola, instituições socioeducativas, situações de emergências, entre outros – tema que merece um estudo a parte.

Acredito que a sua potencialidade de aplicação possua possibilidades inimagináveis, o que sugere a necessidade de esforços para novas pesquisas. No que diz respeito à mobilização de estruturas, tanto individual quanto institucional, o Plantão Psicológico permite mudanças significativas e enriquecedoras, quando não é sucumbido por “desconfortos” e “ameaças”, porque nem sempre estamos dispostos a lidar com o que emerge através deste serviço.

Considerações Finais

Não há como negar a nova realidade, a dimensão fluida da vida que se apresenta no novo cenário contemporâneo, no qual diversos desdobramentos experienciais têm implicado e “reviravoltado” a subjetividade e o modo de ser das pessoas, numa imbricação relacional que constrói a dinâmica da sociedade e é construída por ela. Neste contexto, torna-se importante também “reviravoltar” a Psicologia (e a ciência) para (co)responder verdadeiramente a demanda social – principalmente na promoção da saúde e nos enfrentamentos emergentes. Ultrapassar o conceito de Psicologia Clínica para além do consultório, redefinindo – teorias e práticas – a ajuda psicológica, talvez seja o desafio mais premente desta época.

Sendo assim, refletir sobre a prática de serviço do Plantão Psicológico, como uma possibilidade de intervenção com grande potencial mobilizador para a promoção de saúde na sociedade contemporânea, torna-se uma atitude ética frente aos paradigmas nos quais a saúde, a psicologia e a contemporaneidade têm se deparado.

Acredito que a Abordagem Centrada na Pessoa oferece recursos suficientes para as propostas do serviço de Plantão Psicológico. Além disso, a ACP como uma postura ética (AMATUZZI, 2010) do humanismo oferece significativas e potentes contribuições para a contemporaneidade e para o século XXI.

Referências

- AMATUZZI, M. M. R. **Ética Humanista e Psicoterapia**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2010.
- ANDRADE, A. N. **A angústia frente ao Caos: um estudo genealógico da formação do psicólogo clínico**. Tese de doutorado não publicada. Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**; tradução, Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- _____. **Vida Líquida**; tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
- BRANCO, P.C.C. Organismo: Tendência Atualizante e Tendência Formativa no fluxo da vida. In CAVALCANTE JUNIOR, Francisco & SOUSA, Andre Feitosa (Orgs.). **Humanismo de Funcionamento Pleno: Tendência Formativa na Abordagem Centrada na Pessoa**. Campinas, SP: Alínea e Átomo, 2008, p.65-95.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Citrix, 1995.
- CONSELHO Federal de Psicologia. **Quem é o psicólogo brasileiro**. São Paulo: Dedico, 1988.
- _____. **Psicólogo brasileiro. Práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- DINORAH, G. M.; ROCHA JUNIOR, A. **Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma?** Trabalho apresentado na Mesa-Redonda Psicologia Clínica e Saúde Pública, no I Congresso de psicologia Clínica, na Universidade Presbiteriana Mackenzie, ocorrido entre os dias 14 e 18 de maio de 2001, São Paulo (SP).
- ERTHAL, T. C. S. **Terapia Vivencial: Uma abordagem existencial em psicoterapia**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- HEGENBERG, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MAHFOUD, M. (Org.). **Plantão Psicológico: Novos horizontes**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999.
- MASSA, C. **Revista Ciência & Vida – Psique**. Ano III nº 34, p. 28-32.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1990.
- O'HARA, M.M. Introdução. In: Rogers, C. R., Wood, J. K., O'Hara, M.M., Fonseca, A.H.L. **Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: Summus, 1983.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. In: **Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- PALMIERI-PERCHES, T. H. (2009). **Plantão psicológico: o processo de mudança psicológica sob a perspectiva da psicologia humanista**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, PUC Campinas, 147 pp.

PINTO, Marcos A. S. A Abordagem Centrada na Pessoa e seus princípios. In CARRENHO, E; PINTO, M. A. S. e TASSINARI, M. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa: Dúvidas e perguntas mais frequentes**. São Paulo, SP: Carrenho Editorial, 2010, p.57-93.

ROGERS, C. **Tornar-se Pessoa**. 6^a ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2009.

ROGERS, C. R. Os fundamentos de uma abordagem centrada na pessoa. In: ROGERS, C. R. **Um jeito de Ser**. São Paulo: EPU, 1983.

ROSEMBERG, R. L. **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**. São Paulo: E.P.U, 1987.

TASSINARI, M. A. A Abordagem Centrada na Pessoa e suas dimensões. In CARRENHO, E; PINTO, M. A. S. e TASSINARI, M. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa: Dúvidas e perguntas mais frequentes**. São Paulo, SP: Carrenho Editorial, 2010, p.95-105.

_____. **A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa** (2003). Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 231 p.

_____. **Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como promoção da Saúde no contexto escolar**. (1999) Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 149 p.

_____. Plantão Psicológico como Promoção da Saúde. In: BACELLAR, A. (Coord.). **A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a prática da Abordagem Centrada na Pessoa**. Palhoça: Unisul, 2009, p. 172-189.

WOOD, J. K. et. al. (Orgs.). **Abordagem Centrada na Pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994.

3º lugar - Categoria Estudante

O grupo de familiares da atenção psicossocial: promovendo a reidentificação e autonomia da família

Alex Yan da Costa Mendes

Resumo

O presente estudo visa situar a atuação do grupo de familiares em atenção psicossocial no contexto dos processos de subjetivação. O estudo inicia contextualizando sociohistoricamente o entendimento da família como núcleo de cuidado e mostrando as relações entre família e o tratamento em saúde mental através dos tempos, incluindo o grupo de familiares da atenção psicossocial. O trabalho segue para o desenvolvimento do conceito de identidade e processos de subjetivação no pensamento moderno. No último momento, há a análise dos entrecruzamentos das teorias estudadas com a entrevista realizada e as impressões sobre a participação como estagiário no CAPS.

Palavras-chave: Subjetivação. Atenção psicossocial. Grupo de familiares.

Introdução

O presente estudo trata da função do grupo de familiares da atenção psicossocial como propiciador de processos de subjetivação para seus membros. Engloba as perspectivas de trabalho da reabilitação psicossocial com familiares de usuários dos serviços de saúde mental estudadas pelo prisma dos processos de subjetivação. Com os desdobramentos e a consolidação do processo de reforma psiquiátrica nas últimas duas décadas, houve um aumento da produção acadêmica direcionada aos novos paradigmas levantados por ela e a atuação da família dos usuários de serviços de saúde mental passou a ser vista como fator primordial para o processo de reabilitação, tanto dos usuários quanto dos próprios familiares.

A pesquisa traz como problemática a possibilidade da participação da família nos processos de reabilitação dos usuários dos serviços de saúde mental e tem sua importância, então, como forma de documentar e aprofundar teórica e criticamente uma das formas de olhar para a prática do grupo de família no ambiente físico e epistemológico da atenção psicossocial. Dentro da lógica proposta pelo trabalho, qual é o papel do grupo de familiares nos serviços de saúde mental na melhoria da qualidade de vida do usuário do serviço e do próprio familiar?

O olhar para a família na saúde mental sofreu através dos tempos mudanças relacionadas tanto à construção social do conceito de família quanto aos pressupostos que norteiam as práticas em saúde mental. É objetivo deste estudo elucidar a relação entre estes dois saberes

na formação do que hoje temos como atuação familiar no campo da saúde mental – ou seja, como o grupo os auxilia a pensar por si próprios a respeito deste processo – e, para além disso, desenvolver as formas de resignificar a identidade de familiar e avançar nos processos de subjetivação, passando a viver como sujeitos autênticos e não da forma estereotipada na qual “o familiar de um doente deve viver”.

A realização do trabalho foi possível em função da participação do autor no grupo de familiares sob a condição de acadêmico bolsista de Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Lima Barreto, uma unidade de saúde mental da prefeitura do Rio de Janeiro, localizada no bairro de Bangu. A condição de acadêmico bolsista se deu através de concurso realizado pela prefeitura do Rio de Janeiro no ano de 2010, quando ocorreu o estágio e a presente pesquisa entre junho e dezembro do mesmo ano.

Metodologia

Foram utilizadas na realização do estudo a pesquisa bibliográfica, uma entrevista semi-estruturada com a psicóloga coordenadora do grupo de familiares do CAPS Lima Barreto e impressões relativas à participação do autor como estagiário de psicologia atuando no grupo de familiares na citada unidade. A pesquisa bibliográfica é importante tanto nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, quanto naqueles inteiramente baseados em documentos (LUNA, 1999). A pesquisa bibliográfica relativa ao tema da família dentro do modelo psicossocial de tratamento dos transtornos mentais foi facilitada em função de haver um considerável número de obras publicadas sobre este tema. Porém, a busca pelo entrelaçamento desta relação com o conceito de subjetivação em um processo grupal obteve poucos re-sultados, residindo aí a originalidade da obra.

Já a entrevista – definida por Haguette (1997) como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1997, p.86) –, funcionou como um instrumento de coleta de dados diretamente com os profissionais mais intensamente envolvidos com o tema no ambiente pesquisado. Através dela, buscou-se coletar dados objetivos e subjetivos. A necessidade de obter dados subjetivos por parte das coordenadoras em relação ao grupo de familiares do CAPS só poderia ser atendida através da entrevista, pois estes dados se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Desenvolvimento

Nos dias atuais, a família é estudada de forma multidisciplinar com os mais diversos propósitos e faz-se necessário que desnaturalizemos o que conhecemos como família para que suas origens e processos transformadores venham a emergir e nos dar um conhecimento das dinâmicas sociohistóricas que moldaram o que hoje temos como senso comum.

A configuração da família contemporânea, com grande importância dada à afeição e às relações entre pais e filhos, de forma a preservar a privacidade de suas casas, segundo Melman (2001) “é uma invenção relativamente recente na história do homem ocidental, ganhando contornos mais nítidos a partir do século XVII na Europa” (MELMAN, 2001, p.39).

A família como núcleo de cuidados

Dentre as diversas concepções de família estudadas pelas linhas da história, sociologia, psicologia e outros campos, será delimitada, para fins pragmáticos, a família como o grupo dinâmico formado por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, estão unidos por laços consanguíneos de adoção, interesse e/ou afetividade. Grupo que vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Mais especificamente no caso do paciente de saúde mental, os parentes que cuidam do mesmo no ambiente domiciliar.

Em sua obra clássica *História social da criança e da família* (1978), Philippe Ariès, por meio de uma análise minuciosa de textos históricos e de iconografias profanas e religiosas de fontes predominantemente francesas, nos traz um estudo das origens do conceito atual de família, partindo das velhas sociedades tradicionais e da forma em que nelas se davam ideias como infância, privacidade e trocas afetivas, partindo, então, para mostrar o novo lugar assumido pela criança e pelas relações familiares nas sociedades industriais modernas, pautadas pelo cuidado entre seus membros.

Ariès (1978) inicia por analisar a noção de “idades da vida”, abundante nos textos pseudo-científicos da Idade Média nos quais procurava-se retratar as diferentes idades da vida do homem na forma de estágios de desenvolvimento com critérios diferentes dos que são utilizados nos dias atuais. A ideia de cuidado no ambiente familiar parte do princípio de dependência e de laços de responsabilidade e/ou afeto e, dentro da obra de Ariès (1978), a infância surge como depositária destes valores. A definição da infância dentro destas “idades da vida” sofreu diversas alterações com o passar do tempo. A partir do século XVI, a criança entra como uma nova personagem na iconografia dos calendários, responsável por retratar a relação entre o trabalho e os dias. O surgimento da criança nessas representações “se ligava a essa necessidade outrora desconhecida de intimidade, de vida familiar, quando não ainda precisamente, de vida ‘em família’” (ARIÈS, 1978, p.134).

Durante o século XVII, Ariès (1978) nos aponta o surgimento de um novo hábito entre a burguesia: a infância passa a estar ligada à ideia de dependência. Já no início do século XVIII, como resultado da literatura moral e pedagógica, os termos designativos da infância se multiplicaram, o que nos mostra como o poder normativo da época passou a olhar de forma mais detalhada para o *enfant* de forma a conhecê-lo melhor. Ariès (1978) nos expõe a importância do papel da criança e da mudança nos processos de aprendizagem para a constituição da família moderna.

De uma forma definitiva e imperativa a partir do fim do século XVII, uma mudança considerável alterou o estado de coisas (...). A escola substituiu a aprendizagem como meio de educação. Isso quer dizer que a criança deixou de ser misturada aos adultos e de aprender a vida diretamente, através do contato com eles. (...) Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (*como dos loucos, dos pobres e das prostitutas*) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização (*grifo nosso*) (ARIÈS, 1978).

Sobre outra característica da família moderna, a valorização do espaço privado, Ariès (1978) compara as iconografias medievais e pós-século XV e relata que a iconografia profana medieval é do ar livre. A partir do século XV, as cenas de interior tornam-se mais frequentes, princi-

palmente as do quarto e da sala, uma tendência nova do sentimento que se volta então para a intimidade da vida privada. A análise iconográfica leva o autor a concluir que “o sentimento de família era desconhecido da Idade Média e nasceu nos séculos XV-XVI para se exprimir com um vigor definitivo no século XVII” (ARIÈS, 1978, p.143).

Em seu percurso de formação como a instituição que conhecemos hoje, a família sofreu influências do saber médico em relação a forma como seus membros são tratados e especialmente em relação a forma como seus membros desajustados são controlados. Margareth de Almeida Gonçalves (1985), em seu texto *Expostos, roda e mulheres* relata o florescimento do pensamento higienista no Brasil, que se deu após os anos 30 do século XIX com a produção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que tornou-se fértil e expressiva. Temas relacionados ao mundo urbano eram privilegiados e estudos sobre higiene médica foram desenvolvidos tendo as cidades como alvo de interesse e objeto de conhecimento. Ao teorizar sobre a problemática da higiene, a medicina da época instalava uma discussão que visava a enunciação de conceitos, práticas e políticas de caráter amplo, ligados a uma nova ordem: a das modernas sociedades capitalistas.

Relata a autora que as teses da época mostram que a atenção médica se voltava para a definição de papéis e comportamentos dentro do cenário familiar. E, neste processo de reatualização da família, à mulher cabia menção especial. Ela aparecia como peça central das dissertações médicas: seu domínio era o espaço da casa, o que nos permite observar o privilégio dado a um tipo particular de mulher: a mulher “boa” mãe e “boa” esposa. De forma oposta, eram apresentados outros tipos de mulheres: a mundana, a mulher de “vida fácil”, a prostituta. Aqui se situavam aquelas mulheres que recusavam o desempenho do papel de esposa e mãe.

Dentro deste período, há um momento em que a família nuclear burguesa, tanto como noção quanto como exemplo, chega ao Brasil, tal como chegaram outras ideias como o liberalismo e os progressos tecnológicos da revolução industrial – fenômenos gestados em outra realidade socioeconômica, em que havia uma classe burguesa citadina, industrial ou comercial em ascensão, e não na sociedade colonial, formalmente independente, baseada no latifúndio exportador, cuja mola essencial era ainda o trabalho escravo. A mentalidade na família brasileira a este tempo, estruturada sobre o patriarcalismo, continuava a ser dominante. A ideia de família nuclear burguesa importada não encontra, ao chegar ao Brasil, uma tabula rasa. Tentam aclimatá-la ao Brasil, principalmente com o supracitado trabalho dos higienistas e médicos, mas a realidade local resiste e tenta se apoderar da ideia, domá-la e colocá-la a seu serviço, moldando-a ao cerne da mentalidade anterior. Daí segue um dos ramos das particularidades da família brasileira.

Como família patriarcal, entende-se aquela formada na antiguidade clássica. Família em que esposa e filhos compunham, juntamente com escravos, agregados, gado e todos os outros bens móveis e imóveis, o patrimônio do *pater familias*. Propriedade privada e patriarcalismo são, segundo Ângela Mendes Almeida (1987), “senão termos sinônimos, fenômenos análogos, entrelaçados ambos pela instituição da escravidão, a propriedade de seres humanos” (ALMEIDA, 1987, p.58). A família nuclear burguesa em questão refere-se ao modelo importado da Europa, dizendo respeito àquela família intimista, agindo e circulando no espaço delimitado do privado, ao qual se opõe o espaço do público. A família que não se confunde com a área de produção, caracterizando-se por ser somente uma unidade de consumo.

A família na saúde mental

No período conhecido como pré-capitalista europeu, a família era a instituição responsável pelos cuidados daqueles considerados loucos. A introdução da responsabilidade pública se dava apenas na ausência da família ou na impossibilidade desta em exercer controle sobre o louco. Com o advento do iluminismo e a instalação de uma nova ordem social, a loucura foi aos poucos tornando-se um problema social. Tendo em vista a compreensão dos processos transformadores pelos quais a loucura e sua relação com a família passou nos últimos séculos, é utilizada, assim como em Pegoraro (2009), uma distinção entre quatro períodos específicos, que tem como base a obra *História da loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault (1975).

Em um primeiro momento, Foucault (1975) discorre sobre a institucionalização da loucura no período anterior ao Século XVIII, quando a loucura e aqueles que a manifestavam eram retirados do meio social (a partir do século XV) e confinados pelo Estado nas Santas Casas e hospitais gerais. Segundo Rosa (2003), essa segregação tem, em suas entrelinhas, o significado de valorização do ideal de razão, marca das sociedades modernas, e um valor supostamente perdido na loucura.

No segundo momento, referente à segunda metade do século XVIII, são criados os primeiros hospitais específicos para o confinamento de loucos. O meio e principalmente a família eram, então, vistos como os responsáveis pela perda da razão, sendo necessária a inserção do Estado e do poder disciplinar médico que, de “forma pedagógica, possibilitariam um resgate ou retomada da razão pelo dito ‘alienado’” (PEGORARO, p.254, 2009). No que concerne à família, dois pressupostos eram utilizados como legitimadores do isolamento terapêutico. Pelo lado da proteção da família, buscava-se separar o doente para neutralizar suas influências negativas (indisciplina e desordem) sobre os mais jovens. Já pelo lado de uma suposta proteção do louco, admitia-se, como ainda hoje fazem alguns profissionais de saúde mental, que a família teria influências negativas sobre ao doente, seja no desencadeamento do quadro ou na sua evolução. A família já era vista, neste tempo, como uma fonte de desequilíbrios. Rosa (2003) aponta que, ao desvalorizar qualquer discurso que não fosse o de origem médica, os agentes médicos e estatais passaram a agir como mediadores da relação entre o louco e sua família, reduzida aos simples cuidados de identificar a loucura, encaminhar seu portador ao asilo, visitá-lo e aguardar em seu lar para recebê-lo recuperado.

O terceiro período, que diz respeito ao Século XIX, mostra a loucura passando a ser encarada como “doença mental”, neste ponto já absorvida pelo saber médico e pela nova orientação positivista adotada pela psiquiatria, que buscava descrever os distúrbios e, a partir destes, desenvolver diferentes classificações nosológicas. De acordo com Foucault (2000), após o século XVIII, passou a ser desenvolvido o registro permanente e exaustivo sobre cada doente, visto que o hospital era tido não apenas como um local de cura, mas onde se fazia possível a anotação dos fatos para seu acúmulo e formação do saber.

A partir do final da 2ª Guerra Mundial, com o surgimento dos movimentos de reforma psiquiátrica, deu-se o quarto e último período, em que a família começou a participar como ator importante no processo de produção/manutenção da loucura e também de forma mais ativa na sustentação do tratamento.

É importante ressaltar que os quatro momentos descritos por Foucault, por mais que aparentemente apresentem uma sucessão temporal definida e claramente distinta, ainda apresentam, na atualida-

de, certos paradigmas preservados. Como dito anteriormente, ainda existem profissionais que admitem a ideia de que a família é a principal, senão exclusiva, responsável pelo adoecimento mental, assim como ainda perdura a normatização da sociedade e da família por meio do aparato teórico e tecnológico da Psiquiatria, manifestados nas sociedades atuais pela patologização da “normalidade” no comportamento humano e pelos exageros na medicalização do sofrimento psíquico, apenas para citar os exemplos mais notáveis.

A própria psicanálise corroborou com o afastamento dos familiares do cerne do tratamento, como nos mostra Rosa (2003) a respeito da esquizofrenia, que, a partir do ponto de vista da psicanálise, seria “um produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, sobretudo à mãe”. Neste momento, encontramos a família vulnerabilizada e destituída de seus próprios saberes sobre relacionamentos internos e vendo-se como incapaz, sobretudo em relação à educação dos filhos. “Os terapeutas tornam-se cada vez mais presentes, intermediando suas relações e conflitos, que se transformam em um saber de *expert*” (ROSA, 2003, p.61).

Como foi dito anteriormente, com o desenvolvimento do novo olhar no período pós-Segunda Guerra sobre as instituições não só psiquiátricas, mas em geral, passou-se a pensar uma nova atuação do familiar junto ao portador de transtornos psiquiátricos. Rosa (2003) aponta a importância das novas ideias advindas de Basaglia, segundo as quais a família passa a ser uma protagonista no cuidado em saúde mental, atuando

como parceira na organização das propostas de cuidado social, planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental, nas pesquisas, na formação e capacitação de recursos humanos e nos projetos de trabalho, coautora nas decisões e nas ações (ROSA, 2003, p.75).

Ao fim da década de 1970, com as instituições psiquiátricas no foco de discussões em todas as esferas da sociedade brasileira e com a mobilização do Movimento de Luta Antimanicomial, nasce a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que destaca em seus ideais a cidadania e a atenção integral, valendo-se da desinstitucionalização como principal meta.

No início da década de 1990, surgem no país os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), unidades extra hospitalares com profissionais de várias formações e especialidades em atuação interdisciplinar. Regulamentados pela portaria nº336/GM de 2002, são serviços organizados ambulatorialmente, que atendem usuários em diferentes modalidades (individual, grupo, familiar) e por meio de diferentes atividades (oficinas, psicoterapia, assembleias). Com foco em usuários chamados “graves” (psicóticos e neuróticos graves), as estratégias de atenção dividem-se em cuidados intensivos (frequência de 5 dias/semana), semi-intensivos (3 dias/semana) e não intensivos (semanal, quinzenal ou mesmo mensal).

A Portaria nº. 224/GM do Ministério da Saúde publicada em 1992 já apresentava diretrizes e normas para as novas práticas de atenção em saúde mental e, em seus itens, cita a atenção à família como uma das principais atividades dos CAPS, além de prever a reinserção do usuário dos serviços descentralizados em saúde mental nas atividades comunitárias, nas quais a família tem grande importância como elo de ligação. Realizada no ano de 2002, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) garante o desenvolvimento de diversas estratégias nas ofertas de serviços de saúde mental “pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de ‘patologias’” (CNSM,

2002, p.28) e “exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais” (CNSM, 2002, p.37). Deste modo, podemos dizer que a família, no começo deste século, não continua apenas em cena, mas torna-se um dos pilares da política de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil.

Pegoraro (2009) aponta que a literatura nacional aborda, no tocante às famílias, as condições de sobrevivência e sobrecarga frente ao processo de desinstitucionalização e como suporte para a permanência do usuário na comunidade. Desde o início da década de 1990 até agora, o País assistiu a criação do SUS (Sistema Único e Saúde) e de diferentes serviços extrahospitais, mas persistem as diversas dificuldades enfrentadas pelas famílias de baixa renda de usuários de saúde mental, havendo, segundo a mesma, “a compreensão da internação como forma de obter dias, semanas ou mesmo meses de alívio no cuidado, enquanto o usuário permanece hospitalizado” (PEGORARO, 2009, p.265).

Segundo Romagnoli (2004),

As tensões ocorrem na superfície de forças cambiantes: por um lado, as forças intensivas produzidas por fluxos que se movimentam para o desconhecido, convidando a um outro modo de existência; por outro, as forças do estabelecido, tendendo a copiar o existente. Nesse campo de forças, geralmente preferimos a segurança do conhecido e raramente embarcamos no desconhecido. Isso pode acontecer com as famílias.

De acordo com Rosa (2003), em muitos casos a família é colocada em segundo plano pelos serviços, servindo apenas como informante do histórico do paciente e para realizar visitas e buscá-lo quando ocorrer a alta, sendo sua incorporação no serviço periférica, ocorrendo “sobretudo por meio de visitas e reuniões nas quais predomina uma orientação diretiva em que a técnica da palestra e do aconselhamento com diferentes profissionais predomina” (ROSA, 2003, p.248,249).

Conforme exposto por Schrank & Olschowsky (2008), nos serviços de atenção psicossocial, através das técnicas de escuta e acolhimento e das atividades estratégicas exercidas (oficinas, atendimento individual, visita domiciliar, busca ativa e grupo de família), procura-se inserir a família na rotina dos CAPS, intervenções que exigem dos profissionais “negociação e interlocução nesse processo de parceria que deve ser criado, criticado e revisto diariamente” (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008, p.133). As famílias também são inseridas em estratégias de cuidado e reabilitação por meio de outras diferentes atividades executadas nos CAPS, tais como assembleias, festas e grupos cuja finalidade é a construção de laços entre usuário, família e equipe. O vínculo ao serviço funciona também como uma forma de vencer as resistências da família à participação na descoberta de diferentes formas de lidar com o cuidado em saúde mental, propondo ações, atuando no cuidado e aceitando as individualidades dos usuários e das próprias famílias.

Nos serviços de atenção psicossocial, a visita domiciliar é uma prática essencial para cuidado de usuários e suas famílias, pois proporciona a oportunidade de acolher esses atores no meio em que vivem e possibilita o conhecimento das reais necessidades do usuário e familiares, expondo à equipe a dinâmica familiar e viabilizando a interação da família com os técnicos da saúde mental. São ainda uma atividade que a equipe pode utilizar para “identificar as famílias que não participam das atividades do CAPS ou que demonstram dificuldades em cuidar do usuário” (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2008, p.132), dando oportunidade para que uma rede de cuidados seja tecida entre a família, o serviço e a comunidade.

As práticas e os processos embutidos no que se convencionou chamar de desinstitucionalização – ancorados no aumento da oferta de serviços em saúde mental desde a década de 1980, quanto aos modelos adotados (CAPS e NAPS, Hospitais-Dia, residências terapêuticas) ou às categorias profissionais envolvidas nesta assistência interdisciplinar –, são decorrência das concepções que fazem parte do cotidiano das instituições e do processo de instalação de programas de saúde mental propostos por governos estaduais e municipais. Essas concepções referem-se aos âmbitos político, técnico e da história pessoal dos envolvidos e podem ser tidas como determinantes para a compreensão do processo saúde-doença que sustenta a desinstitucionalização.

É necessária uma reflexão por parte dos profissionais de saúde mental sobre o tipo de assistência prestada. Como nos aponta Pegoraro (2009), um serviço oferecido fora de um ambiente manicomial não é garantia de que suas práticas também o sejam. A desconsideração da origem do usuário do serviço, seus costumes, crenças, modo de entendimento e enfrentamento – ou não – da doença, acabam por tornar descontextualizado o contato entre equipe ou profissional e usuário. De acordo com a autora, a partir da consideração por parte dos técnicos, da realidade na qual se inserem os usuários, as estratégias de atenção podem, de modo mais efetivo, serem traçadas e alcançadas, fornecendo às famílias um recurso importante para o enfrentamento tanto do sofrimento mental dos usuários dos serviços quanto das próprias famílias.

Identidade e subjetivação

Ao nos referirmos à prática do grupo de familiares como propiciadora de relações autênticas entre seus membros e o mundo, é preciso que conheçamos como a identidade da família moderna e do homem moderno em geral se constituiu da forma como a conhecemos hoje, com suas dicotomias (sujeito-objeto; negatividade-determinação, etc) e incertezas. Compreendendo o macrocosmo, ou seja, como se encaminhou o pensamento de nossa sociedade a respeito da identidade ao passar dos séculos, compreendemos como o microcosmo do grupo de familiares do CAPS pode funcionar.

A respeito da construção da identidade, Luis Cláudio Figueiredo (1996) aponta que o homem, como pura negatividade e possibilidade de escolha, deve se preocupar, desde o momento em que nasce, sobretudo com sua liberdade e sua destinação e deve depender sempre mais de sua “consciência do que do juízo dos outros”, mas deve ser capaz de estabelecer contato com todos os outros para neste confronto construir sua própria identidade, dando significado aquilo que é caótico em si e no mundo que o rodeia.

Figueiredo (1995) aponta que a figura chave da invenção da modernidade seria Descartes, o primeiro a elaborar uma metafísica em que são tomados efetivamente apenas os entes que oferecem como objetos de uma representação exata: são verdadeiramente apenas os entes representáveis com certeza e que podem ser submetidos ao cálculo e ao domínio técnico por um sujeito que assume desde então a condição de fundamento epistemológico, ético e ontológico. Fundamento epistemológico, na medida em que suas crenças devem repousar exclusivamente na certeza subjetiva que pode obter, já que estão excluídos os recursos às autoridades e tradições. Da mesma forma, devem neste sujeito estar fundadas as suas regras de ação, já que os padrões tradicionais e coletivos de sociabilidade se desqualificaram como tal. Finalmente, é a própria realidade das coisas que se sustenta na capacidade deste sujeito trazer para diante de si (se representar) as coisas, mediante ideias claras e distintas.

O sujeito deve constituir-se como fundamento para que o mundo da modernidade se torne habitável e principalmente administrável, controlável, previsível. Para que possa assumir este pesado encargo, é preciso exigir de si mesmo uma total autotransparência e autodeterminação, ou seja, uma completa autonomia. A coincidência da consciência e da vontade livre e de uma com a outra será, assim, tanto uma pressuposição como um dever imperativo para o indivíduo moderno.

Ao tratar da distinção entre sociedades holistas e individualistas, Figueiredo (1995) levanta as questões concernentes ao indivíduo e sua subjetividade representacional na modernidade. Nas sociedades holistas, observa-se uma dominância das formas coletivas e hierárquicas de existência social. Os indivíduos, enquanto unidades empíricas de falas e ações, aí figuram como seres socialmente determinados, assumindo *identidades posicionais*, que se definem a partir da posição que ocupam no quadro social estratificado e hierarquizado. Desta forma, a coletividade e as suas tradições condicionam as existências individuais e limitam as possibilidades de individuação em um grau desconhecido nas sociedades individualistas. Nestas, os indivíduos, além de serem unidades empíricas, são representados como elementos sociais, independentes e autônomos, sobre os quais se organizam ou deveriam se organizar os modos de funcionamento e as estruturas da sociedade. Eles são, de fato, tomados como valor a ser realizado nas e pelas práticas sociais, o que implica o estabelecimento de normas e ideais individualistas, cujo paradigma está explicitado no ideário liberal dos séculos XVIII e XIX e no exercício de procedimentos individualizantes.

Esta compreensão abrangente da modernidade como a era do sujeito pleno, unificado e soberano não exclui uma diversidade de formas e destinos. O que há de universal nesta época, segundo Figueiredo (1996), é a suposição dominante de que o Homem, na sua constituição mais íntima, é “o centro e o fundamento de um mundo e que esta interioridade deve ser cultivada, respeitada, protegida em espaços e tempos especiais: os espaços e tempos da privacidade” (FIGUEIREDO, 1996, p.33). É neste contexto, inclusive, que se institui uma nítida separação entre as esferas pública e privada atribuindo-se a esta a função básica de fortalecimento da subjetividade interiorizada. Será apenas um eu interior bem consolidado que poderá exercer na esfera públicas suas prerrogativas de sujeito.

Com o romantismo (século XIX), passa-se de uma noção de liberdade negativa – a liberdade exercida no terreno da não-interferência – para uma versão moderna da liberdade positiva – como ‘autonomia’ e ‘auto-engendramento’, processos que implicam tanto na transformação dos sujeitos naquilo que eles de fato são (a constituição de uma personalidade singularizada) quanto na permanente perda de suas identidades convencionais: o ‘tornar-se o que verdadeiramente se é’ contrapondo-se ao ‘conservar os papéis e as máscaras socialmente’ convencionadas. Trata-se, é claro, de uma restauração paradoxal, que pode passar pela fragmentação da identidade e pela mais desregrada extravagância. A fragmentação da identidade, de uma certa forma, é a condição e a consequência de um processo de crescimento e florescimento da personalidade com todo o seu potencial de variação e com toda a recusa a subordinar-se aos moldes das representações convencionais.

A influência do pensamento disciplinar na constituição do sujeito moderno se faz presente nas tecnologias de poder, tanto as que se abatem sobre identidades reconhecíveis e manipuláveis segundo o princípio da razão calculadora, funcional e administrativa, quanto as que se abatem sobre identidades debilmente estruturadas e passíveis de manipulação mediante a evocação calculada de forças supra pessoais encarnadas em figuras carismáticas ou projetadas em mitos.

A primeira distinção a se fazer a partir da discussão das subjetividades liberais, românticas ou mesmo a das sociedades disciplinares, diz respeito aos conceitos de independência e autonomia. A independência pode ser compreendida como a ausência de vínculos, obrigações pessoais e lealdades, que abre o espaço para escolhas e projetos individualizados, para trajetórias e destinos idiossincráticos e não previamente determinados pela posição do indivíduo no quadro coletivo e hierárquico. Modernamente, a consolidação desta independência se expressou como reivindicação de um território livre da interferência das agências de controle social, o território da privacidade. Embora a liberdade como não interferência seja condição necessária, não é suficiente para o exercício da autonomia.

A capacidade de gerar leis e viver sob o império das leis por si mesmo consagradas é o que vai caracterizar o indivíduo autônomo, sejam estas leis positivas, que regulam a sua vida pública e a de todos os demais indivíduos, sejam as leis auto impostas à sua existência livre e privada. Ao ascender à condição de autônomo, o indivíduo livre adquire a possibilidade de realizar sua liberdade positiva e, o que é decisivo, conquista o status de sujeito na acepção moderna do termo.

Luís Cláudio Figueiredo (1995), em sua obra *Modos de subjetivação no Brasil* cria uma distinção útil para a determinação da amplitude de atuação do homem na sociedade (e vice-versa) e enquanto subjetividade, em que estes se dividem em “meros indivíduos”, “pessoas” e “sujeitos”. Segundo o autor, há, em toda coletividade estratificada muitos lugares e, assim, muitas pessoas qualitativamente diferentes; há nas sociedades individualistas uma massa anônima e infinita de meros indivíduos, indiferenciados e intercambiáveis; há, contudo, no rigor da palavra, apenas um “sujeito”. Isso quer dizer que, ao elevar-se à condição de sujeito, o mero indivíduo atingiria um nível de regularidade, uniformidade e unidade que reduz ou mesmo elimina todas as diferenças qualitativas que definem as pessoas e toda mera multiplicidade de indivíduos.

Pessoas se apresentariam como uma modalidade pré-moderna de subjetivação e viveriam sob o império da heteronomia, encarnados e mundanos. Poderosos ou débeis, senhores, vassallos ou servos, têm suas vidas reguladas pelas tradições e pelos costumes, pelas necessidades e pelos desejos, o que em certos momentos se revela em rituais, mas que, na maioria do tempo, lhes concedem uma faixa estreita, mas bem aproveitada, de liberdade. Ou seja, as pessoas estão atadas aos lugares que ocupam numa rede estreita e densa de relações e histórias coletivas e submetidas a uma ética de excelência em que cada um deve se dedicar às funções e às tarefas que lhes são destinadas para superar-se no seu exercício.

O sujeito e os meros indivíduos por sua vez, aponta o autor, configuram algumas das possibilidades modernas de subjetivação. Meros indivíduos gozam de uma precária e muito discutível independência de vínculos e obrigações – rompidas com a dissolução das instituições holistas – mas ficam reduzidos à condição de objetos de uso alheio e submetidos a formas autoritárias de controle, como, por exemplo, a de uma lei impessoal que os transcende, que deles não emanou, na qual não se reconhecem, e que se concretiza apenas na presença de uma autoridade responsável pela efetuação dos procedimentos disciplinares que os constituíram e os mantém na sua desamparada e dócil individualidade. Meros indivíduos jazem, enfim, submetidos a uma das muitas possibilidades de figuração do sujeito. Eles já não têm um lugar próprio que lhes caiba de direito e os defina, nem encontram facilidades na tarefa de constituir o próprio lugar, de edificar a própria morada. É exatamente por isso que tão facilmente podem ser moldados, distribuídos, programados e usados numa “sociedade disciplinar” que é a encarnação mais cabal do individualismo administrado.

Contudo, podem estar abertas para meros indivíduos as possibilidades de personalização e de assujeitamento. Personalização seria o processo através do qual eles poderiam galgar alguns degraus na direção de formas arcaicas de subjetivação. Assujeitamento é o termo que me parece mais apropriado para designar o modo moderno de subjetivação. Aqui o mero indivíduo se constitui como sujeito autossustentado e autossustentado, ou bem enquanto autonomia racional diante de um mundo de objetos plenamente “objetivos” ou bem enquanto autonomia expressiva de forças naturais e/ou históricas.

Ocorre, porém, que este processo de assujeitamento parece pressupor um momento na história do indivíduo no qual ele pertenceu de fato a uma coletividade que lhe garantia uma existência – um nome, um título, um lugar – como pessoa, ou seja, o assujeitamento pressupõe uma morada, um assento num contexto relacional. Sociedades individualistas exigem, portanto, para a sua própria reprodução, a permanência ou mesmo a criação de dispositivos sociais pré-modernos que preencham esta função instituinte para que, a partir dela, se deflagre o assujeitamento. Esta é, de fato, uma das razões para que a modernidade tenha instituído a separação entre as esferas pública e privada, já que, como se viu anteriormente, é nestas que se cultiva a subjetividade interiorizada (o chamado *inner self*). Este cultivo deve ocorrer sob os auspícios de um contexto relacional, como é, por exemplo, a família.

A partir dessa situação, Figueiredo (1995) propõe a tese de que o fim da modernidade começa a se insinuar no momento em que se vão tornando problemáticas as condições de assujeitamento, entre as quais a que diz respeito à eficácia dos dispositivos cuja função seria instituir uma ordem simbólica para o sujeito no reino das pessoas. Neste contexto, pensa-se na demanda pelo atendimento psicológico, mais precisamente o clínico, associada à esta crise nas condições de assujeitamento.

Podemos concluir então, como Figueiredo (1995), que as condições da existência como mero indivíduo são, como sempre foram, extremamente difíceis e quase sempre indesejáveis; as condições de existência como pessoa vão se tornando precárias, mas ainda subsistem e atraem e as possibilidades de existir como sujeito abrem-se lentamente, exigindo investimentos muito empenhados e custosos.

Dois modos de subjetivação relativos à modernidade, mas que nela tem um papel singular e merecem atenção, são o modo excêntrico e o modo militante. Binswanger (1977) identifica na excêntrica um modo de ser composto pelas diversas versões da indisponibilidade. O excêntrico coloca-se na posição de recusa e “funcionar com” a “funcionar junto a” torna-se imprestável, o estilo do excêntrico reúne a singularidade identificatória a uma espécie de impessoalidade maquinal. A partir de uma surpresa inicial, o excêntrico tende a se tornar extremamente previsível.

Os elementos excluídos e tornados independentes do eu retornam como irrupções indesejáveis e incontroláveis na compulsividade dos sintomas ou num difuso e inexplicável mal-estar. Retornos como esses tiram o excêntrico de seu centro na forma de doenças desconhecidas. O adoecer é uma experiência modelar de alienação, forças e pressões alienadas da funcionalidade, dos impulsos, da liberdade e usos de si e das coisas disputam entre si o sujeito supostamente indiviso e soberano e desmantelam seu estilo. É possível pensar a psicologia como um recurso de uma estratégia a serviço da ‘reidentificação’, vale dizer, da integração dos elementos alienados em formas mais ou menos centradas e flexíveis de identidade. Ou então, ao contrário, pode-se colocar a psicologia a serviço da desidentificação, dando-lhe uma tarefa eminentemente analítica, crítica, desilusionadora e desconstrutiva.

A identidade militante sustenta-se, segundo Figueiredo (1995) em dois enquadres temporais: “o do tempo longo dos princípios e ideais e o do tempo curto das urgências” (FIGUEIREDO, 1995, p.116). O tempo longo oferece a esta identidade a resistência indestrutível do que não é deste mundo, do que se conserva inalcançável no plano da transcendência, do que se apresenta como necessário e indiscutível, enfrentando ou, melhor ainda, sem precisar enfrentar as vicissitudes do tempo. A identidade revolucionária neste plano define-se apenas pela adesão ou imersão imaginária no movimento que remete a este tempo longo com suas metas e princípios fixados de uma vez por todas.

O tempo curto da militância oferece a esta identidade a resistência de um cotidiano obturado pelas tarefas inadiáveis, pela disponibilidade ilimitada para a ação, pela diligência incessante não definida pelos resultados, mas a partir da estrita observância de um programa de ação repetitivo e extenuante. A militância é sempre o oposto do que seria uma autêntica participação política. Se entendermos o político como o campo comum e público de encontro de alteridades, que neste encontro se constituem nas e pelas diferenças gerando um processo permanente de diferenciações e mudanças, deve ficar muito clara a incompatibilidade entre política e militância quando esta se converte em modo de vida.

Quanto à discussão epistemológica relativa à inserção da modernidade no Brasil, Figueiredo (1995) afirma que a sociedade brasileira, em função das suas particularidades, é muitas vezes vista de forma deslocada no contexto dos modos de subjetivação. Tanto as ideias liberais, tecnocráticas ou românticas quanto todos os produtos de uma civilização erigida em torno da subjetividade moderna, autônoma e fundante, ficam deslocados na falta daquilo que exatamente lhes dá sustento e legitimidade: o sujeito.

Neste contexto, as atividades realizadas pelo grupo de familiares do CAPS têm como proposta servir de oposição à determinação da identidade que a loucura muitas vezes impõe ao familiar.

Considerações a respeito da entrevista e da participação no grupo de familiares como Acadêmico Bolsista da SMSDC – RJ

O grupo de familiares do CAPS Lima Barreto existe desde o início das atividades do próprio CAPS, sendo coordenado, no momento da pesquisa, por duas psicólogas, Marcia Cristina de Sousa e Talita Zandomingo Soares Ferreira. As atividades internas aconteceram no período estudado, às 4^a feiras, de 9:30 às 10:30, tendo como foco as questões trazidas pelos familiares e a organização das atividades do grupo, sejam externas, como visitas a locais da cidade, confraternizações ou para a ajuda em alguma atividade no próprio CAPS.

As psicólogas coordenadoras do grupo de familiares iniciaram este trabalho juntas em 2007, com a entrada das mesmas para o serviço CAPS, e relataram terem tido experiências anteriores e sempre terem gostado de trabalhar com grupo de familiares. Acreditando que o cuidar do familiar influi diretamente no tratamento do filho e, como relatam, o CAPS estava passando por mudanças de profissionais (alguns estavam saindo e a Assistente Social que ficava no grupo não estava conseguindo dar conta de coordena-lo e realizar várias outras tarefas), ambas aproveitaram que havia espaço e desejo de estar nesta tarefa e se ofereceram para o trabalho.

A entrada do familiar, nos dias atuais, é espontânea, sendo o convite realizado pelas psicólogas que explicam a importância deste espaço toda vez que é feito um pronto atendimento ou toda vez em que estão com o familiar (seja em uma visita domiciliar, consulta, encontro casual, etc). Porém, antes da entrada de Márcia e Talita, a inserção no grupo era “obrigatória”, principalmente para aquele familiar cujo paciente não comparecia ao serviço.

O grupo acontece com encontros semanais nos quais se trabalha com a demanda trazida pelos familiares, festa dos aniversariantes do mês, passeios, oficina de geração de renda, além da sensibilização para participação nas demais atividades do CAPS. Através da experiência no grupo e das leituras na área, percebe-se que o objetivo do grupo é ser um espaço de acolhimento do familiar, que geralmente está voltado ao cuidado do seu usuário, ajudando-o a olhar para si e a promover a emergência deste sujeito. É um espaço para o familiar colocar suas angústias, dúvidas quanto ao tratamento no CAPS e perceber a importância da sua participação no movimento de reforma psiquiátrica. Já as atividades que não ocorrem exatamente no espaço determinado do grupo semanal de familiares, são formas de integração, aproximação, estabelecimento de laços no grupo – o que favorece um espaço de confiança e facilita a atividade semanal em si, pois é percebida a necessidade de que se acredite no afeto do outro para poder falar de si, de questões muito íntimas e por vezes causadoras de grande dor. Os familiares são parceiros do CAPS e a participação implicada deles nas festas (ornamentando, trazendo salgadinhos, CDs, participando das barraquinhas, dando sugestões, pedindo doações) e nos momentos onde são convocados aumenta consideravelmente entre os participantes do grupo.

O coordenador do grupo é basicamente um facilitador: sustenta o fenômeno grupal. Por vezes, é convocado pelo grupo para tirar dúvidas sobre determinado assunto relacionado a aspectos da Reforma Psiquiátrica ou a doença em si e a forma de tratar ou resolver conflitos. O coordenador aponta também comportamentos que possam vir a gerar conflitos ou ajudar na reabilitação do usuário do CAPS.

Embora existam alguns familiares que se interessem pelas questões políticas da Saúde Mental, no geral eles ainda têm dificuldades em perceber a importância de participar das mesmas, o que pode ser explicado pela dificuldade dos profissionais do CAPS em também se inserirem nestas questões. A profissional entrevistada relata que, no presente ano, houve a participação dos familiares na Conferência Distrital de Saúde Mental e na Conferência Estadual de Saúde Mental. Além disso, procura-se semear a ideia de organizar o grupo de familiares para que haja, paralelamente ao grupo, uma associação com voz política e participação efetiva nas questões da área.

Tanto as coordenadoras do grupo quanto o autor do presente estudo, no período de participação, perceberam mudanças nos familiares ocasionadas pela participação no grupo. Através da união, o grupo pode encontrar estratégias para que alguns familiares que não conseguiam trazer seus filhos ao CAPS o fizessem. Sentimos que eles se apoiam, se preocupam uns com os outros (fazem visitas entre si quando alguém está em dificuldades, ligam uns para os outros), organizam os passeios (inclusive financeiramente, sugerindo os locais aonde querem ir), organizam as festas dos aniversariantes, demonstrando grande autonomia. Familiares que puderam colocar suas dificuldades (dependência, conflitos familiares, dificuldade de aprendizado e vontade de aprender) tiveram o suporte do grupo e muitos encontraram coragem para fazer a diferença. Quanto à uma outra função terapêutica do grupo de familiares, voltada para o próprio usuário do CAPS, observa-se que o usuário teve melhora significativa com a mudança de papel do seu familiar, diminuindo inclusive a quantidade de internações.

Considerações Finais

A entrada do familiar de forma espontânea no grupo terapêutico do CAPS é uma conquista no que diz respeito à superação de preconceitos e disposição para participar da experiência de tratamento do usuário, não sem muito trabalho de esclarecimento e sensibilização quanto à função do grupo de familiares e do serviço público de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo em que se procura envolver o familiar no tratamento do usuário, respeita-se o movimento realizado por este no sentido de aderir ou não à proposta de participação e de atuação no grupo de familiares.

Através das atividades realizadas no grupo de familiares do CAPS em questão atenta-se para a demanda dos seus membros, estimulando a participação como forma de chegar à autonomia, o que se reflete habitualmente, como visto na experiência como acadêmico bolsista, na autonomia do próprio familiar em relação à sua demanda inicial de “saber como lidar” com o sofrimento de seu familiar e, de forma mais específica, no estímulo à autonomia como prática e valor do sujeito frente às suas próprias questões.

Pelo que a profissional entrevistada nos permite entender, o espaço do grupo de familiares tem um viés pedagógico, mas sua maior contribuição está na terapêutica do sujeito, no processo de assujeitamento tratado por Figueiredo (1995), em que “o mero indivíduo se constitui como sujeito autossustentado e autossustentado, ou bem enquanto autonomia racional diante de um mundo de objetos plenamente ‘objetivos’” (FIGUEIREDO, 1995, p.38). Através do estímulo a um sentimento de integração e solidariedade, as práticas do grupo no CAPS demonstram ter como orientação o fortalecimento das identidades destes indivíduos como pertencentes a um grupo. Grupo que gira e se objetiva em torno da “doença” de seus familiares, mas que termina por fortalecer a rede social deste familiar e estimular movimentos exteriores aos seus membros. O grupo tem conseguido aumentar a implicação do familiar não apenas em atividades que dizem respeito ao tratamento exclusivo de seus familiares doentes, mas em atividades voltadas para si, para o exercício de sua liberdade positiva (autonomia, auto engendramento).

É relatada a baixa ou não-participação dos familiares deste CAPS nas políticas de saúde mental, o que pode ser visto como dificuldade em perceber a importância da mesma ou, como coloca Figueiredo (1995), uma questão para o sujeito da modernidade, o portador da total auto transparência e autodeterminação, ou seja, de uma completa autonomia, o que exige investimentos muito empenhados e custosos para qualquer um, de forma mais intensa no cotidiano de um familiar de usuário com transtorno psiquiátrico. Há familiares, porém, com uma maior participação política, que procuram se envolver mais profundamente em iniciativas como associações e assembleias.

Através do presente estudo, procurou-se explicitar e aprofundar o papel do grupo de familiares da atenção psicossocial, podendo posteriores estudos contribuir para novos pensamentos sobre o grupo e sua ressignificação, com a possibilidade de gerar novas práticas. Pretende-se, então, não fechar uma questão, mas abrir várias outras.

Referências

- ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- BINSWANGER, L. **Três formas de existência malograda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Portaria nº 224**, de 29/01/1992. Secretaria de Assistência à Saúde.
- _____. **Portaria nº 336**, de 19/02/2002. Secretaria de Assistência à Saúde.
- FIGUEIREDO, L. C. **Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos**. São Paulo: Editora Escuta, 1995.
- _____. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)**. 3 ed. São Paulo: Editora Escuta, 1996.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- _____. **Microfísica do poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- GONÇALVES, M. A. Expostos, roda e mulheres: A lógica da ambiguidade médico-higienista. In: ALMEIDA, A. M. (org.) **Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo: UFRRJ, 1987.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LUNA, S. V. de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2 ed. São Paulo: EDUC, 1999.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora. 2001.
- PEGORARO, R. F. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. In: **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. v. 77, n. 2, p. 253-273, 2009.
- ROMAGNOLI, R. C. **Trabalhando com famílias na rede de Saúde Mental: dificuldades e desafios**. Pulsional – Revista de Psicanálise. n. 180, p.71-80, 2004.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Revista da escola de enfermagem - USP, v. 42, n. 1, p. 127-134. 2008.

Pareceristas

Alessandra Daflon dos Santos (CRP 05/26697)

Alexandre dos Santos Costa (CRP 05/13009)

Ariadna Patrícia Estevez Alvarez (CRP 05/34967)

Carla Silva Barbosa (CRP 05/29635)

Kátia Faria de Aguiar (CRP 05/7618)

Helena Fialho de Carvalho Torres (CRP 05/34864)

José Novaes (CRP 05/980)

Maria Paula Cerqueira Gomes (CRP 05/14485)

Marisa Lopes da Rocha (CRP 05/3758)

Renata Dumas Belgues (CRP 05/30245)

XIII Plenário do CRP-RJ

- Ágnes Cristina da Silva Pala (CRP 05/32409) - Conselheira efetiva
- Alexandre Ferreira do Nascimento (CRP 05/33108) - Conselheiro efetivo
- Alexandre Trzan Ávila (CRP 05/35809) - Conselheiro efetivo
- Ana Carla Souza Silveira da Silva (CRP 05/18427) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 26/04/13
- Analia Martins de Sousa (CRP 05/31168) - Conselheira efetiva
- André Souza Martins (CRP 05/33917) - Conselheiro suplente
- Carla Silva Barbosa (CRP 05/29635) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 22/03/13
- Carla Boy de Siqueira (CRP 05/26659) - Conselheira suplente
- Claudete Francisco de Sousa (CRP 05/35806) - Conselheira efetiva
- Cristiane Knijnik (CRP 05/39275) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 22/03/13
- Cristina Cláudia Queiroga Rocha (CRP 05/6832) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 14/03/11
- Eliana Olinda Alves (CRP 05/24612) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 29/01/11
- Elizabeth Pereira Paiva (CRP 05/4116) - Conselheira efetiva
- Fátima Siqueira Pessanha (CRP 05/9138) - Conselheira efetiva
- Fernanda Mendes Lages Ribeiro (CRP 05/31251) - Conselheira suplente
- Giovanna Marafon (CRP 05/30781) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 24/05/13
- Helena Fialho de Carvalho Torres (CRP 05/34864) - Conselheira efetiva
- Lia Toyoko Yamada (CRP 05/30850) - Conselheira efetiva
- Lindomar Expedito Silva Darós (CRP 05/20112) - Conselheiro efetivo de 25/09/10 a 22/03/13
- Luciana Vanzan da Silva (CRP 05/35832) - Conselheira suplente
- Lygia Santa Maria Ayres (CRP 05/1832) - Conselheira efetiva
- Marco Aurelio de Rezende (CRP 05/27536) - Conselheiro efetivo
- Maria Helena do Rego Monteiro Abreu (CRP 05/24180) - Conselheira efetiva
- Paula Rego Monteiro Vieira (CRP 05/34842) - Conselheira suplente
- Samira Younes Ibrahim (CRP 05/7923) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 13/08/11
- Saulo Oliveira dos Santos (CRP 05/31988) - Conselheiro efetivo
- Vanessa Siqueira Manhães (CRP 05/38340) - Conselheira efetiva de 25/09/10 a 13/07/12
- Vilma Diuana de Castro (CRP 05/7281) - Conselheira efetiva
- Vivian de Almeida Fraga (CRP 05/30376) - Conselheira efetiva
- Wilma Fernandes Mascarenhas (CRP 05/27822) - Conselheira suplente

Rio de Janeiro
2012



Conselho Regional de Psicologia
do Rio de Janeiro