



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PATRÍCIA MENDES LEMOS

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CONTEXTO CEARENSE: o olhar do supervisor clínico institucional**

Fortaleza - CE

2012

PATRÍCIA MENDES LEMOS

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
CONTEXTO CEARENSE: o olhar do supervisor clínico institucional

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. José Célio Freire

Fortaleza - CE

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

L578c Lemos, Patrícia Mendes.
Considerações éticas sobre o centro de atenção psicossocial no contexto cearense: o olhar do supervisor clínico institucional / Patrícia Mendes Lemos.
184 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Psicologia.
Orientação: Prof. Dr. José Célio Freire.

1.Saúde mental – Ceará. 2.Doenças mentais – Aspectos morais e éticos – Ceará. 3.Ética. 4.Outro (Filosofia). 5.Centros de atenção psicossocial. I. Título.

CDD 362.22098131

PATRÍCIA MENDES LEMOS

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
CONTEXTO CEARENSE: o olhar do supervisor clínico institucional

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Célio Freire
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Stella Brandão Goulart
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Ao outro que virá:
Carrego a mente agitada de ideias
O ventre pleno de vida
A alma arrebatada de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao curso mesmo da vida (espírito do tempo), pela oportunidade de viver a conquista de mais um entre tantos outros sonhos.

A Bruno, o amor concretizado na renovação da vida, pelo apoio e admiração a mim devotados.

A Jefferson, Rose, Jennifer e Rômulo, pelo ensinamento da coragem, dos valores éticos mais fundamentais e do amor que me dita o caminho.

Aos amigos, irmãos de alma, fontes de luz, dádiva e sustento.

Ao Professor José Célio Freire, por me desafiar a compreender a alteridade dos textos e pela conquista da liberdade que é saber sobre algo.

A Silvia e Rosa, por ajudarem a compor os elementos de feminilidade e de sensibilidade presentes neste processo e pela amizade que permanece.

A Helder Hamilton, por comportar em si tamanhas gentileza e amabilidade.

Aos colegas de turma, companheiros em simplicidade e sabedoria, pelo carinho dos momentos inesquecíveis.

Ao amigo e mestre Francisco Silva Cavalcante Júnior, por ensinar com a compaixão de quem jamais teme amar a diferença.

Ao Prof. Eugênio Moura Campos, que me iniciou nos caminhos da psicopatologia e da atenção psicossocial.

Aos desbravadores do campo da Saúde Mental Cearense, pioneiros em conhecimento, ousadia e capacidade de transformação social, Dr. Nilson Moura Fé (em memória) e Dr. Antônio Weimar Gomes dos Santos.

Aos professores Aluísio Lima e Stella Goulart, pela generosidade do saber atrelado à simplicidade.

Aos supervisores, por serem capazes de enxergar pelos olhos do outro.

Aos bons profissionais da Saúde Mental, movidos pela paixão vocacionada, Dra. Rita Moura, Herbene Pessoa, Gabriela Noronha, Marcilene Silva, Dr. João Bosco Rocha.

A Tais Bleicher, pela contribuição significativa.

A CAPES, por viabilizar os recursos necessários.

Aos que sofrem, por terem posto em xeque minhas certezas, sem o que não me seriam revelados alguns dos grandes segredos da existência humana.

A saudade, sentimento único, cuja nobreza eterniza a felicidade de agora.

“Um dia, muito tempo antes de muitos deuses terem nascido, despertei de um sono profundo e notei que todas as minhas máscaras tinham sido roubadas [...] corri sem máscara pelas ruas cheias de gente gritando: ‘Ladrões, ladrões, malditos ladrões’! [...] E, como num transe, gritei: ‘Benditos, benditos os ladrões que roubaram minhas máscaras’! Assim me tornei louco. E encontrei tanto liberdade como segurança em minha loucura: a liberdade da solidão e a segurança de não ser compreendido, pois aquele que nos compreende escraviza alguma coisa em nós” (Gibran Khalil Gibran).

RESUMO

LEMOS, P. M. **Considerações Éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no Contexto Cearense: o olhar do supervisor clínico institucional**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

A pesquisa versa sobre o sofrimento e o adoecimento psíquicos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os seus desdobramentos éticos. Em meio às demandas e produções subjetivas de um contexto social entendido como tardomoderno, às quais nomeamos como *demandas tardomodernas em Saúde Mental*, este dispositivo assume a responsabilidade pela compreensão, acolhimento e tratamento de um sujeito historicamente excluído por sua relação com a loucura, constituindo-se como o lugar por excelência do cuidado do *outro-alteridade*. Parte-se dos seguintes pressupostos: 1) existe uma ética que subsidia práticas específicas de Saúde Mental desenvolvidas no CAPS; 2) as demandas tardomodernas em Saúde Mental são constituídas em sua relação com o contexto histórico-social e; 3) este contexto produz modos específicos de sofrimento e adoecimento psíquicos. Diante disto, logrou-se a compreensão da dimensão ética nos CAPS, chegando ao questionamento primordial: Qual a relação entre a dimensão ética presente nos CAPS e as demandas tardomodernas em Saúde Mental? No decorrer do contato com a alteridade dos textos dos autores que concederam sustentação teórica ao estudo, assim como com o elemento *diferença* presente nos discursos/textos dos entrevistados, pôde-se constatar que a dimensão ética não seria apreendida, a não ser na singularidade e na complexidade de sua relação com as demandas em questão. Em decorrência disto, adotou-se o objetivo geral de: compreender a dimensão ética no Centro de Atenção Psicossocial em sua relação com as demandas tardomodernas em Saúde Mental. Definiu-se, ainda, como objetivos específicos: caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental a partir dos horizontes apresentados pelos supervisores de CAPS e compreender a dimensão ética em sua relação com o CAPS no âmbito da prática de supervisão clínico institucional. Ante a aspiração de captar dimensões compreensivas acerca da temática, elegeu-se a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer como possibilidade metodológica, por meio do processo de fusão dos diferentes horizontes apresentados, bem como dos elementos de alteridade e historicidade velados nos textos/discursos. A escolha dos supervisores de CAPS como possibilidade de acesso a práxis e às reflexões que permeiam a realidade destes dispositivos deveu-se ao fato de estes sujeitos ocuparem uma posição externa

(pois não atuam diretamente no contato com os usuários através de condutas terapêuticas, diferentemente dos técnicos), assim como por sua função prioritária de questionamento e intervenção, a qual, em última instância, visa ao cumprimento dos princípios ético-políticos que os CAPS propugnam em consonância com os objetivos da Reforma da Saúde Mental. Foram então realizadas sete entrevistas semi-estruturadas, que serviram ao exercício interpretativo de cunho filosófico. As questões suscitadas e os elementos dados à nossa compreensão constituíram um tripé de análise, cujas resultantes foram condensadas em temáticas específicas, sendo estas reveladoras dos objetivos almejados em relação à dimensão ética subjacente ao CAPS. Tais temáticas configuraram: os aspectos deontológicos e os limites éticos do sistema de Saúde Mental, as demandas tardomodernas e a exigência ética do outro e, o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial. Perpassando uma pertinente discussão sobre o lugar do sofrimento e do adoecimento psíquicos nos CAPS, sua relação inseparável com o contexto histórico-social e a complexidade de aspectos que envolvem dimensões éticas, chegou-se a apontar a radicalidade ética levinasiana como parâmetro, a partir do qual as práticas de Saúde Mental pudessem ser repensadas e reinventadas, para o alcance de respostas mais pertinentes e consonantes com a grandeza do outro-alteridade, cuja presença impõe-se de modo irrecusável aos atores participantes de um processo de mudança em permanente construção.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial. Ética. Alteridade. Demandas tardomodernas. Supervisão clínico institucional.

ABSTRACT

LEMOS, P. M. **Ethical Considerations on the Center for Psychosocial Care in the Context of Ceará: the look of the clinical-institutional supervisor**. 2012. Thesis (Master) – Psychology Postgraduate Program, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

The research deals with the suffering and mental illness at the Center for Psychosocial Care (CAPS) and its ethical ramifications. Amid the demands and subjective productions of a social context understood as late-modern, which we named as a late-modern demands in Mental Health, this device takes responsibility for understanding, care and treatment of a subject historically excluded by its relationship with madness, establishing itself as the place par excellence for the care of the other-otherness. We set the following assumptions: 1) there is an ethic that subsidizes specific practices of Mental Health developed by CAPS, 2) the demands of late-modern mental health are made in relation to the socio-historical context and 3) this context produces specific ways of distress and mental illness. Given this, we were encouraged to achieve an understanding of the ethical dimension in CAPS, reaching the primary question: What is the relationship between the ethical dimension present in the CAPS and the demands of late-modern mental health? During the contact with the otherness of the texts of authors who have given theoretical support to the study as well as with the difference element seen in the discourses / texts of the respondents, we found that the ethical dimension could not be understood, unless in the uniqueness and complexity of its relationship with the demands. As a result, we adopt the general goal: to understand the ethical dimension in Psychosocial Care Center on its relationship with the late-modern demands in Mental Health. And we also take specific objectives: to characterize the late-modern demands in Mental Health from the horizons presented by CAPS supervisors and understand the ethical dimension in their relationship with the CAPS in the practice of clinical-institutional supervision. Faced with the aspiration to capture understanding dimensions about the theme, we chose the philosophical hermeneutics of Hans-Georg Gadamer as a methodological possibility, through the process of fusion of different horizons presented, as well as the elements of otherness and history hidden in the texts / discourses. The choice of supervisors of CAPS, as the possibility to access the practice and reflection that pervade the reality of these devices, due to the fact that these subjects occupy an external position (they do not act directly in contact with users through therapeutic unlike the technical), as well as its primary

function of inquiry and intervention, which ultimately aims to comply with the ethical-political principles that the CAPS advocate in line with the objectives of the Mental Health Reform. We then conducted seven semi-structured interviews, which served for the interpretive philosophical exercise. The issues raised and the elements to our understanding constitute a tripod of analysis, whose result was condensed into specific themes, which are revealing of the objectives pursued in relation to the ethical dimension of the CAPS. These themes shaped: aspects of ethics and the ethical limits of the system of Mental Health, the late-modern demands and ethical requirement of the other, and the place of ethics in the Psychosocial Care Center. Running along a pertinent discussion on the place of suffering and mental illness in CAPS, its inseparable relationship with the socio-historical context and the complexity of issues that involve ethical dimensions, we point out the radical Levinasian ethics as a parameter, from which the practices of mental health could be rethought and reinvented in order to reach the most relevant answers and consonant with the magnitude of the other-alterity, whose presence imposes so irresistible to the actors who participate in a process of change in permanent construction.

Keywords: Psychosocial Care Center. Ethics. Late-modern demands. Clinical-institutional supervision.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COMEPE/UFC – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
EFSVS – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará
LHUAS – Laboratório de Humanização da Atenção à Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NUSAM/CE – Núcleo de Atenção à Saúde Mental do Ceará
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEH/CE – Política Estadual de Humanização do Ceará
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa Saúde da Família
RAISM – Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
SESA/CE – Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SSM – Sistema de Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UFC – Universidade Federal do Ceará
UQD – Unidade de Dependência Química
UVA – Universidade do Vale do Acaraú

SUMÁRIO

O (PRE)TEXTO DE UMA INTRODUÇÃO: SOBRE AS INSCRIÇÕES DO SOFRIMENTO E DA LOUCURA EM NÓS	13
1. REFORMA DA SAÚDE MENTAL CEARENSE EM TEMPOS TARDOMODERNOS	20
1.1. Experiências exitosas no território: movimento social e cidadania da pessoa com transtorno mental	35
2. PSICOPATOLOGIA, SOFRIMENTO E DOR: O DELINEAMENTO DAS DEMANDAS TARDOMODERNAS EM SAÚDE MENTAL	45
3. PREMÊNIA ÉTICA EM SAÚDE MENTAL: O LUGAR DO SOFRIMENTO-ALTERIDADE NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	64
3.1. Exigência ética ante o sofrimento do outro	78
3.2. Supervisão no Centro de Atenção Psicossocial: por uma ética do não-saber	81
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS: POSSIBILIDADE HERMENÊUTICA NO DESVELAMENTO DE HORIZONTES ÉTICOS	88
4.1. Por quê os supervisores? Da articulação com o campo à coleta de dados.....	99
4.2. Princípios éticos na investigação	105
5. FUNDINDO HORIZONTES: SOBRE O PROCESSO DE ANÁLISE DAS DIMENSÕES ÉTICAS.....	106
5.1. “Jaleco para quê?”: da deontologia aos limites éticos do sistema de Saúde Mental.....	107
5.2. “O homem antropomórfico”: demandas tardomodernas e a exigência ética do outro	125
5.2.1. Sobre os modos de organização das queixas apresentadas pelos usuários.....	126
5.2.2. O despontar das demandas tardomodernas em Saúde Mental e seus desdobramentos éticos	141
5.3. “Apontando estrelas para não des-encantar”: o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial	156
6. À VISTA DE UM HORIZONTE: A RADICALIDADE ÉTICA COMO PARÂMETRO.....	166
REFERÊNCIAS	170
APÊNDICES	179
ANEXOS	183

O (PRE)TEXTO DE UMA INTRODUÇÃO: SOBRE AS INSCRIÇÕES DO SOFRIMENTO E DA LOUCURA EM NÓS

“Onde não estou, as palavras me acham”
(Manoel de Barros).

Certamente não constitui uma tarefa fácil essa de contar uma história, ainda mais quando se trata da história de nós mesmos. Com o auxílio da memória, porém – especialmente a memória afetiva, a qual viabiliza um mergulho profundo nas experiências pretéritas, reavivando-as em tudo aquilo que possuem de significativo – passa a ser menos árdua a tarefa, além de muito mais prazerosa.

Não sabemos precisar em que momento o sofrimento e a loucura, sejam eles sinônimos ou não, passaram a nos provocar grande encantamento. Possivelmente cedo, tão cedo que não poderíamos rememorar. Precoce como nossos primeiros contatos com a alteridade, com a dimensão humana dada nas relações, especialmente na instalação da ética, elemento a partir do qual nos fundamos subjetivamente.

Todavia, não seria viável contar a história deste ponto primevo. Começamos da metade do caminho até chegar ao momento atual, refazendo, em poucas palavras, os últimos quinze anos de nossas experiências de vida e de formação.

A década de 1990 foi um período de intensas transformações, no sentido estrito do termo. Enquanto o mundo passava por reviravoltas na política, nas esferas privada e social, no desenvolvimento de uma virtualidade paralela que impunha um verdadeiro sobressalto sobre a existência humana, seus modos de produção de discursos e toda a sua comunicabilidade; no momento ápice de nossa juventude, aos dezessete anos, adentrávamos o campus da Universidade de Fortaleza, no ano de 1996. A Psicologia, em fase de autoquestionamento e diálogo com as demais ciências, imprimia ênfase na busca por uma epistemologia segura e ao mesmo tempo deparava-se inevitavelmente com as próprias limitações, traduzindo-se em sua multiplicidade e encontrando nada mais nada menos que identidades e lugares distintos, sendo melhor traduzida pela pluralidade do termo *psicologias*, dada sua variabilidade concreta.

Em meio a entraves metodológicos, direcionamento de um currículo de ensino voltado prioritariamente para a clínica psicanalítica, abordagens distintas e posturas radicais quando de nosso processo de formação, tratamos de nos direcionar prontamente para o lado desafiador de realizar ciência e pesquisa no campo dialógico entre a Educação e a Psicologia Humanista, sob a orientação de um grande mestre, que nos fez enxergar os próprios potenciais e habilidades acadêmicas, na experiência como bolsistas do então Programa de Iniciação

Científica (PIBIC) da mesma universidade. Conhecemos, também, em seguida, o lado aplicado da Psicologia no exercício da monitoria em psicopatologia psiquiátrica, ensaiando nossos primeiros passos no campo da Saúde Mental, donde manifestamos nosso interesse e fascínio pelos mistérios da loucura e do sofrimento humanos.

Em um ano e meio de estágio em psicoterapia humanista, sob supervisão, percebemos a importância do embasamento filosófico e dos questionamentos constantes de nossas condutas, na busca por um manejo clínico adequado, sem perder de vista a importância de conduzir o outro “na dor e delícia de ser o que é”¹. Pudemos precocemente confirmar nosso desejo-vocação-destino de tornar-nos psicoterapeutas e atuarmos no campo da Saúde, adotando a preferência (absurda para alguns) pela dor humana e todas as suas repercussões, pelo impacto do estranhamento sentido ante a revelação que se queria apontar no rosto de toda alteridade. O trabalho monográfico conclusivo da graduação, intitulado *Os significados da versão de sentido como instrumento de registro clínico na formação do terapeuta iniciante* expressava nosso reconhecimento à importância da supervisão nos espaços de formação, bem como nossos embrionários apontamentos sobre uma clínica psicoterápica *para além da pessoa*², com a inclusão de aspectos sociais, culturais e históricos na tentativa de compreensão da patologia e do sofrimento psíquico.

A partir de tantos encontros, que nos afetaram e transformaram, durante e posteriormente à nossa formação, o olhar social e as propostas de uma clínica ampliada estiveram se impondo insistentemente no processo de nossas experiências, especialmente em nossa atuação profissional no campo da clínica e da Saúde Mental. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo substitutivo do modelo asilar no tratamento da loucura, com o advento do processo histórico da Reforma da Saúde Mental, foi e tem sido, sem sombra de dúvida, em meio aos seus entraves e avanços, nossa grande escola.

A atuação em três CAPS distintos, no interior do estado do Ceará, levou-nos a constatar a especificidade de cada município, as condições de vida de seus habitantes, o acesso aos recursos locais e o contexto sócio-econômico como fatores relevantes na configuração e nos modos de expressão do sofrimento e do adoecimento mental. Dois destes

¹ Trecho da letra da música “Dom de iludir” de Caetano Veloso (1986). A expressão proferida em sala de aula nas disciplinas de nosso professor-supervisor fazia alusão à filosofia existencialista, uma das bases teóricas da visão de mundo sustentada pelas psicologias humanistas e, neste texto introdutório está descrita muito menos como uma referência teórica do que como uma homenagem aos mestres que foram presenças significativas em nossos processos de aprendizagem.

² Referência ao livro *Más Allá de la Persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana* (Moreira, 2001), em que a autora transcende a noção de pessoa proposta por Carl Rogers e lança os subsídios teóricos no entendimento de uma subjetividade do homem em sua mútua constituição com o mundo, considerando a sua historicidade, cultura e contexto social na etiologia do sofrimento [psico]patológico.

serviços estavam localizados na região norte do estado, sendo um no litoral e outro na região serrana. Ambos apresentavam características distintas, requerendo, portanto, intervenções específicas e criativas no atendimento à sua clientela. No primeiro, uma população numerosa, com índices maiores de escolaridade e melhores condições de subsistência por sua posição litorânea privilegiada, tendo como contraponto a instauração do turismo e da exploração sexual e comercial pelo mesmo motivo. O segundo, de pequeno porte, com grande prevalência de alcoolismo e características de um machismo arcaico que fomentava a violência doméstica, cuja gestão de uma política nepotista e com características coronelistas retrógradas determinava e limitava o desenvolvimento local (apesar da manutenção da limpeza pública da cidade, da preservação do patrimônio histórico e do clima ameno quererem ocultar ideologicamente tais práticas tão corriqueiras). Uma população que pouco exercia sua liberdade e desconhecia qualquer tipo de autonomia, contentando-se em se aprisionar nas condições de opressão e apatia costumeiras. Por último, um CAPS da região nordeste do Ceará, com considerável incidência de transtornos psicóticos, e usuários que dispunham de uma maior acessibilidade aos serviços municipais, cuja proximidade da capital, propiciava também o desenvolvimento de problemas comuns aos grandes centros, como a crescente violência e uso abusivo de drogas entre os jovens, assim como outros fenômenos sociais precipitados pelos variados comportamentos de risco apresentados pela população. Cada contexto específico encontrado nas diferentes regiões chegava até nós refletindo demandas singulares que nos provocavam a angústia de sermos desafiados constantemente à invenção de respostas mais coerentes com o sofrer do outro.

Entre outras experiências de contato com o sofrimento humano, foi no encontro com a Saúde Mental que realizamos e temos realizado nossos maiores feitos, assim os consideramos, por abrangerem desde o acompanhamento clínico dos usuários que demandavam cuidados psicoterapêuticos, seja em grupos ou individualmente, até a criação de estratégias novas e prementes, como as idas e vindas constantes à comunidade no desafio de constituição de uma *clínica extra-CAPS, além-instituição*, invariavelmente atrelada ao exercício analítico-crítico da reflexão sobre nossos fazeres, em muito possibilitados pela prática de supervisão.

Cabe-nos elucidar que, dentre as nossas vivências em CAPS, somente um destes serviços nos proporcionou o desenvolvimento de um trabalho sob o olhar de um supervisor clínico institucional. De modo comparativo, identificamos que nosso trabalho neste CAPS, também pelo fato de termos uma equipe qualificada e voltada pra a ação conjunta, estava atrelado à reflexão permanente de nossos fazeres, o que impactava e direcionava

favoravelmente na elaboração de projetos pertinentes e na reorientação de nossas condutas. Disto já podíamos supor a relevância do papel da supervisão. Sobre os demais serviços onde também estivemos inseridos, discriminamos duas situações vividas: em um deles a existência de uma equipe proponente, porém marcada pela repetição e mesmice de sua práxis previsível; no outro, a prevalência de uma equipe dividida e em conflito, onde alguns técnicos procuravam o avanço das ações em muitos sentidos, enquanto outros pareciam não compreender os princípios da Reforma da Saúde Mental e os propósitos do dispositivo CAPS em sua relação com estes, e todos oprimidos pelo exercício equivocado de uma política/gestão ineficiente, completamente alheia à complexidade do campo da Saúde Mental.

A partir de nossa inserção nos CAPS e as diferenças de ritmo, de intenção, de atuação entre estes, alcançamos o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre o trabalho interdisciplinar, a lida com os modos de expressão da subjetividade e identificação de aspectos distintos operando na constituição e na evolução das psicopatologias.

Essa visão estendida dos fenômenos subjetivos e do sistema de atenção à Saúde Mental como campo de conhecimento e atuação, bem como política pública, permitiu-nos realizar uma reflexão do todo em sua complexidade, entendendo-o como uma teia ou rede de fatores multicausais, os quais nem sempre estavam explícitos, mas na maioria vezes velados, assumindo a condição de impedimento, resultando, por conseguinte, na estagnação e inadequação das práticas. Esses fatores ocultos exigiam o próprio desvelamento para lograr a criação de ações integradas, eficazes e promotoras de mudanças significativas.

Somado ao campo experiencial, a permanente vinculação à produção acadêmica, a condição de pesquisadores, a publicação de trabalhos na área que versavam sobre dispositivos e instrumentos de intervenção contemporâneos, as participações no meio científico, realização de seminários, mesas redondas e conferências com temas acerca das questões emergentes na área de Saúde Mental e a especialização em áreas relacionadas à Saúde e à subjetividade (como a Neuropsicologia e a Educação em Saúde), constituíram aspectos de uma formação tríade teórico-prática-investigativa que cada vez mais nos habilitavam e nos instigavam para o exercício como profissional da Saúde Mental.

Considerando este tempo de experiências diversificadas - que parece tão ínfimo ante o enorme desafio da compreensão da loucura e dos modos de subjetivação humanas - fazemos um adendo para a seguinte constatação: os transtornos mentais encontrados na atualidade não pareciam ter mais a mesma configuração daqueles de alguns anos ou décadas atrás. Os primeiros confundiam-se em meio a todas as síndromes e sintomatologias mistas, que

constituíam as chamadas *queixas difusas* e desafiavam nós profissionais a questionarmos os nossos saberes e posturas, bem como amergulharmos num novo campo de compreensão que dever-se-ia delinear por sobre a etiologia multicausal da psicopatologia. Esta que passava a adquirir na sociedade contemporânea o alicerce e as bases de suas novas configurações. Surgia então a necessidade de se compreender, portanto, sem melindres, a realidade dos novos modos de sofrer e das demandas socialmente construídas, que atribuíam ao sofrimento humano características mutáveis e as marcas inquestionáveis de uma sociedade ocidental marcadamente hiperindividualista, narcisista e consumista, que impunha aos sujeitos a impossibilidade de sofrer, acarretando, paradoxalmente, um sofrimento ainda maior, caracterizado por sua inscrição corpórea através da dor, esta que torna inviável a criação de espaços de simbolização e mediação.

Paralelo a esta constatação que se vinha desenhando em nossas pretensões investigativas, consideramos que nossa experiência em Saúde Mental, especialmente os conflitos, as limitações, os desafios vividos em nosso processo de *des-ilusão* perante muitos aspectos identificados em diferentes situações, conduziram-nos a questionamentos sobre os pontos obscuros, do que parecia desprovido de sentido e incoerente com aquilo o que a Saúde Mental se propunha e que os usuários e familiares demandavam dos serviços. A inquietação e a insatisfação persistentes fizeram-nos pôr abaixo nossas quase certezas e modos de atuação, obrigando-nos a uma revisão profunda, que acreditávamos ter de ser extensiva a todos os atores deste campo. No entanto, não entendíamos ao certo, de que se tratava esta revisão, o que exatamente estávamos desejosos por desvelar. Foi quando, ante a possibilidade de cursar o mestrado acadêmico, veio-nos a revelação: todo este processo de revisão perpassava a questão da ética. Desde a postura dos profissionais e gestores no campo até a leitura da complexidade dos fatores constituintes das demandas dos usuários e familiares, tudo, de algum modo, esbarrava num questionamento de ordem ética. Apenas a dimensão ética poderia aproximar-se da possibilidade de desvelamento dos pontos obscuros que nos paralisavam. Isto por ser a ética o elemento presente em toda e qualquer ação e intenção humanas, que invariavelmente subjaz as práticas profissionais e relacionais e permeia os princípios adotados por cada campo de atuação e de saber, em consonância com os contextos sociais e culturais vigentes em cada época histórica. Não sabíamos quase nada sobre as respostas, a não ser o que nos apontava a própria intuição e até duidávamos sobre a possibilidade de acesso a dimensão ética por meio de uma investigação acadêmica, mas estávamos ávidos pela

elaboração das perguntas e por tentar dar assento ao nosso desassossego (que certamente não se restringia a nós, mas se estendia a muitos outros).

O mestrado acadêmico em Psicologia, ao qual nos vinculamos como bolsistas pelo programa de desenvolvimento social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-DS) constituiu a melhor maneira de aquietarmos nossas angústias e nos munirmos novamente de coragem e conhecimento para o enfrentamento de profundos e vindouros desafios. Na busca por compreender a relação entre as demandas tardomodernas e a dimensão ética adotamos os objetivos de caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental a partir dos horizontes apresentados pelos supervisores de CAPS e compreender a dimensão ética em sua relação com o CAPS no âmbito da prática de supervisão. Assim, neste texto dissertativo, esboçamos um primeiro capítulo sobre *A reforma da Saúde Mental cearense em tempos tardomodernos*, onde apontamos a relação necessária entre o sofrimento e seu contexto histórico-social, e principalmente, refazemos um percurso sobre o movimento de reforma no território, apresentando experiências de referência neste campo que nos foram inspiradoras.

O segundo capítulo, *Psicopatologia, sofrimento e dor: o delineamento das demandas tardomodernas no Centro de Atenção Psicossocial*, por sua vez, ensaiou a compreensão das múltiplas concepções que circundam a ideia de sofrimento humano, por vezes nomeadas dor, por outras vezes ditas patologias, não tentando pôr fim a esta discussão ou respondê-la, mas assumindo um posicionamento seguro ante a impossibilidade de se pensar a etiologia e constituição do adoecimento ou do sofrimento psíquicos ausentes de sua implicação com os fatores sociais, culturais e históricos.

No terceiro capítulo, intitulado *Premência ética em Saúde Mental: o lugar do sofrimento-alteridade no Centro de Atenção Psicossocial*, fomos levados a elaborar a ideia de uma ética que pudesse penetrar os diversos pontos obscuros da Saúde Mental, especificamente no que concerne a atuação do CAPS. Para tanto, aproximamo-nos da filosofia levinasiana, fundamentalmente, para enfatizar a primazia da alteridade e a sua exigência por uma escuta/resposta eminentemente ética.

Os textos/discursos dos supervisores e dos autores constituíram a própria voz da alteridade e, quem sabe até, a revelação parcial de seu rosto e de sua intimação ética a nós direcionada. A dificuldade do exercício hermenêutico representou possibilidade de acesso à dimensão ética, tal como almejávamos desde o princípio. É certo que o outro não se pode

revelar inteiramente, mas os *rastros de sua passagem*³ já nos iluminaram enormemente em nosso pensar e em nossa postura ante o seu sofrimento.

A inferência da radicalidade ética levinasiana como parâmetro em nossas considerações finais reportou-nos a uma ordem severa em suas exigências, porém em estreita consonância com o campo da Saúde Mental, cujos caminhos são tortuosos, repletos de obstruções, escuridão e mistério. Em suma, de grande responsabilidade perante a realidade do outro.

De outro modo, se não podemos alcançar a totalidade da alteridade é porque, sendo ela mesma infinita, não se poderia comportar em nenhum campo de saber ou domínio disciplinar. De certo, podemos dizer, ao final da jornada, que fomos escolhidos pela alteridade-loucura, e não o contrário. E, ainda, que a complexidade do sofrimento humano desperta em nós tamanho encantamento que a possibilidade de sua revelação chega-nos através do vislumbrar de um horizonte de beleza incomensurável. Sobre o desassossego de outrora, encontramos-nos momentaneamente apaziguados.

³ Termo utilizado por Freire (2002a) em sua compreensão da filosofia ética levinasiana.

1 REFORMA DA SAÚDE MENTAL CEARENSE EM TEMPOS TARDOMODERNOS

“A exclusão do outro, em si, é uma negação de si mesmo (...) a negação da parte dificulta o reconhecimento do todo” (Nilson de Moura Fé).

Principiamos nosso texto focando a Reforma da Saúde Mental Cearense com a intenção de conceder a este movimento um recorte através do qual possamos compreendê-lo em sua especificidade territorial, embora tenhamos ciência de sua inserção no contexto nacional da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para o qual muitos autores se já se direcionaram competentemente em suas obras (AMARANTE, 1994, 1996; AMARANTE & GULJOR, 2005; MERHY, 1997, 2007; TUNDIS & COSTA, 1994; STOCKINGER, 2007; GOULART, 2006; HIRDES, 2009). Para tal objetivo, situamos, neste capítulo introdutório, o conceito de subjetividade contemporânea em um curto diálogo com a dimensão ética – sobre a qual nos aprofundaremos no terceiro capítulo. Outrossim, discorreremos acerca do contexto sócio-histórico da contemporaneidade, entendido por nós como Alta Modernidade ou Modernidade tardia, a partir das ideias do sociólogo e filósofo social britânico Anthony Giddens (1993, 2002).

As subjetividades contemporâneas constituem um aspecto fundamental no estudo de diversas disciplinas, como a Psicologia Social, a Psicologia Clínica, a Filosofia, a Sociologia, entre outras. A pluralidade do termo *subjetividade* refere-se à diversidade de modos de ser e agir e conviver das pessoas em sua relação com o mundo, pautados numa lógica contextualizada histórica e socialmente, bem como às diferentes abordagens - de bases epistemológicas distintas - que se propõem a pensar a dimensão subjetiva (FIGUEIREDO, 1995, 2007).

A Psicologia, como disciplina imprescindível às práticas de Saúde Mental (SM), tem requerido, nos contextos prático e acadêmico, cada vez mais um conhecimento aprofundado do psiquismo humano e a criação e implantação de técnicas interventivas capazes de responder às demandas subjetivas encontradas neste campo (LEMOS & CAVALCANTE JÚNIOR, 2009). Considerando que as demandas no âmbito da Saúde Mental estão permeadas pela experiência de sofrimento e frequentemente referem-se a quadros psicológicos considerados disfuncionais ou psicopatológicos, torna-se relevante enfatizar os aspectos culturais e sociais na constituição das mesmas, visto que o que leva um usuário a buscar

auxílio na lida com sua realidade subjetiva não pode ser pensado separadamente de sua inserção no mundo social contemporâneo (MOREIRA, 2001). Para alcançar tal compreensão, havemos de refletir sobre a configuração dos modos de constituição das subjetividades atuais.

Ferreira Neto (2004b) situa a subjetividade como um acontecimento histórico, distanciando-se das concepções essencialistas tradicionais dos saberes *psi*, para afinar-se com concepções mais construtivistas, as quais incorporam movimentos da histórica e da vida social na constituição dos processos de formação da subjetividade. Pautando-se nos estudos de Michel Foucault, entende o campo histórico como condição de possibilidade do sujeito desejante, a partir da análise do modo como os sujeitos foram levados historicamente a pensar sobre si mesmos. Tomando o eixo da ideia de subjetivação como processo, o autor realiza uma crítica sobre a ênfase disciplinar e normatizadora que opera através de modelos psíquicos identitários das *práticas psi*⁴ da atualidade; no apontamento de uma ética comprometida com um processo de mudança, de invenção de novos modos de subjetivação individuais e coletivos pela via da diferença.

Para Ferreira Neto (2004b) Foucault denota a implicação ética por meio da prática de um trabalho crítico, o qual engendra no pensar diferente, no desprender-se de si mesmo, no *descaminho daquele que conhece*, constituindo a atitude filosófica necessária como o trabalho crítico do pensamento sobre si próprio, na tentativa não de legitimar o que já se sabe, mas de pensar diferentemente. Nesse sentido, há que se considerar a diferença como elemento fundamental.

Em tal perspectiva, a *problematização*⁵ da subjetividade contemporânea refere-se a sua invenção em vez da mera reprodução, ao compromisso do pensamento com a formulação de novas questões para a atualidade. Marcada pela história e pela vida social, a subjetividade insere-se no campo da historicidade singular e daí decorre a possibilidade da resistência à concepção naturalista e a-histórica do psiquismo “como invariável própria de uma natureza humana desde sempre” (p. 51). A esse respeito Ferreira Neto (2004b) afirma:

A aceleração das mudanças sociais tem provocado processos de desestabilização subjetiva, tornando mais evidente que a subjetividade não pode ser mais pensada exclusivamente em termos interpessoais e no âmbito do privado. Vivemos em um tempo em que as fronteiras das instituições sociais e as do próprio indivíduo são

⁴O autor faz menção à noção de *práticas de si* a partir das ideias de Michel Foucault (FERREIRA NETO, 2004b), cuja definição constitui dispositivos de fabricação de subjetividades relacionados ao processo de constituição histórica e à instituição de poderes e saberes disciplinares e normatizadores sobre a subjetividade e sua relação com o desejo, a moral, a sexualidade em seus ditames sociais.

⁵ Entenda-se problematização como “o conjunto de práticas discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento” (FERREIRA NETO, 2004b, p. 35).

constantemente invadidas por uma diversidade de fluxos sociais [...] O modo individual identitário não mais se sustenta, colocando em xeque o sentido das 'práticas psi'. (FERREIRA NETOb, 2004, p. 52).

Essa concepção de invenção de novas subjetividades marca uma referência ético-política importante, mas cabe esclarecer que ela não significa que tudo seja válido desde que seja diferente. Significa a indicação de uma alternativa ética para a atualidade: a alternativa de um sujeito que inventa a si mesmo, em vez de meramente desenvolver sua identidade original. Esse aspecto implícito de generalidade, porém, exige uma delimitação mais estrita sobre o sentido do caráter de inovação, o qual está relacionado, em Foucault, à resistência aos processos de saber/poder, não se tratando, portanto, de autenticidade, mas de criação (FERREIRA NETO, 2004b).

Corroborando acerca dessa perspectiva ética, Figueiredo (1995, 2007) debruça-se sobre a dimensão ética dos discursos e práticas das psicologias, a qual emerge como plano da exigência de uma nova racionalidade, na direção de uma cultura pós-epistemológica. A ética assume posição central, e não mais a epistemologia, incorrendo na superação da hegemonia do pensamento representacional e da noção de verdade por correspondência ou adequação. Nesse âmbito, cada uma das diferentes doutrinas psicológicas possui uma dimensão ética, constituindo-se em dispositivos aptos a propiciar, configurar, formar, constituir os homens e seus mundos, suas experiências sociais e subjetivas; sendo *ethos*, ou seja, moradas e destinos para o homem. Desse modo, as teorias e sistemas psicológicos somente podem ser compreendidos no e pelo lugar que ocupam no espaço sociocultural contemporâneo. Partindo disso, buscamos o significado deste espaço destacando alguns elementos relevantes dos pensamentos de Lipovetsky (2005, 2007) e Bauman (2011) acerca da contextualidade contemporânea, e elegendo os conceitos apontados por Giddens (1993, 2002) como âncora de nossas elucubrações sobre os tempos da modernidade tardia em que pretendemos nos situar.

Contrapondo-se ao conceito de pós-modernidade, que implicaria numa superação da modernidade, Lipovetsky (2007) faz-nos conhecer o conceito de *hipermodernidade*, indicativo do ponto extremo da modernidade. Para o autor, situamo-nos na sociedade do excesso, da velocidade, da aceleração absoluta. O sujeito hipermoderno é aquele que vivencia o mais e o menos ao mesmo instante, inserido num mundo onde o público e o privado não se distinguem, onde a liberdade implica num alto custo: o da frustração. Diferentemente da modernidade, que punha em evidência a crença num futuro perfeito através do progresso e das utopias revolucionárias, a hipermodernidade assinala novos mitos e utopias: do corpo perfeito, da alimentação natural, da moda enquanto fator democrático de satisfação, da interação entre

os diferentes, entre outros. Não obstante, a ênfase na diferença não impede a disseminação de uma indiferença exagerada.

Apontando-nos os paradoxos de uma *sociedade da decepção*⁶, Lipovetsky (2007, p. 5-6) discorre:

Enquanto os grupos ou categorias sociais vinculados às tradições conseguem harmonizar de forma mais ou menos bem-sucedida seus anseios respectivos, restringindo assim a amplitude da decepção experimentada, os grupos ou categorias hipermodernos emergem como sociedades de *decepção inflacionada*. Quando a felicidade é prometida a todos e os prazeres são enaltecidos em cada esquina, a vida cotidiana está passando por uma dura prova. Além disso, a “qualidade de vida” em todos os campos da atividade humana (vida conjugal, vida sexual, alimentação, moradia, meio ambiente, lazeres, etc.) passou a ser o novo horizonte das expectativas individuais [...] Quanto mais os imperativos do bem-estar e do bem-viver são fixados como meta imprescindível, mais intransitáveis se tornam as alamedas do desapontamento [...] Após a “cultura do aviltamento” e a “cultura da culpabilidade” (que assim foram analisadas por Ruth Benedict), temos agora o tempo das culturas da ansiedade, da frustração e da decepção.

No entanto, antes mesmo de despontar com suas reflexões que dão ênfase ao teor de frustração característico das sociedades atuais, Lipovetsky (2005), em sua obra *A sociedade pós-moralista: o crepúsculo do dever e a ética indolor dos tempos democráticos*, se detinha numa análise ética da hipermodernidade, a qual nos é de grande valia. Nesta, o autor denota o aparecimento de novos dilemas e o retorno de velhos conflitos, mas sem a antiga apologia ao sacrifício das sociedades tradicionais, onde se tinham obrigações inquestionáveis (com o trabalho, a pátria, a família). Os valores, que não desvaneceram, porém se transformaram, recaem agora sob a égide de uma ética supostamente capaz de conciliar os interesses individuais com os da sociedade.

A ética na sociedade dita pós-moralista, longe da ideia do dever absoluto e inquestionável (associado à religião), difunde-se através do desejo por regulamentações, regras justas e especialistas de todas as ordens, mas sem requerer a renúncia pessoal, as imposições e os *fiscais da moral* de outrora. Fala-se em qualidade de vida e direitos subjetivos, sem a exigência da virtuosidade. O sentido do dever é amenizado e não há mais a noção de sacrifício pelo outro. Tanto o Mal como os bons sentimentos são transformados em espetáculo como consequência da última fase da cultura democrática individualista, em que ocorre uma relativização da ética, abrindo espaço para a contradição e a supremacia de uma moral indolor, que não pesa ao indivíduo nem se atrela a concepções de moralidade ou de imoralidade (LIPOVETSKY, 2005).

⁶Grifo nosso.

Convidamos Bauman (2011) à discussão, resgatando sua pronúncia em relação a ética. Em sua obra *Vida em fragmentos: sobre a ética pós-moderna*, o autor denuncia que, na atualidade, a moralidade não tem sustentação e fundamento próprios porque se refere a uma sociedade reconhecidamente sem chão e sem propósitos, situada na iminência de um abismo, o qual está “atravessado apenas por uma prancha feita de convenções” (p. 32). Nesta, a moral permanece incontável e imprevisível e, da mesma forma como é construída pode desconstruir-se conforme a união e o afastamento das pessoas, os seus pactos de sociabilidade, a tessitura e o dismantelamento dos laços que estabelecem entre si, sendo as consequências disso da ordem do desconhecido. E, ainda, o processo de auto-constituição desta sociedade permanece ocultado ou atribuído a um *comando heterônomo*, à *estranha ordem das coisas*, de modo a tornar mais fácil aos indivíduos enfrentar suas dores, deparar-se com o fracasso e abafar suas crises de consciência, acarretando nestes, porém, o alto preço de não encararem o peso de uma responsabilidade intrasferível, a qual ninguém mais poderia assumir.

Trata-se de uma situação histórico-social em que sobressai o conceito de *qualidade de vida* cuja necessidade surge da sensação generalizada e aguda de que a vida tal como se apresenta não pode ser boa o suficiente. Este conceito assume suas especificidades em consonância com um determinado momento e lugar e para uma dada categoria de pessoas, sendo constituído a partir do que se possa expressar na forma de uma imagem, enquanto esta é motivada “pela inconveniência mais dolorosa, o perigo mais temível, o sonho mais acre” (p. 110) deste grupo de pessoas. Não estamos falando de uma qualidade de vida definitiva, mas daquela pautada na capacidade de redefinir metas, na não fixidez, na liberdade de manobra, na busca contínua de encontrar novas experiências e oportunidades de vivenciar o prazer individualizado, estando, portanto, em sintonia com o caráter contingencial e fragmentado da vida contemporânea.

Trazemos neste ponto como fundamento mais relevante para a nossa compreensão do contexto contemporâneo, a análise de Giddens (2002) sobre aquilo que nomeia como modernidade alta ou tardia e sua relação com a construção reflexiva do eu em meio a uma imprevisível miríade de possibilidades de escolha para os sujeitos em seus diversos aspectos de vida – social, pessoal, familiar, íntima. A ênfase em apontar a emergência de novos mecanismos de autoidentidade⁷, os quais constituem e são constituídos pelas instituições da

⁷ Esclarecemos que os conceitos de eu, autoidentidade e identidade, abordados pelo autor, não devem obviamente ser compreendidos como sinônimos de subjetividade, o que engendraria numa contradição teórica. Entendemos, neste estudo, o eu e a identidade como parte da constituição subjetiva, e, como tais, os processos de

modernidade, contribui para a compreensão do eu como uma entidade ativa, uma vez que os indivíduos, atravessados pelos *mecanismos de desençaixe* ou *sistemas abstratos*⁸, criam suas autoidentidades e promovem influências sociais de consequências globais, ainda que atuem em contextos locais e específicos de ação.

O conceito de modernidade tardia, tal como entendido por Giddens (2002), constitui o estágio avançado da modernidade liberal, cuja caracterização das sociedades humanas dá-se por um funcionamento globalizado e pelo desenvolvimento de um modelo cultural narcisista (Freire, 2001). O eu, como constituição subjetiva, na perspectiva de Giddens (2002), está inserido no mundo moderno tardio, o qual é caracterizado por uma interconexão entre dois extremos: as disposições pessoais e as influências globalizantes. Esse eu precisa ser construído reflexivamente, ou seja, ser capaz de imprimir uma crítica sobre si mesmo, numa *cultura de risco*, onde a influência de acontecimentos distantes sobre eventos próximos ameaça a sua integridade, a sua intimidade, ocorrendo uma conseqüente ausência de sentido pessoal e exigindo uma reorganização psíquica. Nesse contexto, a própria doença mental também poderia ideologicamente ser compreendida como um risco acarretado pela vida moderna, levando em conta o processo social de construção da loucura.

Giddens (2002) apresenta as noções de confiança e risco com uma aplicação peculiar e impactante na constituição do eu. A primeira, definida como fenômeno genérico fundamental para o desenvolvimento da personalidade, relaciona-se a um *senso precoce de segurança ontológica*, uma espécie de proteção que permite a interação do eu com a realidade cotidiana através da suspensão de potenciais ameaças, as quais poderiam levar a uma paralisia da vontade, caso fossem tomadas diretamente, impedindo os indivíduos de um envolvimento efetivo com sua realidade no nível prático de suas ações.

Já a noção de risco, por sua vez, remete à ideia de uma sociedade em que se tem de viver a partir de atitudes de previsibilidade e cálculo devido à enorme quantidade de possibilidades de ação, sejam estas positivas ou negativas, que confrontam de modo contínuo, individual e globalmente, a existência social contemporânea. Estarmos inseridos numa cultura

formação e expressão destes elementos no contexto da modernidade tardia nos fornecem subsídios necessários ao entendimento dos modos de constituição subjetiva do sofrimento e do adoecimento contemporâneos. Nesse sentido, não adotamos como foco o aprofundamento destas categorias conceituais, mas tentamos resgatar aquilo em que nos servem ao delineamento das demandas tardomodernas em Saúde Mental, tal como pretendemos compor.

⁸ Constituem o conjunto de *fichas simbólicas* e *sistemas especializados*. As primeiras dizem respeito aos meios de troca intercambiáveis em múltiplos contextos, com um valor padrão, como o dinheiro, por exemplo. No segundo caso, o autor refere-se à disposição de modos de conhecimento técnico, de validade reconhecida, os quais penetram em todos os aspectos da vida social, estendendo-se, desde às áreas tecnológicas às intimidades do eu (Giddens, 2002).

de risco não corresponde a dizer meramente que a vida social seja mais arriscada, mas que o risco representa um conceito a partir do qual leigos e especialistas organizam o seu mundo social. Os sistemas abstratos, ao se instalarem na vida cotidiana, juntamente com a dinamicidade do conhecimento humano, resultam na infiltração da consciência do risco nas ações de todas as pessoas. Para ilustrar isso, tomemos o exemplo de como oportunidades individuais de vida (no mercado de trabalho, na formação acadêmica, e mesmo nas relações entre as pessoas) estão atreladas à economia capitalista global – são os ambientes institucionalizados de risco estabelecendo ligação entre riscos individuais e coletivos de variadas formas (GIDDENS, 2002).

Giddens (2002) discorre ainda acerca de uma repressão institucional e não pessoal de questões de natureza moral e existencial que significa a exclusão de valores e modos de comportamento potencialmente perturbadores para a população em geral. Desse modo, a doença mental entendida como risco, como fator perturbador, possibilita o afastamento dessas questões da vida diária. O manicômio teve essa finalidade de afastamento, representando um ambiente de correção técnica orientado para as relações transformadoras da modernidade. Processos de segregação institucional têm o intuito de remover aspectos básicos da experiência cotidiana estabelecidas pelos sistemas abstratos da modernidade. Esta *segregação da experiência* significa o processo de ocultação que separa fenômenos como loucura, doença e morte e sexualidade das rotinas da vida cotidiana. Em suma, para o autor:

A segurança ontológica que a modernidade adquiriu, no nível das rotinas diárias, depende de uma exclusão institucional em relação à vida social de questões existenciais fundamentais que apresentam dilemas morais centrais para os homens (p.145).

A conduta desviante do louco foi *inventada* como parte dos sistemas referidos da modernidade. As questões que a insanidade impõe à população são reprimidas em seus pormenores por meio de uma repressão institucional e não pessoal, constituindo uma exclusão de questões, valores e formas de comportamento potencialmente perturbadores dos espaços centrais da vida em sociedade. As questões a serem reprimidas são, portanto, de natureza moral e existencial. Os comportamentos advindos da *doença mental* são assim afastados das preocupações da vida diária. Os manicômios podem ser entendidos como ambientes de correção técnica e *orientados para as relações transformadoras da modernidade*, ambientes em que a organização e a mudança social são reflexivamente construídas (como justificativa para a vida individualizada e para a reconstituição da identidade individual). Trata-se, a segregação da experiência da loucura, do resultado planejado de uma sociedade onde se supõe

que os aspectos estéticos e morais podem ser corrompidos em função da expansão teórica do conhecimento técnico.

Desse modo, para Giddens (2002) a modernidade tardia se autodesenvolve em condições importantes de privação moral, pois ao serem segregadas experiências fundamentais que relacionam as tarefas da vida cotidiana a questões existenciais, o *projeto reflexivo do eu*⁹ se delinea em torno da justificativa de um empobrecimento moral. O eu, sendo frágil, quebradiço e fragmentado na sociedade moderna, caracteriza-se pelo *narcisismo* – entendido como uma preocupação com o eu que impede o indivíduo de estabelecer fronteiras adequadas entre si mesmo e o mundo exterior. O narcisismo, agindo de modo a construir relações entre os desejos do eu e os eventos externos a partir meramente do significado que as coisas possuem para o eu, conduz a uma frustrante e incessante procura pela autoidentidade, porque a busca por responder à satisfação de saber *quem sou* constitui uma manifestação narcisista não realizável. Pelo poder do narcisismo, a autenticidade substitui a dignidade (o que torna boa uma ação é sua coerência com os desejos do indivíduo), os horizontes de ação de uma pessoa se mostram desolados e destituídos de atrativos e as relações íntimas e as conexões mais amplas com o mundo social carregam consigo elementos inerentemente destrutivos.

Giddens (2002), ao abordar os usos da terapia¹⁰, aponta que estes espaços, que ajudam a aliviar os sintomas gerados por esta tentativa desenfreada de afastamento dos riscos sociais, servem de alimento ao narcisismo, uma vez que encorajam os indivíduos a se tornarem o ponto central da reflexão e dos cuidados. Para o autor, a terapia “busca criar um indivíduo confiante e próspero sem um sentimento de alta moralidade; ela descarta os grandes enigmas da vida em favor de uma sensação modesta e durável de bem-estar” (p. 166). Infere, sob este ponto de vista, que a terapia surge como uma expressão singular de dilemas e práticas caras à alta modernidade, ao invés de ser um fenômeno substituinte de formas sociais e morais mais tradicionais. Com isso não quer dizer que a terapia seja simplesmente um aparo de ajuste e adequação, mas que esta representa a expressão da reflexividade generalizada e, em decorrência dos deslocamentos e incertezas que a modernidade faz emergir, podendo provocar tanto a dependência e a passividade, como o envolvimento e a reapropriação dos indivíduos. Ao interpretarem o projeto reflexivo do eu como um aspecto da autodeterminação

⁹O termo define “o processo pelo qual a autoidentidade é constituída pelo ordenamento reflexivo das narrativas do eu” (GIDDENS, 2002, p. 222).

¹⁰ Incluímos aqui as diversas modalidades terapêuticas, de ordens disciplinares distintas, as quais encontram lugar e reconhecimento na modernidade tardia.

individual, as terapias acabam por confirmar e fomentar a separação da vida das considerações morais extrínsecas.

Na alta modernidade há a sensação generalizada de inquietude, pressentimentos e desespero, mesclando-se na experiência individual com a confiança depositada em determinadas formas do referencial social e técnico disponível. Ao legitimar o afastamento do outro, pelo apelo narcísico, a modernidade tardia torna-se, ao nosso entender, o contexto propício à expressão de novas modalidades de expressão do sofrimento e do adoecimento psíquicos (DANTAS, 2009). Nos capítulos posteriores, contraporemos tais reflexões à perspectiva ética levinasiana (LÉVINAS, 1980, 1988, 2009), segundo a qual, a constituição subjetiva primeira do ser humano constitui a própria relação ética com a alteridade.

Em sua análise das abordagens psicológicas no contexto da modernidade tardia, Freire (2001, 2002a, 2003) denuncia que a Psicologia em seu sentido amplo tem se revelado reforçadora de um modelo societário individualista e seu principal dano teria, como consequência, a anulação do outro¹¹, o alheamento à alteridade. Essa ciência, entranhada pelas necessidades mercadológicas, promove o *ensimesmamento*, o egocentrismo, em sua preocupação obsessiva com o *Mesmo*, o *Mim* ou o *Eu*, criando um abismo em relação ao outro. No entanto, esse outro é o que constitui a nossa subjetividade e nos intima, nos mobiliza, nos interpela, a todo o momento, e o seu aniquilamento acaba por assumir um caráter ético (ALENCAR & FREIRE, 2007). O sujeito a ser resgatado ou encontrado pelas psicologias deve ser aquele que tem o outro por fundamento, postulado esse constituído fundamentalmente pela dimensão ética. Conforme Freire (2002a, p. 61):

Somos constituídos originalmente, em nossa subjetividade, pela alteridade radical, mas dela nos afastamos com a ingerência de modos individualizantes de ser-nomundo [...] e assim tornamo-nos alheios ao outro, sobre o império da indiferença para com sua outridade. [...] enquanto o mercado for, a um só tempo, o sujeito social por excelência e o destinatário de nossas ações, estaremos distanciados de nossa própria incondição humana e da má consciência (Lévinas) de sermos para e pelo Outro.

Na medida em que a sociedade na qual estamos inseridos estimula-nos a uma postura cada vez mais individualista, a responsabilidade pelo Outro passa a não ter sentido para o sujeito, como apontam Freire e Moreira (2003). Para os autores, o sofrimento humano ou a

¹¹ O outro ou o Outro apresentar-se-ão em momentos distintos no decorrer do texto, sendo que o uso do minúsculo poderá referir-se àquilo que é diferente do eu, do mim, do mesmo, podendo ser qualquer outro, enquanto o maiúsculo terá tanto o sentido de ênfase à dimensão da alteridade, como será colocado quando, a partir da ética radical levinasiana (LÉVINAS, 1980; FREIRE, 2001, 2002a, 2002b, 2003a, 2003b), disser respeito àquilo que não seja outro homem, mas a tudo o que remete à ideia de infinito.

psicopatologia são expressão decorrente do distanciamento do sujeito daquilo que o constitui enquanto alteridade. O fato de não ser (não se permitir ser) afetado pelo outro – o que nomeiam como desafeto – pode conduzir à depressão, bem como a outros transtornos psíquicos. Voltaremos a esta ideia no capítulo terceiro.

Tomando as concepções de subjetividade e adoecimento enquanto constituições históricas e sociais, podemos então compreender o sujeito da Saúde Mental construído coletivamente, e não individualmente como querem as práticas *psi* tradicionais e disciplinares, na tentativa de responder ao modelo societário descrito anteriormente. Ferreira Neto (2004a, 2004b) declara que, no contexto brasileiro, algumas mudanças começam a ser efetivadas nestas práticas, devido à inserção do psicólogo nos programas públicos de Saúde Mental na década de 1980, levando a uma necessária revisão dos modos de atuar e de refletir desses profissionais. Dessa maneira, pode-se perceber hoje, no país, um expressivo processo de transformação do louco como ator social e enquanto sujeito político (TORRE & AMARANTE, 2001). Torre e Amarante (2001) referem-se à construção de um conceito de Reforma Psiquiátrica¹² não significando somente reforma no modelo da assistência psiquiátrica, tal como os processos ocorridos nas décadas de 1960 e 1970; mas como uma desconstrução de ditames institucionais fundantes da doença mental enquanto definição e codificação de comportamentos incompreensíveis, de modo que se ponha a doença entre parênteses e se possa compreendê-la a partir desse processo de transformação da doença e do doente.

Amarante (1994) afirma que a *doença entre parênteses* diz da ruptura epistemológica com o duplo da doença mental – aquilo que não é próprio da doença e sim da condição de estar institucionalizado. A concepção de Reforma Psiquiátrica, para o autor, significa uma transformação estrutural no olhar que a sociedade lança sobre a loucura, que não se dá apenas pelo no modelo de cuidado, mas nas noções acerca da condição social do sujeito em sofrimento. É, portanto, um processo social.

O autor adverte-nos de que a história da psiquiatria no Brasil confunde-se com a história de um processo de asilamento e de medicalização social. Quando a loucura passou a ser objeto de intervenção específica, no início do século XIX, as mudanças no âmbito social e econômico que visavam ordenar o crescimento das cidades e das populações, passaram a

¹² Muitos autores citados no texto fazem uso do termo *Reforma Psiquiátrica*, no entanto, por reconhecermos sua limitação (cuja justificativa discutiremos mais adiante), optamos por utilizar o termo *Reforma da Saúde Mental*. Contudo, não deixaremos de nos referir ao primeiro quando quisermos nos reportar ao movimento tal como conhecido oficialmente no país ou quando conferirmos ênfase a este processo como o conjunto de mudanças circunscritas ou atribuídas ao campo da psiquiatria.

exigir medidas eficientes de controle social. Ilustrativamente citamos a ocorrência em 1830 do diagnóstico da situação dos loucos na cidade de Rio de Janeiro, realizado por uma comissão da Sociedade de Medicina da mesma cidade, a partir do qual os loucos, considerados doentes mentais, tornam-se merecedores de seu próprio lugar de reclusão e tratamento. Na concepção fundante dessa prática de isolamento, o hospício, sendo medicalizado, deveria ser dirigido pelo poder médico e contar com uma organização embasada por princípios técnicos.

A desinstitucionalização, conceito que abre as possibilidades para se pensar o processo de Reforma Psiquiátrica, pode ser identificado com a ideia de um redimensionamento, denominado por Amarante (1994) de *desconstrução*, apontando para alcances distintos das concepções de desospitalização e de desassistência¹³, caracterizando-se pela predominância da crítica epistemológica ao saber psiquiátrico. Esta vertente parte da identificação com a trajetória da Psiquiatria Democrática desenvolvida por Franco Basaglia na Itália, que tem sua principal referência no novo significado dado ao conceito de desinstitucionalização, que, como destacamos, teve influência direta no Movimento dos Trabalhados em Saúde Mental (MTSM) no fim da década de 1970 no Brasil. De caráter fortemente político, adequado aos movimentos sociais de redemocratização desenvolvidos no período, o MTSM tomava da psiquiatria democrática a crítica basagliana vigorosa sobre o saber psiquiátrico ao questionar a função social exercida pelos técnicos e pela ciência. Entendido dessa perspectiva, o projeto de desinstitucionalização volta-se para além da psiquiatria, logrando a superação do ideal da positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade e determinação e implicando-se na criação de uma nova realidade como processo histórico.

Podemos ainda pensar que a psiquiatria da desinstitucionalização, nesta tradição, designa uma complexa trajetória de desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica, ensejando transformações em outros campos de saber e das instituições. Em meio a estas transformações não sabidas, instaura-se uma *fase de transição* em que não se pode conhecer o que está por vir. Anuncia-se uma novidade a partir do processo de redimensionamento do saber psiquiátrico, mas como anunciava Basaglia, ainda não sabemos

¹³Amarante (1996) faz referência à desinstitucionalização, além da perspectiva da *desconstrução*, estando também atrelada a dois outros aspectos. Primeiro, como um conjunto de medidas de desospitalização que teve expressão nos EUA, a partir de projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, que sustentava o pressuposto da reforma como implicando na aplicação correta do saber psiquiátrico e de suas técnicas, estando voltada (como em sua busca pela redução dos custos públicos com a assistência) menos para uma real transformação na natureza da assistência que para objetivos administrativos. Por outro lado, a desinstitucionalização como desassistência está ligada aos grupos de opositores do processo de reforma e que o acusam de abandonar os doentes à própria sorte, pela erradicação da responsabilidade do Estado, e, se o fazem, é, muitas vezes, por um desconhecimento dos princípios da desinstitucionalização como teoria e prática. Pertencem a esta classe a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e os empresários de hospitais psiquiátricos.

qual será o próximo passo, uma vez que nos vemos diante de uma realidade em construção que a cada instante se apresenta e se transforma (AMARANTE, 1996).

Delgado (1994) explicita a questão crucial da desinstitucionalização, a qual não reside no seu caráter técnico-administrativo, estando, porém, relacionada à progressiva *devolução à comunidade* da responsabilidade perante os seus doentes e seus conflitos. A internação psiquiátrica passa a significar um ato que envolve a participação de vários fatores e na qual está implícita a ideologia do isolamento do doente mental. Reverter esta tendência implica na subversão de um conceito historicamente difundido e legitimado pela psiquiatria, e a não aceitação da concepção sustentada por esta disciplina requer a criação de um novo modelo de contrato com a população atendida, onde os técnicos devem recusar o equívoco de conceder um lugar passivo aos usuários e ainda construir um novo papel social para si mesmos.

Neste ponto, deparamo-nos com uma diferenciação importante. Enquanto o termo Reforma Psiquiátrica refere-se prioritariamente à proposta de desinstitucionalização, que parte do âmago da psiquiatria em seus saberes e fazeres, o processo de Reforma da Saúde Mental, tal como adotamos neste estudo, estende-se necessariamente a outros campos de saber e instituições, exigindo uma mudança ampla, que inclui os aspectos culturais e sociais nos modos de compreensão do sofrimento e da loucura. O primeiro termo faz uma redução ao tentar comportar num único campo de saber-poder todas as transformações emergidas e emergentes desse contexto, constituindo uma forma de reprodução do mesmo, incorrendo no risco de propiciar a criação de novos modos de institucionalização. O que precisa de fato ser redimensionado deve contemplar, para além da epistemologia do saber psiquiátrico, as bases sociais e históricas de exclusão da loucura de toda uma tradição manicomial. Daí o termo Reforma da Saúde Mental nos parecer mais pertinente em seu amplo sentido.

Conforme Goulart (2006), embora a discussão teórica atual caminhe em torno da questão da desinstitucionalização, a real problemática intrínseca ao processo de mudança no campo da Saúde Mental diz respeito à institucionalização ou à re-institucionalização. Ressalta que o processo de mudança institucional não pode ocorrer de modo linear ou homogêneo, constituindo-se sim numa espécie de *convergência de minorias* que acumulam criticidade e cultura acerca de determinadas temáticas, como é o caso das percepções e ações em torno da doença mental. Nesta percepção, a desinstitucionalização pode ser compreendida como aquilo o que articula ações institucionais e não-institucionais (ações coletivas), a lograr transformações no sentido da autoconstrução e reinvenção da esfera social, entendendo os processos de mudança como mobilizadores de grande esforço de participação dos sujeitos

envolvidos e que se arrastam por longos períodos de tempo, não sendo apenas resultado da tensão entre forças instituintes¹⁴.

Hirdes (2009) destaca o projeto de desinstitucionalização como uma busca por reconstruir o objeto da psiquiatria há muito simplificado e reduzido pelo modelo tradicional. Para tanto, sugere que novas instituições (dispositivos¹⁵ substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial¹⁶) coloquem-se à altura de seu alvo - o louco enquanto sujeito histórico - o qual, por sua vez, está em permanente reconstrução de sua existência-sofrimento. Esses novos espaços deveriam pautar-se por outras ações, não mais aquelas centradas nos sintomas, na classificação diagnóstica e na medicalização, mas em discursos e práticas de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reinserção social, enfim, em ações voltadas para projetos concretos de vida.

Estimulados pela obra do educador, jornalista e escritor cearense já falecido, Abelardo Fernando Montenegro (2000), intitulada *Psicologia do Povo Cearense*, retomamos agora a temática da compreensão da constituição da subjetividade a partir dos elementos históricos, sociais e culturais de nossa realidade concreta. Parafraseamos o autor em sua afirmação de que todo aquele que se aventura a conhecer a história cearense é surpreendido pelo contraste existente entre a sua pobreza e desigualdade econômica e a sua riqueza intelectual.

Ao se focar na subjetividade do cearense o autor o situa este povo dentro de sua cultura, entendendo-a como sistema formado por valores e normas comuns aos atores de um grupo, cujos significados orientam suas ações. Aponta as peculiaridades que surgem do relacionamento entre o homem e a terra, entre a atividade e o meio físico, levando em conta os laços sociais entre os membros da cultura e a significação que cada um confere ao que vivencia socialmente. Mediante a análise dessas relações complexas, identifica elementos do

¹⁴A autora (GOULART, 2006) refere que as forças instituintes podem ser compreendidas como tensões ou contradições estruturais e conjunturais, às quais poderiam ser genericamente atribuídos os processos de mudanças sociais.

¹⁵Utilizamos a noção de *dispositivo* apresentada por Ferreira Neto (2004b), proveniente do pensamento de Michel Foucault, cuja definição pode ser entendida como uma formação histórica que exerce uma função estratégica, podendo referir-se a uma rede constituída por elementos ditos e não-ditos de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, organizações, leis, elaborações científicas, construções filosóficas, concepções morais, etc..

¹⁶Os CAPS constituíram-se como dispositivos substitutos do modelo asilar a partir do processo de Reforma da Saúde Mental no país. Conforme Ribeiro (2004), estes serviços variam na intensidade dos cuidados às pessoas com transtornos mentais, bem como na diversidade de terapêuticas oferecidas no atendimento interdisciplinar. Destinam-se àqueles que, pela doença e condições de vida, necessitam mais que um atendimento ambulatorial, possuindo uma demanda para acompanhamento continuado. Devem oferecer um cuidado ampliado, de modo a propiciar uma forte sustentação cotidiana na lida com o paciente, incluindo suas relações sociais. As dificuldades concretas de vida dos usuários, em decorrência de seu adoecimento, devem ser incorporadas pela atenção à Saúde Mental, diferentemente do modelo asilar anterior em que esses aspectos eram considerados como fatores “extraclínicos”, tornando-se dissociados do tratamento, sendo dirigidos a outras instituições ou setores.

que nomeia como uma *personalidade bipolar* do cearense, marcada pelo *molequismo*, por seu estado psicológico de preparação diante da ameaça da *diáspora* ou segregação e pelos traços acentuados de seu *narcisismo* que se esforça para minimizar as inscrições de seu sentimento de inferioridade¹⁷.

Sustentando a ideia de que a antítese seca-inverno orienta consideravelmente a vida do cearense, Montenegro (2000) também aponta sua influência nos processos psíquicos. O homem, tendo nascido e se desenvolvido num cenário de contrastes, vê suas experiências oscilando entre a tristeza e a alegria, numa vivência pendular onde ocorre a desolação pela terra queimada e o entusiasmo pelo tempo fechado predizendo a chuva. O estado, caracterizado pelos extremos da fartura e da fome, da esperança da chuva e da fatalidade da seca, reflete a geografia das estações na psicologia do homem. Sendo o soprar dos ventos imprevisível, quando estes caminham para uma direção diferente da esperada, levam o homem a extremos e exageros. Tanto os deslocamentos acentuados como a mudança constante de status social, desorganizam e desintegram sua personalidade, deixando-o sujeito a tensões emocionais constantes, a uma certa desordem psíquica:

O senso de medida não caracteriza o homem sujeito a altos e baixos. Assim é que, no Ceará, é oito ou oitenta, quando não é torrando é atolando. Ceará é terra só pra nascer e morrer. O homem se convence de que desgraça pouca é bobagem, é tiquinho, é princípio de vida, só se conta de arroba para riba e pra ser boa precisa ser bem desgraçada. (...) No seu próprio linguajar, só há o exagerado emprego de diminutivos e aumentativos. Povo que vive entre o *jeitinho* e o *jeitão*. (...) Expressa-se velhacaria e *sabedoria*. Procura-se acalmar o que sofre, busca intimidade com segundas intenções, discriminar ou aumentar (MONTENEGRO, 2000, p. 99-100).

O comportamento das pessoas vem a ser um reflexo do que lhes acontece em vez de uma resposta condicionada advinda de seus impulsos inatos. Quando há alguma situação difícil a ser enfrentada, os indivíduos devem lutar por si mesmos para sobreviver, de modo que se constata potenciais para os homens serem prestativos e generosos, assim como para expressarem violência. A agressividade surge em função de sentimentos e avaliações negativas de pessoas ou acontecimentos, requerendo uma resposta verbal implícita. Daí, suas frustrações originam-se da luta travada com o meio físico e social, traduzindo-se numa atitude de defesa, que revela insegurança. Assim, infere-se que a bipolaridade seca-inverno é o que influencia o caráter do homem cearense, este que urge com a primazia da vida concreta, não

¹⁷Cabe aqui ressaltar que os termos utilizados pelo autor não se reportam a quadros de diagnósticos psicopatológicos, mas a um conjunto de características que visam à compreensão da subjetividade cearense num âmbito geral, levando em conta os fatores culturais, sociais e históricos. Tomamos suas considerações como uma analogia não nosográfica ou classificatória, mas ilustrativa dos modos de constituição subjetiva – que podem inclusive implicar em manifestações específicas de sofrimento e adoecimento – a partir do recorte regional ou territorial de um povo.

tão dado a abstrações desligadas da vida real e de sentido prático. Diante de um destino passível de tragicidade, muitas vezes o cearense crê que sua liberdade advirá de sua resignação ao sofrimento. “O que caracteriza a alma do cearense é o contraste das ações, da passividade à violência, da mansidão ao destemor, da lentidão à rapidez, da quietude à agitação, da glotoneria ao ascetismo” (MONTENEGRO, 2000, p. 103), presume o autor.

Com relação ao *molequismo*, outro traço característico da subjetividade cearense, trata-se do ato praticado por moleque, canalhice, safadeza, brincadeira, ausência de respeitabilidade (o autor refere-se especialmente às camadas sociais superiores). No Ceará, tanto aqueles pertencentes às camadas altas como os das camadas economicamente inferiores, todos possuem uma predisposição para a irreverência, tal como o que é capaz de zombar da própria dor. É o humor que, desde muito, fazia parte historicamente do mecanismo de defesa contra o sofrimento e a humilhação. Num sentido menos pejorativo do que a molecagem, também se pode identificar que o cearense tende à galhofa, a qual tem seu lado crítico e vai além da mera asneira para fazer rir, porque conduz ao pensamento e ao reposicionamento. Esta tendência constitui herança do indígena e do português ao mestiço cearense, cujo desenvolvimento e fortalecimento foram propiciados pelos meios físico e social.

A *diáspora* ou segregação diz respeito às inúmeras experiências de emigração em determinados períodos históricos que marcaram o povo cearense, embora a distância de seu torrão natal não lhe tivesse apagado as lembranças, a solidão da alma e o desejo permanente de regresso. Montenegro (2000) ressalta que o cearense não se sente feliz quando seu lugar é identificado como a terra da seca, por isso utiliza a imaginação como recurso para a sensação de inferioridade, criando um outro mundo de constante prazer, onde a classe social superior a que aspira pode fazer predominar sua outra face.

Por último, o *narcisismo* cearense refere-se a uma exaltação da inteligência deste povo, a uma reflexão a respeito de si mesmo, à tentativa de salientar as suas singularidades no contexto étnico-cultural brasileiro, numa busca por compensar sua identificação e atribuição (pelos povos de outras culturas e regiões, e também por si mesmo) à figura do retirante, do pau-de-arara, que faz apelo por ajuda e caridade. Trata-se de um processo onde a desigualdade leva à comparação e esta ao ressentimento e ao desejo de superioridade. Se no Ceará existe um pedantismo, embora diminuído, isso não se dá pela vontade dos sujeitos, mas pelas circunstâncias irrefutáveis das secas. Na percepção de Montenegro (2000), uma terra pobre não pode sustentar vaidades tolas.

Após esboçarmos breve explanação acerca da subjetividade do povo cearense, destacando a relevância de apontarmos a subjetividade em sua constituição complexa dada por fatores ambientais, sociais, históricos e culturais, tomamos como propósito, neste ponto de nossa discussão, a contextualização do processo de Reforma da Saúde Mental no Nordeste do país e especificamente no estado do Ceará, conferindo ênfase às especificidades locais com a apresentação de modelos do movimento de Reforma em dois municípios que se tornaram referência pela consolidação de suas ações no campo da Saúde Mental, a saber: os municípios de Quixadá e Sobral.

1.1 Experiências exitosas no território: movimento social e cidadania da pessoa com transtorno mental

Para Rosa (2006a), tal qual a tendência em voga no restante do país, os estados do nordeste iniciaram a assistência psiquiátrica através das ações da Igreja, que tinham como instituições – geridas por freiras nos âmbitos assistencial e administrativo – as Santas Casas de Misericórdia, cujos porões eram destinados a serem *espaços de alienados*. Encontrando-se economicamente vulnerabilizados em fins do século XIX e início do século XX, alguns estados do nordeste, dependentes dos recursos da União, absorveram a criação do modelo hospiciocêntrico de atenção, o qual passou a ser incorporado pelo poder público e pelas Santas Casas. Dos porões das Santas Casas, posteriormente, os asilos passaram a submeter-se aos governos estaduais, que os gerenciaram até a década de 1990.

A partir de então, com o processo de municipalização na área da saúde e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tal modelo sofreu alterações pouco significativas, que se deram em relação a aspectos estruturais, assistenciais e tentativas de humanização. Tais mudanças, tendo sido desencadeadas na década de 1970, versaram sobre a implantação de tratamentos ambulatoriais, cujo baixo êxito deveu-se à concentração nas consultas médicas e na dispensação de psicofármacos, além da psiquiatrização dos problemas sociais.

Conforme Rosa (2006a) nos aponta, a característica principal do modelo manicomial no Nordeste, semelhante ao restante do Brasil, consistia em estar focado na assistência psiquiátrica das capitais, com escassa interiorização da assistência, exceto por aqueles municípios de maior porte ou que direcionaram os investimentos da gestão municipal para a atenção à Saúde Mental. Entre os principais métodos utilizados para o tratamento e contenção,

destacavam-se: a disciplina, o trabalho agrícola, uso de camisa de força, eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia, malarioterapia, entre outros. Os alienistas pioneiros autodidatas criaram o asilo e passaram a atuar nele sem ensino prévio que os habilitasse ao exercício dessa nova prática. Em alguns estados nordestinos, os psiquiatras, após atuarem na direção de serviços públicos, acabavam criando seus próprios serviços, o que poderia ser indicativo de interesses econômicos e da precariedade da assistência prestada dirigida à população pobre (não havia a universalização da atenção psiquiátrica a toda a população brasileira). O serviço público caracterizou-se pelas baixas qualidade e resolutividade, constituindo um *depósito de loucos*, caracterizado pela superlotação e emprego da mão de obra de pacientes sem remuneração. Conforme constatação de Wandick Ponte num relatório da década de 1940, a realidade presenciada era a do abandono, da miséria, da fome e do sofrimento, não sendo incomum encontrar pacientes que não eram visitados por médicos há muitos meses. Quanto ao Ceará de 1932, além da superlotação, o asilo *São Vicente de Paula*¹⁸ estava desprovido de água encanada, banheiro e instalações sanitárias, tendo como regra os quartos compostos por grades.

As primeiras ações em direção ao movimento de Reforma da Saúde Mental no nordeste deveram-se à iniciativa de algumas categorias profissionais, especialmente de psicólogos na maioria dos estados, de terapeutas ocupacionais em Pernambuco e no Ceará, de assistentes sociais no Rio Grande do Norte e enfermeiros na Paraíba. Torna-se significativo ressaltar que muitos nordestinos tiveram participação relevante no processo de implantação da política de assistência psiquiátrica no Brasil, como o baiano Juliano Moreira (que assumiu liderança implantação na política de atenção psiquiátrica a partir de 1903), os alagoanos Nise da Silveira (deixou obras fundamentais como sua participação na Casa das Palmeiras e na criação do Museu do Inconsciente) e Luiz Cerqueira (levou sua contribuição ao processo reformista de São Paulo, como na criação do primeiro CAPS do Brasil).

Eclodido na década de 1990, o movimento de Reforma da Saúde Mental no Ceará, ao contrário de outras realidades, teve um direcionamento singular – das cidades do interior para chegar até a capital anos mais tarde – possivelmente pela resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados da capital, bem como pelo investimento de alguns gestores e profissionais do interior do estado em políticas locais direcionadas à Saúde Mental. Até a década referida, adotava-se como regra o transporte das pessoas com transtorno mental em situações de crise, por meio de ambulâncias, do interior para os hospitais psiquiátricos de

¹⁸ Sobre o referido asilo, sugerimos a tese de doutorado (OLIVEIRA, 2011a) *O asilo de alienados São Vicente de Paulo e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)*.

Fortaleza. Em 1993, o Ceará foi o segundo estado do país a sancionar uma lei estadual orientada pelos princípios reformistas – a Lei Mário Mamede nº 12.151 de 29 de julho do referido ano. A criação dos serviços substitutivos na capital somente teve início em 1998, cuja demora deveu-se, além da resistência dos proprietários de hospitais privados, a dos próprios familiares de pacientes mentais que consideravam a internação um método eficaz, bem como a ausência de vontade política das gestões e o receio do desemprego da parte dos trabalhadores do campo da saúde (ROSA, 2006a).

Moura Fé (2004a), um dos psiquiatras precursores do movimento de reforma no estado do Ceará, não acreditava que este processo pudesse ter começo e fim bem definidos, dadas as diversas variáveis que interferiam em sua configuração, como o fato de os modelos assistenciais compreenderem os módulos funcionais das concepções aceitas trazendo em si as dificuldades inerentes aos automatismos mentais já estabelecidos na forma de padrões culturais. Tais dificuldades se mostraram desde a implantação do primeiro CAPS do estado, no município de Iguatu, em 1991, quando houve a confrontação com o modelo dominante manicomial. Na época, um documento abaixo-assinado de moradores solicitava às autoridades públicas (municipal e estadual) a criação de um hospital psiquiátrico que viesse atender às suas necessidades. Esta questão evoluiu para a busca de uma alternativa não asilar, na consolidação dos interesses de todos. O funcionamento do CAPS logo resultou num aumento substancial da clientela necessitada, diante do qual se tornou necessário o estabelecimento de prioridades, a organização de grupos terapêuticos e a descentralização das ações.

A este momento, seguiram-se outros movimentos importantes que configuraram a evolução da reforma psiquiátrica no estado, tais como: – A realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental, na qual foi realizada uma moção de apoio ao então projeto da Lei Mário Mamede (Atual lei nº 12.252), em 1992, mesmo ano em que foi aprovada a Lei Orgânica do Município de Iguatu que impedia a criação de manicômios e exigia a manutenção do modelo substitutivo, tendo sido a primeira do estado e da região nordeste; – A criação da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza, ligada ao Conselho Municipal de Saúde em 1993, que, em parceria com as universidades do estado, desempenhou importante papel no apoio teórico e técnico para a implantação dos novos CAPS e outros modelos assistenciais; – Também neste ano a criação do CAPS de Canindé e Quixadá; – O início do processo reformista em Sobral no ano de 1997, tendo como marco o I Seminário de Saúde Mental de Sobral, com a proposta da criação de um programa de Saúde Mental para o

município, que culminou com o descredenciamento do hospital psiquiátrico existente e com a constituição da rede integral de atenção à Saúde Mental; – Em 2003 o Ministério Público do Ceará por meio da Promotoria de Defesa da Saúde Pública promoveu encontro para a discussão dos mecanismos para a operacionalização da Lei 10. 216 (SUS, 2010), resultando na criação da Comissão Revisora de internações psiquiátricas involuntárias, instituída pela Portaria 1342/2003 da Secretaria de Saúde do Ceará; – O II Encontro dos CAPS do Ceará em 2004 (MOURA FÉ, 2004b). Além desses eventos, levamos em conta todo o processo de implantação e desenvolvimento da rede substitutiva, a criação de Escola de Supervisores Clínico institucionais e ações específicas que visam à cidadania da pessoa em sofrimento e adoecimento mental, as quais vêm se desenvolvendo até os dias de hoje.

Apenas de forma ilustrativa, visto que não nos focamos em uma perspectiva quantitativa nesta pesquisa, dentre os indicativos acerca deste processo evolutivo da assistência à Saúde Mental no estado, apresentamos o indicador *cobertura CAPS/100.000 habitantes* no período de 2002 a 2011, donde a região nordeste passa de uma cobertura inicial de 0,12 a 0,83 (índice considerado muito bom) em 2011, estando o Ceará com cobertura atual estimada em 0,94. Em relação a outros aspectos, o Ceará apresenta índices medianos em relação à média nacional, denotando a necessidade de evolução em algumas questões como: iniciativas para geração de trabalho e renda (18), implantação de consultórios de rua (3), escola de redutores de danos (1) (BRASIL, 2011a). Por outro lado, sabemos que a redução de leitos psiquiátricos no estado não vem ocorrendo com a reposição simultânea de vagas em hospitais gerais, o que tem causado transtornos aos usuários e familiares, denunciando que o processo de reforma tem ocorrido ainda de modo desarticulado (REDUZIR LEITOS PSQUIÁTRICOS, 2012).

Algumas dificuldades que se sobrepõem ao movimento reformista na região nordeste, auxiliam no entendimento dos entraves encontrados e objetivos a serem atingidos (ROSA, 2006a): a coexistência do modelo asilar anterior com o novo modelo de atenção, as contradições e crises inerentes ao processo, o jogo político que faz ressurgirem velhos fantasmas manicomiais, a escassez de recursos financeiros, a resistência de familiares e profissionais de hospitais gerais em assumirem corresponsabilidade pelas pessoas com transtorno mental (especialmente em momentos de crise), a dificuldade de organização de núcleos independentes dos serviços e dos trabalhadores de saúde e movimento social pouco organizado, tomando as mudanças como imposições do Ministério da Saúde através de determinações, implicando no baixo nível de participação política dos coletivos; tudo isso faz

persistir o risco de se desenvolverem práticas antigas travestidas de novas e bem-intencionadas iniciativas, constituindo-se entretanto como verdadeiras atividades acrílicas, fragmentadas e dissociadas da vida concreta das populações.

Exposta nossa realidade reformista de modo territorializado, esboçamos de forma breve as experiências exitosas dos municípios de Quixadá e Sobral, os quais, partindo de realidades e dispondo de recursos distintos, vêm apresentando propostas promissoras e rompendo com a cultura manicomial, no enfrentamento dos desafios e na implantação de estratégias coerentes com a sua realidade e com as demandas das populações atendidas.

Em 1997 a cidade do Sobral havia implantado a Estratégia Saúde da Família (ESF), através da Secretaria de Saúde e Ação Social, tomando-a como eixo estruturante na organização da atenção primária, com fins de reformular o modelo de Saúde Mental vigente que apresentava o sistema manicomial como única modalidade de assistência psiquiátrica. A expressão maior disso era a conhecida Casa de Repouso Guararapes (criada em 1974), local com oitenta leitos de internação diurna e trinta no hospital-dia, onde havia um alto grau de cronificação de patologias, internação caracterizada por longos períodos de permanência e inúmeras reinternações, elevado número de óbitos e evasões e nenhum registro de alta hospitalar, internamentos inadequados, que se configurava como um ambiente manicomial excludente com domínio do isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos e maus-tratos – sendo este último motivo de várias denúncias às autoridades competentes (inclusive entidades internacionais) durante o funcionamento da instituição. O modelo manicomial vigente à época, ausente de qualquer política de organização de atenção às pessoas com transtornos mentais, contava ainda com atendimento emergencial na Casa de Misericórdia de Sobral no Hospital Perpétuo Socorro, posto de atendimento médico e dois consultórios de psiquiatria privados (BARROS & JORGE, 2011).

A marca histórica da morte de usuário naquele manicômio em 1999, por razão de espancamento, fez emergir uma mobilização social na forma de denúncias públicas. Tais denúncias foram dadas como encerradas ao final de duas auditorias (realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e pela Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral, com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará), por meio das quais se constatou que os maus-tratos, espancamentos e abusos constituíam práticas corriqueiras no local. Após uma primeira intervenção em 2000, em outubro do mesmo ano a Portaria n.º 113/2000 descredenciou o serviço e instituiu oficialmente a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) de

Sobral. Moura Fé (2005a), com base em considerações mitológicas, retrata, sobre a motivação do município em reformular seu sistema de atenção psicossocial, simbolizada na emblemática homenagem prestada ao usuário morto no asilo Guararapes, cujo nome foi concedido ao primeiro CAPS Geral, Damião Ximenes Lopes:

A culpa divulgada e reconhecida por toda uma comunidade, através de representações ritualizadas, ameniza os efeitos dolorosos da mesma, por serem compartilhados e favorece condições criativas de amadurecimento social. O povo de Sobral, ao homenagear Damião na denominação de seu Centro de Atenção está, não apenas reconhecendo a culpa, mas expiando-a devidamente, a exemplo das determinações oraculares, pois, ao tornar o fato sempre presente e lembrado evita-se sua reincidência (p. 1).

Ressaltamos que os investimentos públicos em Saúde Mental nesta cidade foram inspirados na experiência de Quixadá, desde 1996, uma vez que a pasta da Saúde de Sobral foi assumida pelo mesmo gestor responsável, em momento anterior, justamente por sua experiência no referido município. A RAISM, apresentando diversidade terapêutica em seus níveis de complexidade e favorecendo a participação social e a implantação de avaliação das políticas, contempla (BARROS & JORGE, 2011) como dispositivos: CAPS Geral II, CAPS ad, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), unidade de internação em Hospital Geral, ambulatório regional de psiquiatria, Centro de Especialidades Médicas (CEM). A RAISM, entendida como sendo maior do que o conjunto de serviços de Saúde Mental oferecido pelo município, também presta assistência às cidades da microrregional e da macrorregional de Sobral, buscando manter estratégias de intersetorialidade com dispositivos governamentais e não-governamentais e ampliar o acesso dos usuários a políticas de inclusão social.

A RAISM configura-se como ferramenta fundamental para a consolidação da reforma da Saúde Mental implantada no município, pois suas estratégias vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária e a intersetorialidade através da articulação com Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação, instituições profissionalizantes, entre outros setores. Em 2001 a rede foi contemplada na categoria *Experiências Exitosas na Saúde Mental* com o *Prêmio David Capistrano da Costa Filho*, promovido pelo Ministério da Saúde; em 2003 recebeu homenagem do governo federal por seu modelo de organização; em 2005 recebeu o *Prêmio de Inclusão Social*, na categoria *Clínica*, em 2006 foi vencedora do *Prêmio Saúde é vital* (categoria Saúde Mental) da editora Abril; em 2008 teve seu informativo *Consciência Coletiva* contemplado no *I Concurso Pontos de Leitura: Homenagem a Machado de Assis*, implantando, a partir disso, um ponto de leitura no CAPS Geral, sendo que o mesmo

informativo foi reconhecido pelo Ministério da Cultura como iniciativa relevante por sua contribuição ao incentivo à cultura.

Além disso, enfatizamos como ilustração de parte desta história de enfrentamento e êxitos, o recebimento da *Menção de Reconhecimento de Experiências Exitosas de Saúde Mental* no ano de 2009, pela *Coordenação Nacional de Saúde Mental*, na categoria *Rede de Atenção Psicossocial Consolidada, com Integralidade e Efetividade, em Municípios de Médio e Grande Porte*. Outras características que consideramos singulares no município têm relação com a produção de conhecimento científico, com a atuação pautada pelos princípios reformistas do que devem ser os dispositivos de atenção (SAMPAIO & BARROSO, 2010) e a preocupação com a competência técnica e formação dos profissionais que atuam neste campo, viabilizadas pelo Programa de Residência Médica em Psiquiatria da RAISM (pautada no modelo extra-hospitalar, implantada em 2007), parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA) e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), bem como o investimento em programas de qualificação e educação permanente, publicações em periódicos científicos de suas experiências, a permanente prática de supervisão clínico institucional dos serviços da rede e o convite à participação social dos usuários e familiares num modelo de construção coletiva.

Por sua vez, a cidade de Quixadá, localizada a 170 quilômetros da capital do Ceará, foi a terceira a implantar um CAPS como serviço substitutivo no ano de 1993, cujo pioneirismo deveu-se à inclusão sistemática da supervisão institucional no avanço de uma política de formação dos trabalhadores, voltada para os princípios da reforma da Saúde Mental, bem como no atendimento domiciliar de emergências, na articulação com o hospital geral e na integração horizontal com programas sanitário-sociais (BARROS & JORGE, 2011). A terra dos monólitos, numa alusão aos monumentos naturais da região caracterizados por sua raridade e beleza, vem historicamente implantando experiências exitosas no campo da saúde que persistem em seus avanços de forma crítica e eficiente até o momento atual (SAMPAIO, CARNEIRO, RUIZ & LANDIM, 2006).

Desde 1993, duas políticas sociais inéditas foram instauradas no município, demonstrando sua capacidade de sobreviver às descontinuidades político-administrativas e seu poder de proporcionar experiências locais que pudessem estender-se ao âmbito nacional. A primeira delas constituiu o Programa de Saúde da Família, a segunda, o programa integrado de atenção à Saúde Mental, de cobertura universal no território, priorizando a estratégia de habilitação social das pessoas com transtorno mental e demandando ações de cuidado da

atenção primária à inclusão (por meio do trabalho), considerando o atendimento ambulatorial e a internação de crise em hospital geral.

O projeto *Acolher Cidadão: humanizando o atendimento a saúde*, nascido da determinação da gestão municipal (Prefeitura e Secretaria de Saúde), dos trabalhadores de saúde e dos usuários do Sistema Único de Saúde de Quixadá, teve início com a realização de uma pesquisa que envolveu gestores e trabalhadores e identificou problemas relacionados a: relações humanas (dificuldades de relacionamento entre diversos atores), gestão dos serviços (ineficiência e não participação dos usuários), humanização dos serviços e da assistência (queixas dos usuários referentes ao descaso, filas de espera, demora em conseguir atendimento e queixas dos trabalhadores em relação às condutas desrespeitosas dos usuários, agressividade e violência). De posse destes resultados, a gestão municipal requereu ao Ministério da Saúde (MS) recursos para o desenvolvimento das ações do projeto, solicitando a capacitação de cinquenta por cento dos trabalhadores da saúde. Com o aval do MS e a parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE), especificamente ao Laboratório de Humanização da Atenção à Saúde (LHUAS), viabilizou-se a realização das ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Estadual de Humanização do Ceará (PEH/CE). Todo o processo teve importância considerável para o desenvolvimento da atenção municipal à Saúde Mental pela ênfase no cuidado humanizado e na co-participação de todos. O sentido de humanização passou a ser compreendido e incorporado nos fazeres como aquilo que “evoca os conhecimentos filosóficos e artísticos, capazes de criticar e superar o senso comum e o fetiche da técnica e da tecnologia (...) o conjunto extraordinário de esforços que visem superar a alienação” (SAMPAIO, CARNEIRO, RUIZ & LANDIM, 2006, p.19). Os autores referem ainda que dominar as tecnologias sociais e dispor de conhecimento que permita a permanente crítica do próprio afazer constituem o verdadeiro significado de ser humano.

A proposta radical do projeto de Saúde Mental de Quixadá está na primazia de se trabalhar com consonância com a cultura local, como afirma Mendonza (2011). Ao considerar o *processo cultural segregador*, buscar a organização de respostas e, por meio de estratégias comunicacionais, vencer a resistência dos diversos segmentos em relação o modelo de reforma da atenção à Saúde Mental, o município vem apresentando índices consideráveis de resolutividade e sendo foco de discussão em eventos regionais e nacionais no campo da Saúde Mental. O planejamento de ações com a participação social, a diversidade de modalidades terapêuticas (ALMEIDA, MORAES, BARROSO & SAMPAIO, 2008) e o investimento

voltado para a reabilitação psicossocial são características marcantes da reforma da Saúde Mental quixadaense.

Na XIX Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania, o conferencista José Jackson Sampaio (2011), sobralense e uma das presenças pioneiras no processo de Reforma da Saúde Mental cearense, declarou que os dispositivos substitutivos (como os CAPS), quando partem de pesquisas e planejamentos, constroem projetos mais pertinentes com os anseios populacionais e as demandas encontradas no território, tal como se constata no município de Quixadá; além disso, enfatizou a necessidade de se evitar a presença de equipes crônicas nos serviços, as quais acabam por deteriorar sua capacidade de criticidade e renovação, recaindo em condutas de conservadorismo e acomodação, que interferem negativamente nas rotinas desses dispositivos.

A prática atual de supervisão dos serviços que compõem a rede de Saúde Mental de Quixadá considera-se articuladora na construção de projetos coletivos, através de ações planejadas que somam elementos de criticidade e construções teóricas acerca dos novos fenômenos sociais. À exemplo disso, tomamos a implantação do CAPS ad, que levou quatro anos para ser gestado, dentro de uma nova proposta que parte do intercâmbio realizado com as ações europeias no âmbito da Saúde Mental, tal como a criação dos *laboratórios sociais – universidade popular em saúde*¹⁹, dando ênfase à participação social na transformação da realidade histórica (OLIVEIRA, 2011b).

Assim, o CAPS ad de Quixadá, sem a identificação de CAPS, pois está designado pelo nome de *Casa Norte*, foi inaugurado em 21 de setembro de 2011, de modo destituído do significado oficial da sigla *AD* que lhe concede sua especificidade voltada para a questão álcool e drogas, adota como nova significação da abreviatura *AD* o termo *ações descentralizadas*, dando lugar à instauração simbólica de construção de um novo pacto social, em que todos podem se tornar responsáveis pela construção da Saúde Mental comunitária e coletiva.

As experiências citadas, certamente não imunes aos desafios e entraves inerentes ao campo da Saúde Mental na contemporaneidade, servem-nos de inspiração para crermos no investimento constante e comprometido com a formulação de respostas às demandas das pessoas em sofrimento e adoecimento psíquicos. Para o esboço destas respostas, faz-se

¹⁹Segundo Benasayag (2009), a proposta da Universidade Popular - Laboratório Social constitui uma experiência local em forma de unidade de ação e pesquisa, cuja missão está em resgatar os saberes populares de um território predefinido. Visa à construção no nível local de mecanismos de emancipação popular fundamentada sobre a complexidade do real e a criação de projetos coletivos.

propícia a compreensão ampla dos modos de constituição das demandas e nosso posicionamento ético diante da questão, sobre o que nos deteremos nos capítulos seguintes.

2 PSICOPATOLOGIA, SOFRIMENTO E DOR: O DELINEAMENTO DAS DEMANDAS TARDOMODERNAS EM SAÚDE MENTAL

“[...] Da surpresa de descobrir uma alma insatisfeita, fiquei com os olhos cheios de água... Percebi que meu filho, quase uma criança, notara, expliquei: estou emocionada, vou tomar um calmante. E ele: - Você não sabe diferenciar emoção de nervosismo? Você está tendo uma emoção. Entendi, aceitei e disse-lhe: Não vou tomar nenhum calmante. E vivi o que era pra ser vivido”. (Clarice Lispector).

Neste capítulo, esforçamo-nos para compreender teoricamente do que se tratam e como se constroem as demandas contemporâneas em Saúde Mental, pautados nas ideias gidderianas (apresentadas no capítulo anterior) acerca da Modernidade Tardia, bem como nos conceitos de demandas a partir das referências e elaborações que seguem.

Havíamos considerado ser primordial redimensionar o dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas constituintes e em suas técnicas de poder/saber, compreendendo a genealogia do sujeito da Saúde Mental para podermos pensá-lo não como algo dado, mas como uma produção subjetiva configurada enquanto doença mental que recai sobre corpos institucionalizados, fundamentados no conjunto de empreendimentos (teóricos, filosóficos, técnicos, culturais, políticos e éticos) compreendidos naquilo o que tomamos como Reforma da Saúde Mental. Esse redimensionamento implica em não interpretarmos a loucura como erro, inferioridade, incapacidade; mas ao contrário, potencializá-la como diferença, um novo modo de assumir relações com o mundo, tomando o saber como possibilidade e invenção de subjetividades para além de uma técnica de normatização, onde o diagnóstico passa a ser entendido como tomada compartilhada de responsabilidades, efetuando o rompimento da hierarquia médico-paciente. Este redimensionamento tornou-se historicamente necessário porque a psiquiatria separou o *objeto fictício* – doença – da existência concreta dos usuários e do corpo social no qual se inserem e pelo qual são constituídos (TORRE & AMARANTE, 2001).

A técnica, o saber científico, a normatividade, a especialização dos saberes, enfim os diversos dispositivos que operam por meio das instituições, ocultam, para Gadamer (2006), as questões vitais sobre a saúde e a doença, as quais dizem da tensão presente em nossa civilização fundamentada pelos ditames da ciência. A ciência detém o saber sobre a doença que é perturbação, perigo, algo com o qual se tem de lidar. A doença nesse contexto é tida como objeto, e como tal opera uma resistência à sua inserção nos acontecimentos da vida e é captada por uma objetivação que permite uma sujeição ao conhecimento nas práticas de saúde. No entanto, a doença se auto-objetiva, revelando-se como um lançar-se contra, o *importuno*. O autor refere-se à imprevisibilidade, ao mistério presente no caráter oculto da saúde: a ideia de que esta não se declara por si mesma. Ou seja, a saúde não pode ser de todo mensurada, submetida a padrões genéricos, a não ser até certo ponto, pois há uma medida natural que as coisas carregam em si – “se não se pode medir verdadeiramente a saúde é por ela ser um estado da adequação interna e da conformidade com si próprio, que não pode ser superado por um outro controle” (GADAMER, 2006, p. 114).

É essa harmonia não manifesta, esse caráter ocultado, que ensejamos enfatizar na Saúde Mental, entendendo-a também como uma expressão do ritmo da vida, de um equilíbrio que sempre volta a se estabilizar, como na concepção de Gadamer (2006). Ao tomarmos o horizonte do segredo da saúde, não teremos a pretensão de desvelá-lo, mas a motivação para reconhecê-lo e evidenciar sua relevância na intenção ética de estabelecer um compromisso com a reelaboração de dispositivos e técnicas que durante muito tempo legitimaram (e ainda legitimam) práticas excludentes, institucionalizantes e opressoras de pessoas em condição de sofrimento e adoecimento mental.

Enquanto o processo desejado de mudanças exige a participação de um sujeito agente em seu processo de produção da própria saúde, faz-se necessário redefinir uma demanda de exclusão construída historicamente incidindo sobre o louco e sobre o seu lugar de segregação, o hospício. Para tanto, não se pode reduzir este mesmo processo de desconstrução somente à invenção de novas unidades de assistência, mas há que se promover uma ruptura com os valores dos dois últimos séculos, os quais justificaram práticas excludentes de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio. Mais que um arsenal de conceituações científicas, a cultura manicomial configura-se numa *forma moral de compreensão da loucura* (AMARANTE & GULJOR, 2005).

No contexto tardomoderno de Saúde Mental (assim como na saúde como todo) vemos diante do fenômeno da *naturalização das necessidades de saúde*, o qual obscurece seu

processo de produção social. Para apreendermos os efeitos decorrentes deste fenômeno torna-se preciso revelar o complexo médico-industrial do aparato das técnicas e disciplinas, instituições e saberes envolvidos neste campo. Camargo Júnior (2005) refere que todas estas instâncias (indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, instituições de formação de profissionais, empresas de seguro-saúde, os vários tipos de serviços de saúde, indústria de publicações, instituições de pesquisa, entre outros) disputam legitimidade, poder, espaço e recursos, logrando caracterizar e evocar potenciais usuários, diretos e indiretos, dos bens e serviços produzidos, de modo que estes passem a ser necessários e adequados para o enfrentamento dos problemas de saúde, sendo estes últimos definidos por estas mesmas instâncias.

Entretanto, a decisão final de busca por um serviço de saúde deverá ser do próprio usuário ou de seus familiares, de modo que, sem o seu convencimento, as necessidades não se converterão em demanda por cuidado. Todavia, há uma tendência geral a expansão do quantitativo de usuários ávidos por procedimentos, medicalização e assistência. Os processos de medicalização, enfatizados nos últimos quarenta anos, são uma expressão desta tendência. Estes processos mostram sua inadequação tendo em vista que os agentes promotores da busca dos usuários pelos serviços de saúde não são necessária ou prioritariamente médicos (CAMARGO JÚNIOR, 2005). Na Saúde Mental, por exemplo, a busca por medicalização pode ocultar o desejo por orientação, escuta ou suporte emocional. Nesse sentido, há que se refletir o que sugere o próprio termo *medicalização*, como aponta o autor:

(...) o termo medicalização pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em ‘problemas de saúde’; e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p. 96).

Apontemos também aqui a discussão realizada por Caponi (2009) acerca da reflexão foucaultiana, não mais sobre a instituição com sua regularidade e suas regras, mas sobre os desequilíbrios de poder. Conforme a autora, a tentativa de inscrição da loucura numa sintomatologia médico geral, através da sua aproximação e constituição fundada num corpo – anatomopatológico ou neurológico – acaba por fracassar no século XIX. A psiquiatria caracteriza-se pela ausência de um corpo. Este deixa de ser pensado como um agregado de órgãos e tecidos para ser pensado como um conjunto de potencialidades, funções precisas e comportamentos desejáveis. Se desaparece a esperança de um corpo neurológico (que não

permite dar novas explicações às doenças mentais), o saber psiquiátrico passa a ser limitado a três instrumentos de poder: a hipnose, o interrogatório e as drogas. Os dois últimos instrumentos vigoram na tardomodernidade, tanto no espaço asilar como no extra asilar. A psiquiatria carrega consigo a especificidade da ausência de um corpo, de modo que, ao contrário das outras áreas da medicina, a precisão nosológica não assume tanta importância (em outras áreas médicas essa precisão é sempre fundamental para a realização do diagnóstico diferencial, por exemplo, uma úlcera será invariavelmente diferente de um câncer pulmão) quanto investigar se o paciente trata-se ou não de um louco. O diagnóstico da loucura estabelece-se, portanto, neste campo dual – não é esta preocupação por determinar a lesão, própria da neurologia, de que se ocupa o psiquiatra; ele não deseja saber se dizer determinadas coisas, ouvir vozes, estar melancólico associa-se a esta ou àquela lesão, mas se isso caracteriza ou não a loucura.

Para tanto, o poder da psiquiatria se vale, em tempos de reforma, da busca por tornar explícito aquilo que se esconde por trás dos hábitos, das condutas, dos humores, da história de vida, dos antecedentes familiares. Essa é a função do interrogatório: disciplinar, atribuir ao sujeito uma identidade. Ao psiquiatra cabe descobrir dados que falem de condutas e reações anormais, anteriores mesmo ao aparecimento da doença, saber quais os signos que funcionam como condição de possibilidade para o surgimento da loucura. O interrogatório, por assim dizer, possibilita o reconhecimento do doente como louco e, ainda, o reconhecimento do próprio saber psiquiátrico. Sua lógica deve, portanto, ser compreendida no interior das estratégias e mecânicas de poder – a ideia de anormalidade, o estabelecimento de faltas e a atribuição da loucura ao outro – através das quais este saber se afirma. O lugar da psiquiatria é esse onde se confrontam a vontade perturbada, as paixões indóceis e as condutas incômodas do louco e a retidão moral socialmente desejada, que se estabelece sob o eixo paixão-vontade-liberdade, entre a vontade pervertida e a terapêutica dominante, sob o signo da identidade do louco e não da sua alteridade.

Entretanto, para Caponi (2009) estas estratégias de poder não se limitam ao encerramento das instituições fechadas, persistindo nos Centros de Atenção Psicossocial a cada vez que a terapêutica se limita a estes instrumentos da psiquiatria no século XIX – o interrogatório e o uso de drogas. Se a psiquiatria deixou de ter como ordem o internamento e o encerramento, trata-se agora de medicalizar e dominar as paixões, os delírios, os maus comportamentos por meio do uso de psicofármacos. A esse respeito, a autora discorre:

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam o risco de violência, mas que, ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a ideia da psiquiatria clássica de ‘ausência do corpo do louco’. Só quando imaginamos essa ausência de corpo podemos compreender que sejam legitimados e minimizados os graves efeitos secundários e indesejados dessas drogas, tais como a impotência, o sono e fadiga permanente, a dor física, a insensibilidade corporal” (CAPONI, 2009, p. 102-103).

Franco e Merhy (2005) chamam a atenção para a discussão da produção da demanda pelo usuário, pressupondo-a como uma construção social, estando relacionada ao perfil do serviço de saúde em questão e à forma como se processa a produção do cuidado e a relação entre os profissionais e os usuários. Estes últimos associam a solução de seus problemas de saúde a determinados produtos ofertados pelo serviço, formando uma imagem idealizada que imprime no procedimento toda a sua expectativa de ser cuidado e protegido, quando por sua vez o recurso mostra-se limitado. Portanto, essa relação do procedimento com a satisfação das necessidades dos usuários trata-se de uma invenção, de uma construção social. O usuário projeta no exame, na medicação ou no procedimento um significado criado por ele mesmo a partir de constructos sociais implícitos, isto é, ocultos. O objeto-procedimento passa a ser responsável por todo o processo de cuidado, quando sabemos que ele sozinho não pode ser capaz de produzir este mesmo cuidado. Assim, essa produção conduz à demanda pelo consumo de procedimentos, quando não há necessidade justificável para este consumo. Demanda-se o procedimento e não o cuidado, como se aquele suprimisse o segundo e todo o resto (atenção da equipe de saúde, capacidade para o cuidado de si, escuta, desenvolvimento de auto-suporte) não existisse ou fosse dispensável. Esse processo opera também nos profissionais de saúde que, pautados no modelo médico-hegemônico (produtor de procedimentos) ou técnico-assistencial, descaracterizam suas práticas, numa tentativa de aproximação do modelo médico, o que os afasta da oferta de outros recursos importantes de produção do cuidado.

Bezerra Júnior (1994) realiza uma importante distinção entre a demanda naturalizada e a demanda como produto social. A primeira consiste na visão sustentada pela vertente psiquiátrica, sendo um fato natural cuja origem está em distúrbios somáticos ou psicológicos. O indivíduo adoecido estaria expressando através dos sintomas os seus conflitos pessoais (em termos de comportamentos aprendidos, do nível inconsciente, dos distúrbios da experiência existencial ou de efeitos das alterações somáticas). Se todo afeto e toda representação mental precisam de um correspondente neuro-físico-bioquímico para existir, então as origens e soluções do sofrimento deveriam ser buscadas neste modelo material de funcionamento do

psiquismo. Algumas nuances podem ser destacadas a partir deste tipo de concepção: ela permite a adoção de diversas concepções técnicas sobre o psiquismo; favorece a ênfase a respeito do alcance das terapêuticas medicamentosas; pode conceder privilégio à atenção psicológica integrada às demais modalidades clínicas ou, o contrário, reduzir ao máximo da especialização o atendimento aos usuários, entre outros aspectos.

Por outro lado, entende-se que, em vez de ser tomada como um fato natural, a demanda crescente de unidades psiquiátrico-psicológicas é socialmente forjada pela condição de miséria e exploração impostas à população, que adocece devido às pressões psicológicas insuportáveis, bem como pela estrutura de relações de produção capitalista que alienam o ser humano e ainda pelo aparelho médico que gradativamente promove a incorporação de novos espaços sociais sob sua tutela (quanto maior a oferta de serviços maior o campo de ação medicalizadora, maior o efeito da psiquiatrização do cotidiano e mais cresce a necessidade dos técnicos e das terapias). Trata-se da *psicologização dos problemas sociais* e da individualização das insatisfações coletivas, sem, contudo, representar a melhoria das condições de Saúde Mental da população.

Ambas as concepções, quando radicalizadas ou extremamente relativizadas, podem implicar em graves equívocos. No caso da primeira o engano está em tomar o tipo de existência individual produzido nas sociedades ocidentais modernas como universal e típico de todas as pessoas. Mas para os profissionais de saúde, que lidam com pessoas pertencentes a estratos sociais, faixas etárias e culturas distintas, faz-se necessário reconhecer que nem sempre os usuários que se apresentam aos serviços possuem as mesmas noções acerca do adoecimento psíquico, quase sempre não. Deixar-se levar pela ilusão universalista acarreta o fechamento à diversidade e empobrece a escuta ética das demandas manifestadas. No caso da segunda concepção (demanda como produto social), Bezerra Júnior (1994) nos diz:

... afirmar que a patologia mental em qualquer de suas acepções é consequência da estrutura social opressiva e excludente é simplificar (...) a complexa e inextrincável relação entre a realidade social, as formas coletivas de representação desta realidade, e os mecanismos individuais de apreensão destas representações, os modos de constituição dos sujeitos psicológicos (p. 143).

Importante para enfatizar nesta discussão é o ponto de vista do sujeito que sente a necessidade de ajuda. Ele não percebe sua busca por tratamento como resultado de um processo de medicalização de sua existência ou dos conflitos sociais em que está, inevitavelmente, imerso. É, portanto, movido pelo sofrimento. Daí a sua demanda por medicamentos ter suas raízes em um sistema complexo de ideais, anseios e representações

sobre a doença e o tratamento. O reforço cultural da ideia de que tratar seja sinônimo de medicar vem cada vez mais tomando os espaços da assistência médica na Saúde Mental, configurando uma verdadeira *economia da prescrição*, e interferindo na configuração das demandas dos usuários. O autor reitera:

Na verdade a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receita. A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilita uma evolução do caso, e o círculo vicioso vai cornificando médico e paciente neste simulacro de tratamento. Nomes sem rosto, pacientes sem história sucedendo-se um a um na cadeira do paciente, saindo da consulta com nada mais que um saco de remédios e uma marcação de retorno longínqua (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 148).

Diante de tal problemática, passa a ser imprescindível colocar em pauta os questionamentos adequados a esta realidade e, posteriormente, empreender-se na busca por elaboração de respostas à demanda do outro. Devem aparecer no palco desta discussão as singularidades e os impasses nos quais nossa formação sócio-cultural nos insere. Dantas (2009) pondera que as articulações complexas entre o psiquismo e o social ainda são pouco exploradas e que a sociedade contemporânea define os papéis sociais do doente e da patologia cuja resultante advém da interação não simplória de elementos orgânicos, psíquicos e sociais. A aparentemente inofensiva definição de um diagnóstico deposita marcas no corpo e no psiquismo do indivíduo, conduzindo-o a elaborar um trabalho de recomposição de sua condição de sujeito, afetando sua identidade pessoal e social.

Conforme Benasayag (2005, 2009, 2011), sociólogo contemporâneo, estamos imersos numa *cultura do risco*, em que o futuro deixou de ser uma promessa e tornou-se uma ameaça. O sofrimento psíquico das pessoas, sob seu ponto de vista, apresenta uma novidade, estando esta relacionada à época em que vivemos. A constatação desse novo elemento apresenta-se em aspectos quantitativos (como a crescente demanda nos serviços de Saúde Mental de queixas como medo, insegurança e ansiedade) e qualitativos (elementos de cunho histórico e político). A modernidade criou uma crença exacerbada no progresso e, com ela, a promessa de um futuro melhor, de modo que todas as atividades humanas ordenaram-se para essa crença de futuro. Entretanto, vivemos a maior crise social e histórica em nossa atualidade, que se caracteriza por uma relação específica entre os aspectos global e local. Enquanto as partes que constituem o todo (sociedade), em seu estado *normal*, são dotadas de autonomia, em estado de crise essas partes perdem tal autonomia e passam a funcionar como dependentes dos fatores sociais, como se estivessem coladas a estes de modo indissociável. O global passa a atribuir um novo sentido aos atos individuais, de forma que o que somos não depende de nós,

mas de fatores externos a nós, ao mesmo tempo em que não compreendemos ou não aceitamos como essas forças externas atuam sobre nossas vidas. Essa constitui uma das causas do *novo sofrimento psíquico*.

Para Benasayag (2005, 2009, 2011), os serviços de psicologia e psiquiatria vêm sendo transbordados por novas demandas, as quais não correspondem à nosografia clássica dos transtornos mentais. Em sua percepção, estamos inseridos num mundo onde o sofrimento das pessoas é reflexo de uma crise histórica e não encontramos uma maneira viável de lidar com o negativo²⁰. O sofrimento expressa-se de forma não discursiva e não simbólica, por meio da dor, que constitui a única maneira que o sujeito encontra de manifestar o seu desacordo com o sistema social. Ocorre uma queda no *modelo normalizador* (o homem normal seria aquele capaz de eliminar a loucura, as paixões, o negativo) na modernidade tardia, e nós reagimos a isso com a tentativa de *abafamento do sintoma*, com a destruição da singularidade, criando a ilusão de que não há mais sofrimento existencial, apenas patológico. Ao mesmo instante em que as pessoas experimentam cada vez mais que suas vidas dependem de coisas que não podem controlar (desemprego, mídia, desastres ecológicos, economia), numa sociedade que não tolera a dor (porque quanto mais se sofre mais se tem de estar bem), os profissionais são convocados a normalizar as expressões do sofrimento, buscando suas razões endógenas, de modo a individualizar a subjetividade e constatando, inevitavelmente, sua impotência frente a esses novos modos de sofrer (MOREIRA, 2001; FREIRE & MOREIRA, 2003b).

A *perda da alma* característica do homem moderno, tal como reflete Kristeva (2002), denota a existência de um novo paciente/usuário/cliente que traz em sua queixa um sofrimento preso ao corpo – somatização – e o faz comprazendo-se nessa mesma queixa, a qual ele deseja insistentemente. Não lhe oferecendo alternativas, a não ser a neuroquímica (onde se torna possível encontrar alívio para insônias, depressões, surtos psicóticos, etc.), a sociedade que formou este homem moderno, ao mesmo tempo, subtraiu-lhe a alma, tornando sua expressão padronizada e seu discurso normatizado.

O espetáculo de imagens ofertado pela sociedade captura angústias e desejos, de modo que a vida psíquica do homem moderno situa-se no intervalo entre os sintomas somáticos e a transformação de seus desejos em imagens. O mundo deste homem satisfeito com *pílulas e telas* está permeado de dificuldades relacionais e sexuais, *somatizações* de toda ordem e uma quase total impossibilidade de expressão do mal-estar, estando sua linguagem revestida por uma camada de *artificialização*, sentida como vazia e robotizada.

²⁰Podemos entender como *negativo* tudo o que pode se aproximar do sofrimento, da doença e da dor, que se tenha de afastar do aspecto social e não coadune com os ideais modernos de felicidade.

A ausência de representação psíquica passa a ser o aspecto comum a todas as novas sintomatologias, a qual poderá manifestar-se através de um *mutismo psíquico*, ou de variados sinais tidos como artificiais ou vazios, implicando necessariamente num entrave para a vida sensorial, sexual, intelectual, podendo trazer prejuízos ao próprio funcionamento biológico. Assim expressas, *as novas doenças da alma* referem-se às dificuldades ou incapacidades de representação psíquica que podem chegar a matar o espaço psíquico, requerendo eminentemente a descoberta dessa nova psique manifesta na contemporaneidade. (KRISTEVA, 2002).

Diante do exposto, revela-se a construção sócio-histórica da demanda e sua gênese no processo de constituição dos modelos technoassistenciais no campo da saúde, tanto quanto o impacto no modo como profissionais e usuários apreendem os serviços, na criação de processos de subjetivação que implicam numa dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde. Sobre este ponto de vista, opera uma real contradição entre o cuidado que se propõe a partir de processos sociais de mudança, como na concepção de Reforma da Saúde Mental, e o outro, produtor de procedimentos, que se evidencia no modelo vigente atual. Torna-se imprescindível pensar, então, acerca de novos modos de subjetivação, que promovam transformações efetivas em conceitos fundamentais para o campo da Saúde Mental, como psicopatologia, dor e sofrimento psíquico, bem como apreender o sentido que estes aspectos assumem na modernidade tardia.

Para pensarmos acerca da psicopatologia, resgatamos a proposta epistemológica e de intervenção apresentada por Moreira (2004; MOREIRA & SLOAN, 2002) de uma psicopatologia crítica, a qual transcende a psicologia individualista, ao redimensionar a definição da doença mental como atribuída unicamente à realidade interna do indivíduo. A psicopatologia passa a ser entendida, neste ponto de vista, como *mutuamente constituída em seus múltiplos contornos*, de modo a considerar não apenas os processos biológicos e psicológicos, mas também históricos, sociais, políticos, antropológicos, ou seja, culturalmente produzidos a partir de processos ideológicos²¹. Conforme a autora, vivemos numa sociedade ocidental marcadamente hedonista, onde prevalece o culto ao prazer. Nessa ordem de pensamento, o sofrimento é algo a ser eliminado, de forma rápida, pois o homem contemporâneo não suporta sofrer, o que ocasiona a experiência de vazio.

²¹Embora consideremos o ponto de vista dos autores no que concerne aos elementos constituintes do que colocam como *psicopatologia crítica*, não tivemos a intenção de analisar o conceito de ideologia neste estudo. Porém, esclarecemos este mesmo conceito, ao ser resgatado pela psicopatologia crítica, diz de um sistema de práticas e representações que reproduz relações sociais de dominação.

Ao estabelecerem os fundamentos para uma psicopatologia crítica, Sloan e Moreira (2002) referem que a psicopatologia do século XIX (e possivelmente a atual) mostrou um homem natural ou normal como um dado anterior a toda experiência da doença, no entanto essa naturalização teve um caráter ilusório e este homem precisou ser situado dentro de um sistema social. No século XX, a loucura foi reduzida a um fenômeno natural num ato positivista, de onde se entende que a medicalização da loucura produziu-se por razões econômicas e sociais. Partindo dessa perspectiva histórica, a psicopatologia crítica tem a intenção de revelar processos de *despotencialização* os quais são característicos das psicopatologias como todo.

A psicopatologia crítica, não tendo a pretensão de ser uma disciplina ou mesmo um enfoque, trata-se de uma perspectiva, a qual pode ser tomada por qualquer campo de estudo da psicopatologia e de suas manifestações. Como tal, essa compreensão crítica da psicopatologia põe em questão a compreensão individualista que perpassa todas as abordagens de psicopatologia tradicionais – marcadas pela ideologia individualista do mundo ocidental como um todo. Portanto, conforme Sloan e Moreira (2002), a definição mais apropriada da psicopatologia crítica constitui a interseção da psicologia crítica com a clínica psicológica e psiquiátrica, explicitamente de tradição fenomenológica.

Partindo principalmente da fenomenologia merleau-pontyana, bem como de uma visão sócio-histórica da psicopatologia, tal perspectiva apresenta como alguns de seus fundamentos: 1) a compreensão de forma não dicotomizada, e sim mundana; 2) não ser individualista ao priorizar a compreensão cultural e histórica do fenômeno psicopatológico, sem renegar a sua compreensão biológica; 3) não tem a pretensão de uma neutralidade científica, que seria justificada pela abordagem individualista da psicologia; 4) buscar a etiologia das doenças mentais não ficando restrita à sua sintomatologia; 5) compreender toda experiência psicopatológica como um processo de *despotencialização*, diferenciando sofrimento de doença, entendendo-se *despotencialização* como a incapacidade dos indivíduos de viver significativamente, traduzida na sensação de vazio própria da angústia contemporânea, e, por fim, 6) assume um caráter *desideologizante*, sendo este seu princípio central, ou seja, sempre se indaga sobre a função da doença num dado contexto, desvelando ideias ou imagens que sustentam as desigualdades e promovem interesses particulares (SLOAN & MOREIRA, 2002).

Na era da excessiva oferta de procedimentos, da supervalorização da técnica e do aumento da medicalização, urge o resgate do sentido etiológico da psicopatologia como o

estudo das origens dos fenômenos psicopatológicos. Na tentativa de estacionar a epidemia das doenças mentais que invade a contemporaneidade, faz-se necessário *desideologizar* o sintoma, sem, no entanto, deixar de reconhecer a importância da eliminação da sintomatologia enquanto expressão maior do sofrimento mental. Trata-se de resgatar as origens dos transtornos, ou seja, que o tratamento e a compreensão das doenças mentais se deem mediante um olhar para os seus múltiplos contornos, na revelação de uma ideologia referente à *cultura da psicopatologia* que foi instalada na sociedade atual e vem cada vez mais ganhando espaço e legitimação.

Nesta cultura, as características comportamentais e psicológicas constituem um processo de incongruência entre pensamento, sentimento e ação, o qual gera sofrimento psíquico, correspondendo à *despotencialização* do indivíduo tanto na situação ideológica como na psicopatológica. O projeto da contemporaneidade institui uma marca de cisão, de dicotomia, expressas nas dissociações modernas que legitimam um modo próprio de fazer sentido:

A dissociação ocorre (...) pela divisão entre a consciência de que algo está errado e o comportamento que nega esta constatação através de um outro mecanismo que coloca o outro – seja ele o patrão, o estado, o professor – em uma posição idealizada, originada comumente da idealização residual de imagens paternas. No caso da experiência psicopatológica o “outro idealizado” se torna evidente na figura do médico, do psicólogo e cada vez mais freqüentemente, nas sociedades contemporâneas ocidentais manipuladas pela indústria farmacêutica, nos psicofármacos, desenvolvidos especialmente para dar as desejadas respostas mágicas e imediatas (...) (SLOAN & MOREIRA, 2002, p. 166).

Desse modo, a contemporaneidade, de forma geral, convive com múltiplos paradigmas de psicopatologia, preservando uma dominância do modelo biomédico, que enfatiza a técnica e os procedimentos nas formas de tratamento da doença mental. O predomínio da técnica e da medicalização é resultado das consequências do estilo de vida capitalista produzido pelo contexto cultural tardomoderno, em que, nos últimos cinquenta anos, ocorreu o declínio das clássicas configurações neuróticas (fobias, histerias e desordens obsessivas) e a elevação de desordens de personalidade (narcísica, depressiva, antisocial, borderline). Esse fenômeno aponta para a ideia de que os sintomas atribuídos a aspectos existenciais, orgânicos ou unicamente psicológicos, podem ter suas raízes sociais no mundo capitalista contemporâneo onde prevalece o *nervosismo* pela permanente crise da identidade.

Sloan e Moreira (2002) analisam as consequências do individualismo capitalista no mundo contemporâneo ocidental, apresentando os efeitos disso relacionados à autoestima (através da forma de se lidar com as frustrações, medos e desejos que a própria sociedade

instaura) numa contexto narcísico, individualista e *despotencializador*, que exige em máximo grau um homem autônomo, belo e bem-sucedido. Nessa sociedade permanece oculta uma ideologia que é dada pelo sustento a um amplo mercado estabelecido em torno do sofrimento psíquico. O individualismo de perfil narcisista desemboca num narcisismo novo, trançando uma configuração inédita do indivíduo em suas relações consigo e com o mundo – o individualismo puro, desprovido de valores sociais e morais. Por outro lado, como resultante do estilo de vida consumista ocorre uma deterioração das relações interpessoais, corroborando para a crise do suporte social, trazendo severas consequências para a evolução dos quadros patológicos relacionados às sociedades individualistas.

Do mesmo modo que o individualismo, o consumo está relacionado à autoestima, no sentido de que o ter se confunde com o ser de tal forma que a necessidade de consumir, de ingerir, de comer ou de comprar não se distingue do desejo, ocasionando comportamentos impulsivos também marcantes nas psicopatologias contemporâneas. Os problemas de autoestima da atualidade seriam a expressão da falta de poder, da sensação de fracasso e de impotência, impregnadas no niilismo característico dessas sociedades (SLOAN & MOREIRA, 2002).

Neste ponto, sentimo-nos instigados a discorrer sobre os contornos assumidos pelo sofrimento e pelo adoecimento psíquicos na contemporaneidade (LEMOS & FREIRE, 2011), apresentando também a concepção de dor, na perspectiva dos autores, no intuito não de realizar distinções conclusivas acerca destes conceitos, mas de configurar com maior propriedade do delineamento das manifestações do sofrimento psíquico na atualidade e do que vimos entendendo como demandas tardomodernas em Saúde Mental.

Homem (2003) afirma que a contemporaneidade possui um aspecto de *descartabilidade* em que o sujeito obriga-se a assumir uma vinculação a diversos objetos, desvinculando-se do próprio desejo, colocando-se no lugar de não-ser. Nesse sentido, este sujeito acaba por tornar-se alvo fácil dos discursos medicalizantes e medicamentosos, formas ilusoriamente sustentadas pela ciência moderna. O sujeito constitui um consumidor obediente e submisso, preso aos modelos identificatórios da indústria cultural. A ciência e a tecnologia viabilizam a geração de uma diversidade de novos e avançados objetos, levando à mercantilização de todos os domínios da experiência humana, incluindo a saúde e a patologia. A *alma* está aquietada por psicofármacos cada vez mais eficazes na domesticação do medo, da tristeza, da angústia, conduzindo ao desaparecimento do sujeito através de sua objetivação. A submissão às práticas discursivas dominantes opera pela manutenção da dominação social

do corpo e do psicológico, oferecendo ao sujeito mínimas condições de atuação ante a própria existência. A medicalização excessiva é, portanto, uma consequência natural do capitalismo monopolista e financeiro que transforma tudo em valor abstrato, traduzindo também o ser em valor de troca.

Corroborando com as ideias acima, Birman (2003) denomina *cultura do somático* esta da economia do corpo ter como ponto de partida um intenso processo de medicalização. Há um excesso de consumo de medicamentos atualmente, além de as manifestações do mal-estar serem expressas de uma forma especificamente diferente, a saber: através do mal-estar corpóreo. Patologias como depressões, pânico e compulsões tomam a corporeidade como forma de expressão, além de se evidenciarem como impossibilidades de ação na subjetividade, ou seja, como impotência. O mal-estar contemporâneo é expresso no corpo e na ação, de modo que a linguagem torna-se empobrecida e o discurso esvazia-se de sua dimensão simbólica, o que caracteriza a expressão de dor em vez de sofrimento. Ao imergir na dor, a subjetividade denuncia sua vertente narcísica, em que o sujeito fecha-se em si mesmo, não se dirigindo ao outro, perdendo sua dimensão de alteridade. O diálogo com o outro fica obstruído na expressão da patologia pela dor, uma vez que o sujeito se restringe a si em sua pretensa autosuficiência. Já no sofrimento, oposto da dor, o sujeito é capaz de dirigir ao outro uma demanda, demonstrando um caráter de atividade – diferentemente da dor, que esboça passividade. Em suma, a subjetividade contemporânea parece não expressar sua capacidade de transformar dor em sofrimento, tornando-se vazia num mundo sem mediação e sem sentido.

Embora a discussão seja antiga e não a tenhamos adotado como foco de nosso estudo, a título de suscitar uma pretensa distinção entre sofrimento e adoecimento psíquicos, apresentamos a definição de Sampaio (1998) presente em sua *Epidemiologia da Imprecisão*, que nos parece pertinente para o entendimento das controvérsias inerentes a esta questão:

Quando falamos em sofrimento psíquico estamos falando em algum tipo de contradição entre subjetividade e objetividade, e quando falamos em doença mental estamos falando em antagonismo entre subjetividade e objetividade, uma ruptura aparential entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, já consubstanciado intra-subjetivamente, entre o eu e o eu, e nas tentativas de superar aquela ruptura aparential, dolorosa ameaça de ruptura real (p. 89).

Disto, entendemos que na condição de sofrimento ocorre simultaneamente a afirmação e a negação a respeito do mesmo objeto ou experiência, expressando dilema, questionamento e requerendo novos posicionamentos do sujeito ante sua realidade psíquica. Por outro lado, o adoecimento parece tratar-se de uma cisão (*real*) – esta que já está anteriormente inscrita no

próprio sujeito (*entre o eu e o eu*) – ou quase cisão (*aparencial*) entre o sujeito e seu mundo, entre este e o outro, gerando luta interna, oposição e incompatibilidade subjetivas. A sutil diferença entre os conceitos, não nos soa como excludente (ou o sujeito sofre ou está adoecendo) ou conclusiva, mas nos serve ao entendimento da polêmica (recorrente no campo da Saúde Mental) acerca dessas experiências e sua implicação na configuração das demandas dos usuários.

Canguilhem (2009), no tocante às suas distinções sobre o normal e o patológico, apresenta noções distintas de saúde, esclarecendo a doença não como uma dimensão da saúde, mas como uma nova dimensão da vida. Enquanto a ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde, esta última seria uma espécie de abordagem da existência pelo sujeito não com a sensação de possuidor ou portador, e sim no lugar de criador de valor, de *instaurador de normas vitais*.

Contudo, longe da concretização da percepção acima citada, a díade sofrimento psíquico-Saúde Mental expressa, na modernidade tardia, a transformação pela qual a psiquiatria, as demais disciplinas e a sociedade passaram nos últimos trinta anos. Ehrenberg (2004) identifica que houve um considerável aumento da diversidade de problemas e dos atores que começaram a se pronunciar e atuar neste âmbito, o qual tomou uma inédita importância nas esferas econômica, social, política e cultural. Constata-se o aparecimento de novas espécies de morbidade nas sociedades liberais: depressão, estresse pós-traumático, transtornos obsessivos compulsivos, ataques de pânico, adições a objetos diversos (a heroína, o ecstasy, a maconha, o álcool, a comida, o jogo, o sexo, o consumo, os medicamentos psicotrópicos), ansiedade generalizada, impulsos suicidas e violentos (particularmente entre os adolescentes e jovens adultos), síndromes de fadiga crônica, sendo estes compreendidos na definição de termos como *patologias de exclusão*, *sofrimentos psicossociais*, *comportamentos de risco* ou *psicopatias*.

Paralelo ao rompimento das grades asilares houve a ampliação de um conjunto polimorfo de sofrimentos em todas as partes, os quais buscam encontrar respostas no campo da Saúde Mental. O emprego recente e sistemático na vida social da referência ao sofrimento psíquico e à Saúde Mental desenha uma nova forma social que pode ser entendida a partir de três critérios: 1) *De valor*: o distúrbio psíquico é contemporaneamente considerado como um mal tão grave quanto o distúrbio do corpo e, geralmente, mais insidioso; 2) *De extensão*: o distúrbio psíquico diz respeito a cada instituição (escola, família, empresa ou justiça) e mobiliza os atores mais heterogêneos (médico, assistentes sociais, educadores, direção de

recursos humanos, novos movimentos religiosos, etc.) e 3) *De descrição e justificação da ação*: não apenas nenhuma doença, mas também nenhuma situação social problemática (a delinquência dos jovens, o desemprego, a relação entre profissionais e clientes ou usuários) podem, contemporaneamente, serem abordadas sem se levar em conta o sofrimento psíquico e sem propor a restauração da Saúde Mental dos indivíduos e dos grupos (EHRENBERG, 2004).

O que há de novo é exatamente esta preocupação pelos problemas de massa da subjetividade individual, os quais passaram a estar impregnados no conjunto da vida social. A díade sofrimento psíquico-Saúde Mental se impôs ao nosso vocabulário e experiência na medida em que os valores de propriedade de si e de escolha de vida, de realização pessoal e de iniciativa individual se ancoraram na coletividade pelo ideal da *autonomia*. No pensamento do autor (EHRENBERG, 2004), o significado de agir e decidir por si mesmo, implícito na ideia de autonomia, refere-se a um tipo de indivíduo que exige de si a disciplina e a obediência. Trata-se da norma social, que no plano sociológico, nos faz incorporar a *disciplina da autonomia*, do individualismo como o conjunto de mudanças nos modos de agir e de justificar ações. Daí, decorre a má identificação do foco da Saúde Mental e o seu uso diversificado, onde o louco torna-se somente um componente do conjunto mais vasto que o incorporou - o do cidadão em dificuldade, em sofrimento, que demanda apoio e deve também deve ser reprimido e contido, mas de modo distinto do que foi dirigido ao louco em momento histórico anterior.

Neste contexto propício, ocorre a multiplicação das síndromes psiquiátricas nas diversas nomenclaturas, permitindo fornecer diagnósticos para um grande número de problemas psicológicos e comportamentais, mas, sobretudo, conceder-lhes um nome, uma identificação social. Torna-se fácil constatar, portanto, na atualidade, uma miríade de expressões de patologias mal definidas e um maior interesse pelos sofrimentos psíquicos não pertencentes ao âmbito da psicopatologia.

Mais uma vez nos ancoramos na psicopatologia crítica, em sua tentativa de resgate da *potencialização* da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico através de um processo de reflexão-ação (que deveria ser o lugar da etiologia) numa clínica crítica e de transcendência das tradições individualistas que decorre num posicionamento ético:

A proposta de uma etiologia desideologizadora assume, explícita e prioritariamente, uma posição de “sujeito moral”... aquele que toma uma posição no mundo a favor do bem-estar social, portanto, se compromete com a busca da superação das injustas experiências de opressão que atingem o habitante do mundo contemporâneo (...) Esta assume o dever humanizante de contribuir para desmascarar processos

desumanizantes de dominação tal como o “adocimento instantâneo” e ingênuo de pessoas (...) Assume, finalmente, o compromisso com o estudo da origem dos diversos quadros psicopatológicos de forma propriamente ética além de científica (SLOAN & MOREIRA, 2002, p. 171-172).

Em sua obra *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso*, Lima (2010) analisa, sob uma perspectiva da Psicologia Social Crítica, os desdobramentos da identidade do doente mental na sociedade atual. Os posicionamentos do autor, ao promover o aprofundamento de uma crítica deveras consistente, em nosso modo de ver, acerca dos limites e das consequências perversas dos discursos e práticas de Saúde Mental, revelam como principal problemática a soberania do discurso psiquiátrico neste campo e a manutenção da *personagem* doente mental. Sem desconsiderar as diferenças individuais e as formas diversas de sofrimento subjetivo, utiliza-se dos conceitos de *doença mental* e *loucura* para a identificação daquilo que define como *discurso técnico-psicológico*²². Adotando como foco de sua análise a gênese e o desenvolvimento histórico da identidade pressuposta do doente mental, denuncia o reconhecimento perverso da sociedade dado a estes indivíduos considerados loucos, o qual parte de uma racionalidade disciplinar que orienta os doentes mentais em suas formas de ser e agir a partir de uma lógica de anulação de suas contradições e singularidades, deflagrada pelas sociedades capitalistas contemporâneas.

Os problemas vivenciados pela Saúde Mental na atualidade são resultados de um processo histórico, estando relacionados à escolha de uma proposta conciliadora entre os interesses do mundo da vida e a lógica sistêmica, em vez da escolha por uma *revolução psiquiátrica*. Tal proposta conciliadora transforma a identidade pressuposta do doente mental num objeto de disputa e utilização num capitalismo tardio que incorpora dois conteúdos diferentes na mesma expressão identitária – o cidadão e o paciente *doente mental* – na distorção das relações de dominação e exploração implícitas.

Para Lima (2010) não houve no Brasil a proposta de uma revolução ou emancipação psiquiátrica, sendo apenas possível constatar, nas últimas décadas, com as transformações teórico-políticas ocorridas, o fenômeno que somou à identidade pressuposta do *paciente doente mental* (proposta pela instituição psiquiátrica) uma política de identidade pressuposta do *cidadão doente mental* (pelos militantes da Saúde Mental), que trouxe como desdobramento o desenvolvimento da política brasileira de Saúde Mental. A política em questão assumiu o discurso de que a produção da desumanização do doente mental foi

²² O autor inclui nesta terminologia os discursos psicanalítico, psicológico e psiquiátrico sobre o normal e o patológico, os quais buscam diagnosticar expressões identitárias não convencionais ou indesejadas nos indivíduos considerados doentes mentais (LIMA, 2010).

promovida pelo manicômio e que a sua solução estaria na ampliação das instituições substitutivas, ou seja, dos novos dispositivos de controle, os quais seriam responsáveis pela inclusão do louco na sociedade.

Embora reconheça que a dita Reforma Psiquiátrica seja mais humanizadora que a lógica manicomial, Lima (2010) reforça que esta tem se dado no sentido mais instrumental e burocrático, já que as suas formas de intervenção permanecem a produzir a estigmatização e a medicalização dos indivíduos e que a luta pela liberdade do louco, muitas vezes, tem se convertido em novas formas de dominação. Na prática, os profissionais de Saúde Mental, ao contrário das proposições do Movimento da Luta Antimanicomial, têm dado continuidade à tradição de administração dos indivíduos, grupos e coletividades, ao adotarem uma racionalidade instrumental e uma autoridade científico-social, monopolizando o que acreditam ser o único conhecimento verdadeiro e legítimo sobre a saúde e a doença e passando a considerarem-se especialistas capacitados a prescrever as formas mais adequadas de inclusão social do louco, quando este é dado excluído a partir de seu próprio diagnóstico. Desse modo, a reforma que se tem apresentado contribui para ampliar o âmbito do que já foi criado, mas não tem se mostrado tão eficaz em transformar ao ponto de fazer surgir uma nova realidade humana.

Para uma mudança qualitativa e concreta, na avaliação de Lima (2010) seria necessário abrir mão da leitura psiquiátrica do normal e do patológico, no sentido de uma *descolonização do imaginário coletivo* relacionado aos sentidos que o discurso dominante sobre a doença mental assume em nossa época. Entretanto, os profissionais, principalmente os psicólogos, continuam presos ao discurso médico, desconsiderando que, mesmo diante das mudanças, a identidade pressuposta do doente mental permanece a da totalidade de um indivíduo de conduta anormal, desviante ou não convencional. Pensam que, caso não se submetam à lógica dominante, estarão contribuindo para o retorno do manicômio, como se fosse esse retrocesso o único modelo diferente do modelo de reforma atual.

Além disso, paralelamente a esta estagnação ou *cinismo* dos profissionais, constata-se ainda uma espécie de *pactuação perversa* entre os serviços substitutivos e os usuários destes mesmos serviços. A doença mental passa a ser uma forma de existência que possibilita um tipo de reconhecimento, o que ocorre, por exemplo, quando a condição de doente possibilita o acesso a algum tipo de renda ou mesmo à medicalização como direito. Outro exemplo consiste no fenômeno da adesão às práticas psicofarmacológicas, através do qual o usuário aceita o discurso da Saúde Mental e junto a ele o consumo de substâncias (medicalização),

que passam a ser encaradas como uma demanda e como um direito, não requerendo mais nenhuma forma de resistência. Em busca desse reconhecimento, os usuários podem chegar até mesmo a interpretar a *personagem doente mental*, exacerbando sua sintomatologia na tentativa de se identificar com o discurso de autoridade (legitimado pela ampla credulidade popular e veiculação na mídia) e lograr os serviços de especialistas.

As considerações em questão denotam que o problema não deve ser reduzido à humanização do doente mental. Ao intentar tal redução, o Estado – agente de facilitação do capitalismo tardio – através de suas ações (promoção de cursos, fóruns, congressos, capacitações, etc.), socializa o discurso médico e torna acessíveis as distorções do campo Saúde Mental, como a compreensão de que tudo pode ser tratado, entendendo tratamento como algo essencialmente associado à questão da medicalização. Assim, almeja-se uma *cidadania fraca* que torna o usuário primeiramente dependente do serviço para depois buscar promover sua reabilitação social e inclusão comunitária.

O discurso acerca do normal e do patológico limita as formas de expressão humanas, reforçando uma política de identidade que mantém o indivíduo (personagem fetichizada) no papel de doente mental em recuperação. Diante disso, para Lima (2010) seria equívoco não voltarmos nossa atenção para os novos dispositivos e suas novas formas de controle. Quando aprofunda a compreensão da própria identidade do doente mental como metamorfose, o autor nos fornece ferramentas relevantes para a análise dos processos implícitos que configuram as demandas tardomodernas em Saúde Mental. A identidade como metamorfose significa tomar o ser humano sob o ângulo de sua potência, considerando seus limites, sejam eles o sofrimento, a dor ou a doença, como pontos de partida para a sua emancipação. Nisso traduz-se um imperativo ético fundamental: o de que não há como determinar nenhum *a priori* para as formas de vida humana.

No que podemos inferir por ora, é em meio a uma *crise de sentido* ou *crise de autoridade*, como denuncia Ehrenberg (2004), ou na *Época das Paixões Tristes* a que se refere Benasayag (2005), que se delineiam as demandas tardomodernas em Saúde Mental, em tudo aquilo o que elas podem expressar como dor, patologia ou sofrimento na experiência do outro-alteridade. Com relação ao primeiro autor, todo o sofrimento (se pudermos incluir neste termo diversas manifestações de uma mesma experiência, seja patológica ou não) está relacionado à crença de que o individualismo contemporâneo se caracteriza por uma perda das referências, um desligamento do laço social, uma ausência dos limites das paixões de todo indivíduo. Entende-se disso uma *nova economia psíquica* trazendo como sua resultante direta

a presença de indivíduos que sofrem da ausência de limite e das *patologias do laço*. O segundo, por sua vez, reporta-se à atualidade como a era do sofrimento não expresso pela tristeza e pelo choro, mas pela impotência e por sua própria desintegração; onde a incerteza ante a promessa não realizada do cientificismo não adquire a conotação de fracasso, porém surge como possibilidade de desenvolvimento de criativas formas não deterministas de racionalidade.

Encerremos, por ora, a discussão acerca das demandas tardomodernas em Saúde Mental (a ser retomada nos capítulos de análise), reportando-nos às palavras de Lévinas (2009) que vêm ressaltar o sofrimento psíquico em toda a sua intensidade e complexidade de sentido, ausente da preocupação de enfatizar as distinções conceituais em torno deste tema, mas focada fundamentalmente na experiência do outro, esta que nos inscreve necessariamente em nossa condição ética ante a alteridade:

Ao sofrimento refere-se todo o mal. Ele é o impasse da vida e do ser, seu absurdo em que a dor não vem “colorir” de afetividade, e de certa maneira inocente, a consciência. O mal da dor, o próprio dano, é o esfacelamento e como que a articulação mais profunda do absurdo”. (LÉVINAS, 2009, p. 130).

No capítulo vindouro, tomamos a dimensão ética que emerge das demandas do outro e exige a ocupação de seu lugar privilegiado na relação com o sofrimento e o adoecimento psíquicos no campo da Saúde Mental.

3 PREMÊNÇA ÉTICA EM SAÚDE MENTAL: O LUGAR DA ALTERIDADE- LOUCURA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“A responsabilidade infinita por outrem...
anima, portanto, todo o psiquismo eleito para
introduzir o humano na rude ordem do ser”
(Catherine Chaliier).

Inicialmente, queremos nos situar quanto ao terreno da ética que nos interessa discutir, para, em seguida, apontarmos o lugar do sofrimento do outro- alteridade no CAPS, que a dimensão ética nos intima a reconhecer. Desde os primórdios do homem como ser social, o comportamento humano possui um cunho prático-moral sujeito a mudanças a cada época histórica e a cada forma de organização social. Atos e juízos morais pressupõem determinadas normas que servem para apontar o que deve ser feito. Daí, o comportamento torna-se o resultado de uma decisão refletida e não de uma ação totalmente natural ou espontânea (VÁZQUEZ, 1985).

Estes comportamentos práticos, quando tomados como objetos do pensamento e da reflexividade, provocam a passagem do plano da prática moral para o plano o da teoria moral ou da moral refletida ou da moral reflexa. A passagem em questão, coincidindo com os inícios do pensamento filosófico, conforme Vázquez (1985), é o que define a nossa inserção no campo dos problemas éticos. Estes, diferentemente dos problemas prático-morais, estão caracterizados por sua generalidade. A ética afirma o que é um comportamento moral e em que consiste o fim (o bom) visado por ele. Assim, definir o que é bom não se trata de buscar a resposta mais adequada a cada indivíduo em cada situação, mas se trata de um problema geral de caráter teórico, “de competência do investigador da moral, ou seja, do ético” (p. 8).

É certo que a investigação moral tem suas consequências práticas, mas a ética, ou a essência do ato moral remete-nos necessariamente a uma questão fundamental: a da responsabilidade. É da competência da ética investigar o problema teórico de como a responsabilidade está relacionada com a liberdade e ao mesmo tempo com o determinismo ao qual estão sujeitos os nossos atos. Os problemas éticos estão relacionados com a ideia de empreendimento coletivo e não com a ordem da individualidade. Vázquez (1985) define acerca da ética:

Mas a função fundamental da ética é a mesma de toda teoria: explicar, esclarecer ou investigar uma determinada realidade, elaborando os conceitos correspondentes [...]

A ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, o da moral, considerado porém na sua totalidade, diversidade e variedade [...] O valor da ética como teoria está naquilo que explica, e não no fato de prescrever ou recomendar com vistas à ação em situações concretas [...] A ética é parte do fato da existência da história da moral, isto é, toma como ponto de partida a diversidade de morais no tempo, com seus respectivos valores, princípios e normas. Como teoria, não se identifica com os princípios e normas de nenhuma moral em particular e tampouco pode adotar uma atitude indiferente ou eclética diante delas. Juntamente com a explicação de suas diferenças, deve investigar o princípio que permita compreendê-las no seu movimento e no seu desenvolvimento (p. 10-12).

Para o autor, a ética nunca prescinde de uma concepção filosófica do homem nem pode deixar de tê-la como fundamento para nos fornecer uma visão total deste homem como ser social, histórico e dinâmico na transformação da realidade. Enfatiza a variação histórica da moral em seus princípios e normas; não admitindo, portanto, a formulação destes de maneira universal, pois isto distanciaria a teoria da realidade a qual ela deve explicar. Partindo disso, Vázquez (1985) discorre acerca de doutrinas éticas fundamentais que nascem em contextos sócio-históricos específicos, estando sujeitas a mudança conforme o tempo histórico em que se desenvolvam; cada doutrina ética está, assim, relacionada com as doutrinas anteriores (de modo a integrar alguns de seus elementos ou se opor a estes) e com as posteriores (dando-lhes prosseguimento e até servindo ao seu enriquecimento). Apresentamos brevemente sobre as doutrinas éticas para o esclarecimento da relação da ética com o seu entorno histórico.

A ética grega de Sócrates era racionalista, pautada numa concepção do bem (felicidade da alma) e do bom (o que era útil à felicidade). A virtude era conhecimento e podia ser ensinada; já o vício era fruto da ignorância. Com Platão denotava-se uma ética que desprezava o trabalho físico e exaltava as atividades superiores, caracterizada por uma estreita unidade da moral e da política, uma vez que o homem só se poderia formar espiritualmente no Estado e pela subordinação do indivíduo à comunidade. Na concepção aristotélica, entretanto, havia oposição ao dualismo ontológico de Platão (divisão entre o mundo das ideias e mundo das coisas sensíveis), uma vez que somente Deus poderia ser ato puro, sem potência; o homem (potência) deveria realizar-se como ser humano mediante o seu esforço. A realização do humano não se dava pela riqueza e pelo prazer, mas pela vida teórica (ou contemplação) guiada pela razão. No entanto, esta vida teórica só poderia ser acessível à elite social, pois na Grécia Antiga a maioria da população era escrava e como tal se mantinha excluída da vida política.

Com a queda dos impérios macedônico e romano, e a perda da autonomia dos Estados gregos, surgiam o estoicismo e o epicurismo e, com eles uma moral não mais definida em relação a *polis*, mas ao universo. Os estóicos, por um lado, entendiam o mundo como aquele

que tinha Deus como princípio, resguardando-lhe uma fatalidade absoluta, pois no mundo só ocorreria o que pertencesse à vontade de Deus, restando ao homem aceitar o seu destino e viver de acordo com ele. Por outro lado, os epicuristas criam não haver nenhuma intervenção divina nos fenômenos físicos nem na vida do homem, de modo que este poderia buscar o bem (prazer) no mundo, devendo, no entanto, preferir os prazeres espirituais que trariam paz à alma.

A Ética Cristã Medieval (século IV ao século XV), apontada por Vazquez (1985), inicia-se com o cristianismo em Roma e se impõe durante muitos séculos, contextualizada numa sociedade estratificada em classes sociais e de modo hierarquizado, cuja quantidade numerosa de propriedades feudais garantia a sua unidade social através da religião. A Igreja exercia seu poder espiritual monopolizando a vida intelectual. A ética, como doutrina moral, neste período, encontra-se impregnada de conteúdos religiosos, estando dividida em uma ética religiosa que tendia a regular o comportamento do homem para o alcance de outro mundo (sustentava o ideal de que todos os homens seriam iguais perante Deus, contradizendo uma sociedade extremamente desigual, dividida entre homens livres e escravos; entre servos e senhores feudais) e outra ética cristã filosófica (através da qual a filosofia na Idade Média esclarecia e justificava, por meio da razão, as verdades reveladas pela teologia).

A Ética Moderna (situada entre os séculos XVI e XIX) tendia ao Antropocentrismo, tendo o filósofo Kant como principal representante. No período, desenvolveram-se as sociedades capitalistas de produção e houve o fortalecimento da burguesia como nova classe social. Os movimentos de reforma no campo da religião abalaram a hegemonia católica. O homem passou a ser dotado de valor pessoal e de vontade, cuja natureza seria revelada na ação. Kant apontava uma ética do homem como ser ativo e criador, postulando um dever para todos os homens independentemente de sua situação social.

Na contemporaneidade, há o surgimento novas doutrinas éticas, a partir do século XIX, tendo como expoentes os pensamentos de Kierkegaard, Stirner e Marx, entre outros. Após a Revolução de 1789, instaura-se uma nova ordem social submetida à racionalidade do homem, que faz aflorar contradições profundas. Há contínuos progressos científicos e técnicos e o desenvolvimento das forças produtivas, que acabarão levando ao questionamento posterior da própria existência humana. Em sua fase recente, a ética contemporânea experimenta um processo de reavaliação de comportamentos e princípios, reagindo ao formalismo e ao universalismo abstrato em favor do homem concreto, reconhecendo a irracionalidade do comportamento humano e a necessidade de buscar a origem da ética no

próprio homem (VAZQUEZ, 1985). São expressões destas doutrinas o existencialismo, o pragmatismo, a psicanálise, o marxismo e outras correntes, cujo aprofundamento não será realizado neste estudo. Ao que nos cabe, podemos situar a ética contemporânea a partir do conteúdo apresentado no capítulo primeiro que versava sobre o contexto tardomoderno em sua relação com a Saúde Mental.

Tomando a compreensão da ética como teoria sobre o comportamento moral e sobre a sua dinâmica de constituição e transformação em conformidade com o contexto histórico em que se situa, nos direcionamos, neste ponto, para o campo da ciência e do saber. Se pensarmos a cientificidade como proposta de compromisso com o bem-estar humano, trata-se, portanto, de priorizar uma noção de ciência pautada na ética. Ética essa em que a leitura da patologia possa ser social, cultural e ideológica, para além da biologia e da individualidade (MOREIRA, 2001; SLOAN & MOREIRA, 2002). Conforme Carvalho, Bosi e Freire (2008) a dimensão ética faz-se como uma exigência que emerge da vivência de quem cuida, não implicando no exercício de um saber ou poder sobre o outro cuja função seja de adaptá-lo de acordo com preceitos e expectativas institucionais.

Pensamos, então, a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental como uma mudança que demanda investimentos políticos, técnicos, financeiros e éticos. No entanto, em suas práxis, os profissionais, em sua maioria, possuem uma trajetória como trabalhadores tradicionais, estando sua atuação caracterizada por concepções advindas do modelo hegemônico, cujo centro da atenção é o indivíduo e sua doença, estando as suas ações, portanto, desvinculadas do contexto de vida concreto dos usuários e fundamentadas no conhecimento decorrente da própria prática e do senso comum (HIRDES, 2009).

Conforme Hirdes (2009), como ainda não são exploradas as contradições das práticas, os profissionais estão operando em posições ambíguas, vivendo uma cidadania dissociada da vivência e da organização do trabalho, ao mesmo tempo em que experimentam a alienação em relação aos seus fazeres, a restrição da atenção psicossocial e da liberdade, onde a medicalização assume o papel estruturante de todas as práticas, sendo o instrumento primeiro da abordagem terapêutica. Nos serviços de Saúde Mental da rede extra-hospitalar o processo de reforma está centrado primordialmente no aspecto administrativo, e as dimensões técnicas, políticas e éticas estão relegadas a uma parcela mínima de trabalhadores. O compromisso ético dos profissionais com o processo de reforma está menos associado ao conhecimento do processo histórico-político do que com uma questão pessoal, evidenciando uma lacuna entre o referencial teórico arcaico e um novo referencial, ainda incipiente em sua concretização.

Hirdes (2009), ao propor uma revisão teórica do processo de reforma psiquiátrica, aponta ainda a importância da realização de uma análise crítica dos serviços substitutivos, uma vez que estes assumem um peso até maior para a vida dos pacientes do que as variáveis clínicas que interferem no adoecimento e em sua evolução. Nesse sentido, serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão constituir-se enquanto lugares de passagem, de forma a não caminharem para uma nova institucionalização. Ainda que os projetos de reforma não sejam homogêneos, podem existir princípios gerais orientadores, mas estes estão, em última instância, submetidos aos lócus específicos onde as práticas se dão, as quais são desenvolvidas de acordo com as concepções teóricas dos trabalhadores de Saúde Mental.

Ao suscitar o problema hermenêutico das ciências do espírito (ciências humanas) em sua relação com a ética, Gadamer (2008) aponta uma tensão entre a técnica que se ensina e aquela adquirida pela experiência. Se é certo que a competência e o bom êxito estão naquele que aprendeu bem o seu ofício, pois o que é adquirido na técnica é um domínio sobre o objeto, o que ocorre também em relação ao saber ético (somente a experiência, ausente do saber, não é suficiente para orientar uma decisão eticamente correta); ao mesmo tempo o homem não pode ser capaz de produzir-se a si mesmo como é capaz de produzir outras coisas: “o homem não dispõe de si como o artesão dispõe da matéria com a qual trabalha” (p. 416). Em vista disso, o saber que o homem tem de si enquanto ser ético é essencialmente diferente do saber que guia determinada produção de algo. Dito de outro modo, a técnica pode ser aprendida, mas o saber ético não. O autor discorre acerca do tema:

O saber ético é verdadeiramente um saber peculiar. Abrange de modo especial os meios e os fins e com isso distingue-se do saber técnico. Por isso não faz muito sentido distinguir aqui entre saber e experiência, o que, por sua vez, convém perfeitamente à *techne*. O saber ético contém por si mesmo um certo tipo de experiência. Veremos inclusive que esta é talvez a forma fundamental da experiência, frente à qual toda outra experiência já é uma alienação, para não dizer uma desnaturalização (GADAMER, 2008, p. 424).

Vislumbramos, a partir de Gadamer (2008), pois, refletir a ética para além da técnica e suas implicações para o campo da Saúde Mental. Para tanto, concordamos com Freire (2002a, 2002b) em sua caracterização da ética na sociedade pós-moralista: ética adequada ao mundo do consumo, hedonista, em que o prazer está acima de tudo e ocorre uma busca pela ausência da dor ou sua negação; ética hiperindividualista, onde o lugar do outro permanece vacante. A esta, o autor contrapõe a ética levinasiana da alteridade radical, a qual nos lembra de nossa

condição relacional, a partir de uma ideia de infinito que nos chega pelo *Outro*; fala-nos de uma responsabilidade absoluta frente ao Outro, que é da ordem da intimação e não da escolha deliberada: “não é um ato de vontade mas da total vulnerabilidade à vinda do Outro, o que perturba o sujeito e o põe na condição de refém” (FREIRE, 2002a, p. 129).

Godoy e Bosi (2007) apreendem a relação alteridade-subjetividade no campo da Saúde Mental, apontando para o fato de que o discurso pela não exclusão implica na admissão de uma abertura para o Outro impresso na loucura, pela consideração de sua diferença que não há como ser suprimida. A loucura se expressa como Outro, estranho, não familiar, exterioriza-se no Outro louco, o qual se mostra em sua anterioridade. A manutenção da alteridade, quer dizer, a inclusão da loucura significa resguardar um lugar para o Outro anterior ao *Mim / Mesmo*, cobrar a justiça para ele por meio da sua cidadania e não-exclusão, a retirada deste do seu não-lugar, na reconstrução de sua subjetividade violentada.

Ao promover a discussão acerca das implicações da ética da alteridade radical para o trabalho em saúde, Carvalho, Freire e Bosi (2009) definem o outro como aquele que não é passível de tematização ou conceituação, justamente por não se poder comportar em uma lógica racional, podendo ser contatado apenas pela via dos sentidos, da afetividade e da sensibilidade, o que remete à possibilidade de uma escuta ética. Os autores associam o cuidado em sua dimensão ética à noção de atenção psicossocial, ressaltando o cuidado em sua dimensão ontológica, esta que dista das acepções comumente ligadas ao termo assistência. O cuidado para e pelo outro como uma dimensão ética significa uma exigência de quem cuida, implicando a não imposição de um saber-poder sobre o outro, como nas práticas mais tradicionais, as quais tendem a reservá-lo uma identidade, a mantê-lo em sua mesmice, domesticando-o conforme preceitos institucionais. O lugar do outro, do louco, é, desse ponto de vista, o lugar da alteridade que deve ser reconhecida enquanto tal em vez de aniquilada (CARVALHO, BOSI & FREIRE, 2008).

Abordando a questão do alheamento em relação ao outro, Costa (BETTO, BARBA & COSTA, 1997) mostra-nos como esta concerne na desqualificação do sujeito como ser moral traduzida numa atitude de distanciamento, diferindo do ódio, da rivalidade ou do temor, os quais implicam, por sua vez, numa sensação de ameaça (ante o outro) de privação de algo considerado crucial para nossas vidas. Tal alheamento repercute em não ver o outro como alguém a ser respeitado em sua integridade física e moral, como agente autônomo e potencialmente capaz de criar normas éticas e ser parceiro no seguimento das leis partilhadas.

O estado de alheamento incorre na não consciência de quem pratica a *impiedade* ou a indiferença, pois não a reconhece como tal, isso porque o objeto de sua violência, nada tendo a oferecer, não possui valor como pessoa humana, não importando, portanto, o seu sofrimento. Desse modo, podemos inferir que a indiferença é exatamente aquilo que anula o outro em sua humanidade. O *comércio da felicidade* característico da atualidade cria condições para a prática da indiferença, exigindo sempre mais dinheiro e atenção para com o si mesmo. Se isto ocorre é porque toda deficiência, falta ou privação devem ser rechaçadas a fim de evitar a presença indesejável das frustrações emocionais. Neste contexto, o outro é destituído completamente do seu valor como existente (BETTO, BARBA, COSTA, 1997).

Como leitor e estudioso da obra de Lévinas, Haddock-Lobo (2006) destaca como questão central na filosofia levinasiana a sustentação de nossas interações sociais pelas relações éticas com as outras pessoas, sob o risco do fracasso em se reconhecer a humanidade do outro. Isto implica dizer que há algo de secreto, não redutível, não apreensível no outro, algo da ordem da separação, da interioridade. Esse fator que excede as possibilidades do meu²³ conhecimento, da minha apreensão e requer reconhecimento. Desse modo, reconhecer o outro em sua estranheza, em sua diferença é o que oferece apontamentos para uma prática ética, do mesmo modo que o não reconhecimento da separação do outro de mim podem conduzir à violência, à exclusão, à tragédia.

O filósofo franco-lituano, Emmanuel Lévinas (1980), na elaboração de sua ética da alteridade radical, realiza a crítica da redução do Outro ao Mesmo, pondo em questão o exercício do Mesmo. Ética significa a refutação de minha espontaneidade pela presença do Outro; ela ocorre quando a estranheza do Outro se realiza como um questionamento de minha espontaneidade, uma vez que se impõe a mim sua irredutibilidade aos meus pensamentos. Uma relação ética é *não-alérgica*²⁴ ao Outro, é aquela em que acolho o seu Rosto e seu discurso. É a escuta de uma relação face-a-face, em que estou vulnerável e sensível a ser afetado, abalado e desconcertado profundamente pela grandeza da alteridade, que me remete ao infinito.

Embora não tenhamos o propósito de apresentar com maior profundidade a complexa filosofia levinasiana, para alguns de seus leitores entendida como uma nova metafísica, dada

²³ Em algumas passagens deste capítulo, optamos por utilizar intencionalmente a primeira pessoa do singular (o que difere do restante do texto) em respeito ao conteúdo apresentado, quando este se refere à filosofia de Emmanuel Lévinas. O autor em questão adota esta forma de escritura, de modo a dar ênfase às questões abordadas, como a relação do *Eu*, do *Mesmo*, com o *Outro*, com a *Exterioridade*. Do mesmo modo, pensamos que algumas de suas ideias adquirem uma conotação enfática maior e mais coerente quando escritas da mesma maneira.

²⁴ A expressão significa uma relação não indiferente ao outro, não apartada da alteridade.

sua proximidade com as ideias de Platão (HUTCHENS, 2007), visamos trazer à compreensão alguns de seus argumentos, os quais se constituem elementos fundamentais para elaborarmos nosso campo conceitual acerca da ética, em sua relação intrínseca com o outro-alteridade. Se o próprio filósofo afirma querer construir a ética, mas não intenta dar-lhe um cunho pragmático (LÉVINAS, 1988), também nós desejamos apresentar aqui sua ética como um parâmetro, como referência (não) conceitual, procurando situá-la como pressuposto fundamental para todas as relações humanas e não insistindo numa aplicabilidade prática que se arriscaria a distorcer seu pensamento e a forçar aplicações idealizadas nos contextos em discussão.

Hutchens (2007) refere-se a Lévinas como “um dos maiores visionários metafísicos do século vinte”, cuja “própria face provoca um desejo respeitoso de aprender com ele e ensinar em seu nome” (p. 9). A exemplo disso, pensamos que adentrar nas argumentações levinasianas significa ousar penetrar um campo absolutamente paradoxal e de verdadeira complexidade, onde o que é dito pode ser entendido como o seu extremo oposto, em meio aos paradoxos, contradições e conteúdos hiperbólicos dos textos do autor. Trazer isto aos meandros da ciência é como perder um pouco da cientificidade e ganhar um tanto da filosofia. Contudo, pensar a ética necessariamente nos empurra ao exercício filosófico do qual não podemos prescindir. Neste ensejo, trazemos a este capítulo a obra *Totalidade e Infinito* (1980), em que Lévinas nos desvela a noção de infinito a partir da relação ética com o outro.

O infinito diz de uma dimensão maior à qual o outro nos reporta. A ênfase no outro, posta na perspectiva levinasiana, recai sobre a grandeza de sua alteridade. Basta ser outro para não ser atingível nem inteligível, por isso as categorias conceituais não podem ser capazes de abarcar este outro no que ele revela de infinito. A altura intransponível a partir da qual nos relacionamos com o outro pode se tornar menor, pelo menos em nossa possibilidade de acessá-lo - já que a *separação*²⁵ entre o mesmo e o outro, entre *interioridade* e *exterioridade*, já está instaurada na própria *fruição* da vida humana - através do rosto, que é revelação do outro:

O infinito em que toda a definição se decompõe não se define, não se oferece ao olhar, mas assinala-se; não como tema, mas como tematizante, como aquele a partir do qual toda a coisa se pode fixar identicamente; mas também se assinala assistindo

²⁵No decorrer do capítulo aparecerá em itálico cada termo da obra levinasiana que queiramos destacar, seja pela simples ênfase à palavra devida a sua importância neste trabalho, seja pela significância que só se pode assumir no contexto da filosofia do autor.

à obra que o assinala; e não se assinala somente, mas fala, é rosto (LÉVINAS, 1980, p. 85).

A nossa própria existência começa com a presença da ideia de infinito em nós. O outro (que traduz esta ideia) nos constitui subjetivamente. A condição mesma da subjetividade humana é possibilitada pela relação do eu com o outro; isto porque antes até de sua existência, o eu já é infinitamente responsável pelo outro, por isto o corolário: o outro antecede o ser ou, a ética é anterior à ontologia. A subjetividade se fundamenta e se sustenta a partir da relação ética com o outro. É a interpelação do outro que provoca nossa experiência de subjetividade. Os nossos desejos advêm dessa relação com o outro, pois que é este que nos faz desejar. Esta *obsessão* pelo outro instaura a ruptura com a totalidade, fazendo manifestar-se a ideia de infinito que nos chega pela relação com a alteridade. Partindo disto, a experiência ética é metafísica, por assim dizer, sendo, portanto, *um processo interpessoal da revelação e da transcendência*, que também se manifesta na concretude existencial por meio da corporeidade e da vulnerabilidade, sendo estas últimas a possibilidade de aproximação com o outro, a despeito da separação infinita entre o eu e o outro (SIDEKUM, 2002).

O rosto (do outro) que acolhemos nos expõe a uma interrogação, a um questionamento de nossa interioridade, que nos exige com urgência uma resposta, ou seja, é a presença do outro que gera em nós a responsabilidade, e é exatamente isto o que nos conduz à nossa realidade última. O rosto é a expressão que manifesta a presença do ser, que é ao mesmo tempo apelo e ensinamento, entrada na relação ética. Esta, por sua vez, trata-se da relação entre Mim e Outrem sem a estrutura exigida pela lógica formal encontrada em todas as relações. Para Lévinas (1980) o rosto já é expressão, presença viva. O rosto fala, sua manifestação é discurso, ele revela a ideia de infinito, que é a experiência por excelência.

O acesso ao rosto é ético, diz Lévinas (1988) em *Ética e Infinito*. Não se desvela o rosto com o olhar, situado no campo da percepção, pois o rosto não é visível, ele é aquilo que pode transformar-se num conteúdo que nosso pensamento não é capaz de abarcar. A visão, ao procurar uma adequação, absorve o ser; mas a humanidade do homem, ou seja, a ética, exige uma ruptura com o ser. O rosto é por si próprio e não por referência a nenhum sistema; ele se revela ao *mesmo* em sua nudez. Ele não nega o *Mesmo* e não exerce sobre ele violência, ao contrário, ao invés de ferir a liberdade do *Mesmo*, o rosto do Outro (absolutamente outro) implanta a responsabilidade. Dessa forma, entendemos que a ideia de infinito revelada no rosto, segundo Lévinas (1988), não viola o espírito, mas instaura a ética:

Há no aparecer do rosto um mandamento, como se algum senhor me falasse. Apesar de tudo, ao mesmo tempo o rosto de outrem está nu; é o pobre por quem posso tudo e a quem tudo devo. E eu, que sou eu, mas enquanto “primeira pessoa”, sou aquele que encontra processos para responder ao apelo (...) a análise do rosto tal como a acabo de fazer, com o domínio de outrem e da sua pobreza, com a minha submissão e a minha riqueza, é a primeira. É o pressuposto de todas as relações humanas (p. 80-81).

O sentido (a significação) vem pelo rosto de outrem. A significação é o infinito que se apresenta em outrem e põe o eu em questão, obrigando-o a adentrar numa relação ética por sua essência de infinito. E toda significação se apresenta no ser pela linguagem, cuja essência é a relação com Outrem. Mas é da sensibilidade e não da linguagem que a significação é produto, e disto nos adverte Feire (2002), que a sensibilidade seria ela própria uma linguagem pré-originária, *condição de qualquer linguagem mesma*. Neste processo de significações, ainda que o outro mantenha uma relação com o mesmo pelo discurso, o primeiro permanece absoluto na relação. E embora a relação ética esteja na base do discurso, ela não é algo que ocorra na consciência²⁶, a qual emana do eu; a relação ética põe em questão o eu e esta interpelação do eu se dá por meio do outro (LÉVINAS, 1980).

Lévinas (1980) põe em posições diferentes as relações análogas da transcendência e as da própria transcendência. Estas últimas advêm da ideia de infinito que nos chega pelo outro e nos conduz a ele. A relação com o outro ocorre na fruição, na concretude da experiência viva, nas relações sociais. Interioridade e exterioridade relacionam-se a partir da distância que as separa. A primeira diz respeito ao conteúdo do ser, àquilo que se recusa a conceituar-se; é o eu rompendo com a totalidade, com a percepção de que o si mesmo e a totalidade seriam uma só entidade. E se a ruptura ocorre é pela presença do absolutamente outro, a saber, a exterioridade; ruptura que se dá quando a presença crítica de outrem põe em questão o *egoísmo* (a identidade, o que se mantém) *do eu*.

No entanto, cabe tornar claro que não estamos falando da relação em geral, esta que opera quando o eu se direciona ao outro, cujo movimento pode ser tema de um olhar objetivo, de alguma reflexão. As relações da própria transcendência constituem aquelas em que a alteridade está no outro e não nele em relação a mim. Portanto, a alteridade se revela – na epifania do rosto – mas não a partir de mim. Só se pode ter acesso a alteridade para além da

²⁶Neste caso nos referimos à consciência intencional e voluntária, refletida sobre si mesma, própria da passividade radical, chamada por Lévinas de *interessamento*, da qual distingue a má-consciência não-intencional, pré-reflexiva, que leva o eu a questionar-se, tendo de responder ao direito de ser a partir da relação com outro (FREIRE, 2002a).

reflexão, notadamente pela via da sensibilidade, que é o modo próprio da fruição, esta que não pertence à ordem do pensamento, mas sim a do sentimento, nas palavras de Lévinas (1980): “... da afetividade onde tremula o egoísmo do eu. As qualidades sensíveis não se conhecem, vivem-se: o verde das folhas, o rubro deste pôr do Sol” (p. 119).

A sensibilidade pela qual se torna acessível o outro não se trata de um momento da representação, mas do próprio ato de fruição. Ela é o que permite recolher o outro numa morada, acolhê-lo: “a própria estreiteza da vida, ingenuidade do eu irrefletido, para além do instinto, aquém da razão” (LÉVINAS, 1980, p. 122). Já a representação, por sua vez, trata-se de uma determinação do Outro pelo mesmo: representar o que se vive equivale a permanecer exterior aos elementos nos quais se está inserido. A sensibilidade, estando antes da razão, não se refere a uma loucura ou *razão cega*, menos ainda a totalidade, sobre a qual se limita; mas representa a separação própria do ser, a sua independência. Lévinas (1980) expressa com beleza que o sentir é um contentamento com o que é sentido, um fruir, uma recusa a *prolongamentos inconscientes*, é ser sem pensamento (equivocos ou segundas intenções), é o rompimento com todas as implicações, a partir do que todos os instantes de nossas vidas podem ser completados, uma vez que a vida se abstém de toda procura intelectual. Somente por meio da sensibilidade o rosto do outro pode ser acolhido em uma morada.

Se há uma orientação do ser (a partir do eu) para outrem, e esta é inevitável, ela não é da ordem de uma confluência ou algo que o valha, ao contrário, há que se levar em conta a separação. A relação social do eu com o outro já pressupõe a separação na própria experiência de fruição. O eu é *ser em si* não buscando o reconhecimento de Outrem, mas oferecendo-lhe o seu ser; exprimindo-se, o que significa servir a outrem. As diferenças entre o eu e o outro não são relativas a características inerentes específicas de um e de outro, a relação implica num distanciamento que não pode ser desfeito, e não se reduz a um mero encontro – a não ser que se possa preconizar um encontro com o infinito – ideia que só se produz num ser separado. Ocorre que o outro invoca o *ser separado*, intima-o, interpela-o, mas não como fosse realizado o apelo a um *correlativo* seu e sim como *absolutamente outro*, que, sem pedir, vem e se revela.

Este outro, que me traz a revelação da transcendência, expressa-se como rosto, *paralisa os meus poderes e minhas defesas*. A proximidade com outrem se oferece pela compreensão de sua fome, de sua miséria. Lévinas (FREIRE, 2002a) refere-se às figuras de alteridade²⁷ (o estrangeiro, o órfão, a viúva, o judeu) como manifestação desse outro que nos

²⁷Em nosso caso, incluímos o louco como uma figura de alteridade, no sentido levinasiano.

convoca à responsabilidade. O outro me envolve numa solicitação a partir de sua *Altura*. Mas esta é mais que uma solicitação, tornando-se mesmo apelo, tornando-se mais ainda, exigência e intimação: é a ordem de uma responsabilidade inelutável. Só ocorre a moderação deste privilégio de outrem, quando surge o terceiro e com ele a justiça, pois a relação interpessoal que estabelecemos com outrem devemos também estabelecer com os outros homens (LÉVINAS, 1980, 1988).

Convidamos outros leitores de Lévinas para o desvelamento da responsabilidade por outrem que nos inscreve invariavelmente na relação ética. Primeiramente, Hutchens (2007) lembra-nos de que a liberdade está subordinada à responsabilidade, sendo esta última dotada de uma certa *qualidade enigmática*, já que se revela na face estranha do outro. Apreende três sentidos de responsabilidade na obra levinasiana, os quais estão interligados. Um deles diz respeito ao fato de não termos escolhido nascer num mundo de relacionamentos sociais que não podem ser simplesmente ignorados. Quer dizer que não podemos nos esquivar do face a face com o outro que nos exige o reconhecimento de nossa responsabilidade para com ele. *Ser eu* significa não ser capaz de recusar a responsabilidade. Retoma a metáfora levinasiana do ladrão que se instala clandestinamente na consciência (má-consciência) e obriga à responsabilidade, não como algo que se inicia no eu, mas que vem de fora. Isso o que invade o eu dá-se pela mera presença do outro, já suficiente para descobrirmos como devemos reagir; ou seja, somos forçados a reconhecer certos compromissos para com os outros mediante a sua presença.

Num outro sentido, somos responsáveis por nós mesmos sob o olhar do outro, decorre disso sermos responsáveis por nós mesmos, na medida em que a outra pessoa nos obriga a exercermos nossa liberdade, defendendo-nos de nós mesmos. Estamos diante da questão: ninguém pode nos substituir em nossa responsabilidade. O eu, obcecado pelo outro, perturbado por sua proximidade, não sabe ao certo que resposta lhe dar. Nossas responsabilidades não podem ser transferidas para outra pessoa, portanto, não pode haver substituição. O eu pode imaginar-se sendo substituído pelo outro, colocando-se em seu lugar, mas a recíproca não é verdadeira. Mesmo ao se esquivar de uma resposta, o eu já está, neste movimento, respondendo ao outro. Trata-se de um eu passivo que responde ativamente, contudo, não de forma autônoma e suficiente, pois esboçar uma resposta ao outro significa estar conscientemente sensível à sua estranheza, à sua exigência; “a exposição consciente do eu ao rosto é uma experiência radical, isto é, a experiência pré-filosófica” (HUTCHENS, 2007, p. 41). Ser conscientemente responsável por outrem nos transforma e faz com que

sejamos algo diferente daquilo o que escolheríamos autonomamente – aí se revela a diferença entre a consciência de nós mesmos e a consciência não controlável e capturada pelo outro.

A terceira significação direciona-se para a ideia de nos substituímos pela outra pessoa em suas responsabilidades. Somos responsáveis pelo outro, por nós e ainda pelas ações realizadas pelos outros. Por exemplo, não se pode eximir de ter algum sentimento semelhante à comiseração por uma pessoa em sofrimento. Além disso, podemos nos sentir responsáveis por uma ação que não praticamos, pelos algozes e pelas vítimas, como se nos pertencessem tanto à violência dos primeiros e a dor das segundas. Isto porque nada que se refira ao estranho, pode ser indiferente a nós, mesmo se não assumimos esta responsabilidade voluntariamente (HUTCHENS, 2007).

Outro leitor e estudioso da obra de Lévinas, Freire (2001, 2002a, 2002b, 2003a, 2003b, 2008) realiza com primazia uma análise aprofundada dos conceitos levinasianos na compreensão da alteridade e da ética em diversos contextos. O autor perfaz os nexos teóricos que dão sustentação ao questionamento das psicologias naquilo o que promovem ou no que carecem em sua função de resguardar um lugar para o outro no tempo histórico da modernidade tardia, ou seja, na dimensão ética de seus saberes e fazeres.

Na concepção de Freire, em que a cada teorização psicológica corresponde uma intervenção prática singular e que requer um modelo ético específico, deve ocorrer uma “necessária ida do eu em direção à exterioridade e uma implicação do eu pela vinda do Outro que exige uma responsabilidade irrecusável” (FREIRE, 2003a, p.13). Isto quer dizer: a ética é o que permite dispor de uma resposta ao outro, na escuta ao seu sofrimento. Compreendendo-se o outro como o que é anterior ao eu, o que é inatingível, o que o afeta, não sendo possível pensar a construção de subjetividade por um processo ativo do eu sobre o outro. A ética da alteridade radical de Lévinas é-nos desvelada por Freire (2002a):

Em Lévinas, não consigo ir ao encontro do outro, pois o outro vindo de encontro a mim, sempre me excede. Neste *des-encontro* o que há é *passividade* em relação ao outro que me afeta. A saída então é entender a relação possível (não a unidade conceitual) entre seres singulares que, pela palavra, constituem a universalidade, na e pela responsabilidade (resposta ao outro). O *Outro* me cobra e eu devo prestar contas; só assim, pelo reconhecimento da injustiça, a justiça, vindo de fora, se faz possível. Esse ‘vir de fora’ é a transcendência em que o *Rosto do Outro* nos faz face. Diz Lévinas: ‘O rosto que me olha me afirma’ (FREIRE, 2002a, p. 44).

Freire (2002a, 200b) enfatiza que a abertura ao outro é condição ética por excelência, sendo condição de possibilidade de toda subjetividade. Subjetividade implica vulnerabilidade e sensibilidade. O sujeito aparece assim como um sujeitoado, refém do outro e em dívida para com ele; intimado a responder em seu nome. Situa a ética como crítica e autocrítica, pois que o Outro, aparecendo em sua estranheza e exterioridade, impugna o Mesmo, pondo-o em questão. Diz: “o sujeito é constituído na medida em que o ser instintivo se independentiza do mundo pela satisfação das necessidades, abrindo-se ao *Desejo*” (p. 41). Nesta óptica, o psiquismo é uma “reivindicação do Mesmo pelo Outro”; o sujeito é, portanto, gerado e nascido da passividade ante o outro, da própria fraternidade, da intimação absoluta que o outro lhe faz.

Freire (2002a) nos esclarece que a presença do infinito em nós é tão somente a *humanidade do homem*, aquilo que se refere a todos os homens e ao meu próximo. Esta humanidade está caracterizada pela *hospitalidade* em relação à *visitação* do Outro. *Hospitalidade* significando abertura e responsabilidade radical para com o próximo, decorrente da possibilidade de o eu impactar-se pelo estranho, tornando-se do outro refém. Diante desta perspectiva ética, expõe a crítica da preocupação excessiva das psicologias com a questão da identidade, reforçando a ideia de que a identidade do indivíduo consiste em ser ele mesmo, numa identificação com o seu interior, o que faz as psicologias surdas à exterioridade que chega pelo rosto do outro, alheias à alteridade.

Assim, para Lévinas (1988), a ética é a estrutura fundamental e primeira da subjetividade, significa dizer a ética como responsabilidade dada no próprio momento subjetivo e não como *suplemento de uma base existencial prévia*. É a responsabilidade pelo que não fazemos, pelo que não nos diz respeito, pela abordagem do rosto. O sentido vem à luz com mais clareza quando o filósofo toda na questão da proximidade:

A subjetividade não é um para si: ela é, mais uma vez, inicialmente para outro (...) outrem que não está simplesmente próximo de mim no espaço, ou próximo como um parente, mas que se aproxima essencialmente de mim enquanto me sinto – enquanto sou – responsável por ele (...) A proximidade não se reduz a esta intencionalidade; em particular não se reduz ao fato de eu conhecer o outro (...) O laço com outrem só se apresenta como responsabilidade, quer esta seja, aliás, aceita ou rejeitada, se saiba ou não como assumi-la, possuamos ou não qualquer coisa de concreto por outrem. Dizer: eis-me aqui. Fazer alguma coisa por outrem. Dar. Ser espírito humano é isso (...) analiso a relação inter-humana como se, na proximidade com outrem – para além da imagem que faço de outro homem – o seu rosto, o

expressivo no outro (e todo o corpo humano é, neste sentido mais ou menos, rosto), fosse aquilo que me *manda* servi-lo (LÉVINAS, 1988, p. 88-89).

Dessarte, na relação assimétrica com outro, não se espera pela recíproca de forma alguma, já que se é sujeição a ele. É-se responsável pelas perseguições sofridas, pelos próximos, e pelo povo, para quem se reclama a justiça. Lévinas toma a frase de Dostoievsky para expressar sua intenção: “Somos culpados de tudo e de todos perante todos, e eu mais do que os outros” (LÉVINAS, 1988).

Retomemos neste ponto uma leitura de Freire (2008) em que o autor atenta para os contornos tardomodernos do sofrimento psíquico em sua relação com o cuidado. Fala da exigência ética da responsabilidade radical e absoluta do cuidador por outrem (tomado nesta discussão como o usuário-louco-sujeito-alteridade), em que este último também sofre uma *afecção da alma*, ou seja, é invariavelmente afetado pelo sofrer do outro, sendo afetado por uma subjetividade que o remete à sua própria humanidade. O outro que sofre é aquele “próximo que me recorda minha própria humanidade, minha finitude, minha miséria, minha solidão, minha morte” (Freire, 2008, p. 23).

A partir das concepções levinasianas apresentadas, chegamos à constatação de que estamos por demais afastados, na vida tardomoderna, dessa subjetividade que tem como constituição básica ser *por e para outrem*. Esta constatação traz, indubitavelmente, implicações ímpares para o dispositivo CAPS, que tem a alteridade-loucura como sujeito-alvo de suas ações.

Deste modo, a complexidade do pensar ético move-nos e convida-nos a uma busca reflexiva desafiante, na qual intentamos desvendar o lugar da dimensão ética nas práticas atuais em Saúde Mental. Esse exercício certamente coloca em questão os velhos ditames da ciência para ensejar uma direção de mudanças possíveis e necessárias. Seguindo este objetivo, refletimos agora sobre a ética ante o sofrimento do outro-alteridade, bem como sobre a ética em sua relação com a prática de supervisão.

3.1 Exigência ética ante o sofrimento do outro

Se quisermos agora nos reportar à ideia da experiência de algum sofrimento intenso ao extremo vivenciado por outrem, possivelmente, utilizando a via afetiva, seremos tomados por alguns sentimentos *a priori*, tais como compaixão, medo, vergonha, culpa, repúdio, entre outros. Certamente este exercício superficial não nos dará a dimensão exata do que desejamos

refletir – a responsabilidade ética ante o sofrimento do outro – mas nos permitirá ter uma fresta de luz para adentrarmos com maior propriedade nesta discussão.

Tomamos emprestado de Agamben (2008), da obra *O que resta de Auschwitz*, seus discursos e pensamentos densos e impactantes acerca dos testemunhos dos sobreviventes do maior campo de concentração de *Adolf Hitler* localizado na Polônia. A metáfora da *testemunha* constitui a via de acesso para uma pretensa aproximação do sofrimento do outro, em nosso caso, as vítimas do encarceramento e da exclusão da loucura. Testemunhas, neste caso, são todos aqueles cujo comprometimento mental, critérios psiquiátricos de análise e formas inumanas de tratamento lhes ceifaram a vida. Estes que testemunham por meio de seu silêncio e da ausência, de suas histórias de vida e de morte, já que os sobreviventes, egressos do modelo asilar, muitos passageiros de CAPS ou moradores de residências terapêuticas, servem tão somente de porta-vozes dos primeiros, sendo suas *pseudotestemunhas*, denunciando apenas o que não se pode mais testemunhar. A verdadeira testemunha – falamos das vítimas fatais do modelo de atenção à Saúde Mental anterior – são, de fato, os sujeitos éticos que dão o testemunho cruel de uma total dessubjetivação.

O doente mental, assim como o mulçumano em Agamben (2008), representou o lugar de um experimento no qual a moral e a humanidade foram postas em questão; uma “figura-limite de uma espécie particular, em que perdem sentido não só categorias como dignidade e respeito, mas até mesmo a própria ideia de um limite ético” (p.70). Numa situação de abusos, maus-tratos, massacre e morte, por razões equívocas ou desonestas – supor que um louco tenha perdido sua condição de humanidade ou mantê-lo encarcerado, privado de liberdade por motivações financeiras, por arrogância do saber, entre outras justificativas – não pode haver a presença de conceitos éticos genuínos, pois nenhuma ética poderia excluir uma parte do humano, mesmo diante de dificuldades em compreendê-lo ou aceitá-lo. Neste sentido, tendo em vista a impossibilidade de destruir inteiramente o humano e sua loucura, sempre haverá um resto: a própria testemunha. Como nos apontamentos filosóficos de Lévinas (1980): não é possível matar a alteridade.

Para Lévinas (2009) o verdadeiramente humano não se dá numa relação de poder, somente na relação ética. Numa relação face-a-face não se pode negar o outro. Respeitá-lo significa reconhecê-lo numa relação não indiferente, mas de responsabilidade. “Respeitar não é inclinar-se diante de uma lei, mas diante de um ser que me ordena uma obra” (p. 62). No caso do sofrimento, sofre-se pelo outro porque se é passível a este; ou seja, não se sofre pelo motivo em si, mas pela própria condição de sofrimento que significa: sofrer o sofrer. Quando

há sofrer pelo outro, graças à afetação viabilizada pela vulnerabilidade, é aberta sobre o sofrimento a perspectiva ética do inter-humano.

De sorte que o próprio fenômeno do sofrimento na sua inutilidade é, em princípio, a dor de outrem. Para uma sensibilidade ética – que se confirma, na inumanidade de nosso tempo, contra essa inumanidade – a justificação da dor do próximo é, certamente, a fonte de toda imoralidade. Acusar-se ao sofrer é, sem dúvida, a própria recorrência do eu a si. É, talvez, assim, que o pelo-outro – a mais correta relação a outrem – é a mais profunda aventura da subjetividade, sua intimidade última. Mas esta intimidade só é possível na sua discrição. Ela não poderia expor-se como exemplo, narrar-se como discurso edificante. Não poderia, sem se perverter, fazer-se pregação (LÉVINAS, 2009, p.138).

Foucault (2010) nos lembra que o louco é o excluído de todas as sociedades. Assim, inferimos que ao sofrimento referente ao seu adoecimento ou à sua existência humana soma-se o sofrimento da própria exclusão, da rechaça, da humilhação atribuída à sua alteridade. Loucos são pessoas que, em qualquer organização social, são excluídos de todas as coisas; recebem um status religioso, mágico, lúdico ou patológico e são vistos como tendo comportamentos diferentes dos outros no trabalho, na família, no discurso. Nas sociedades industrializadas modernas, especificamente, eles recebem um caráter marginal. Se é um preconceito pensar que os loucos foram libertados deste seu status marginal, é porque nos séculos anteriores era a família que determinava seu encarceramento, enquanto a partir dos séculos XIX e XX, passaram a ser os médicos quem lhes dotavam do status em questão. Queremos com tais considerações, refletir que para além do sofrimento próprio do ser adoecido ou em atribulações existenciais, exacerba-se o sofrer pelo estigma social até hoje em vigor.

Considerando a depressão como um importante fenômeno revelador do sofrimento humano na modernidade tardia, nos valem das considerações de Moreira e Freire (2009), sobre o surgimento de novas queixas e patologias que vêm revelar fontes de sofrimento psíquico para o homem ocidental, constituindo o resultado do massacre da ansiedade decorrente do cotidiano de nossa cultura, estando esta caracterizada pela indiferença frente ao outro, em uma sociedade de desigualdade e exclusão social. Nesta perspectiva, o sofrimento psíquico expresso na depressão denuncia um sistema sociocultural marcado pela ordem do desafeto, caracterizada pela indiferença narcísica para com o outro, por meio do esvaziamento do sistema de valores morais de uma sociedade essencialmente relacional e sua substituição por valores individualistas concernentes ao momento histórico atual.

O individualismo, considerado como sintoma social, participa da etiologia das manifestações psicopatológicas crescentes em nossa atualidade (DANTAS, 2009). Ele conduz à produção cultural da psicopatologia através de problemas de autoestima, instabilidade e ansiedade na vivência social cotidiana. Se o ápice da depressão se dá por meio desse vazio de significações afetivas da vida humana, isto ocorre pela transformação do sistema de valores morais que passam a estar submetidos ao modelo (hiper) individualista de sociedade. É quando o amor pela comunidade, amor a um ideal, amor pelo próximo têm em seu lugar o amor por si mesmo. Eis aí instaurada a *ordem dos desafetos*, e não o seu contrário, uma desordem dos afetos como costumeiramente se pensa em relação ao fenômeno depressivo²⁸ (MOREIRA & FREIRE, 2009).

O avesso da ética levinasiana é exatamente o hiperindividualismo contemporâneo, o qual torna o outro objeto de nosso interesse, o meio para atingir nossos fins. A resultante dessa oposição é que não nos afetamos mais pelo outro, dando-se a dessensibilização de nosso sofrimento pelo Outro. Decorre disto, conforme Moreira e Freire (2009), a necessidade de retomarmos a condição de responsáveis pelo outro – estrutura mesma de nossa subjetividade. A depressão, como sofrimento pela incapacidade de viver significativamente (incluindo o campo relacional), se constitui como o encerramento do ser humano em si mesmo. Cabe ao ser, portanto, o desenvolvimento de um projeto de vida em que este se implique com o outro e com a comunidade, fazendo valer sua condição mundana:

Ainda que a depressão seja uma doença dos afetos, no seu sentido mais amplo se dá pela ordem dos desafetos, em um sistema cultural que não permite uma ética da alteridade. A sociedade contemporânea está doente dos afetos, contaminada pelas ideologias que impedem uma ética de alteridade e, portanto, adocece, despotencializa e incapacita os indivíduos a viver significativamente, e impõe a ordem do desafeto, que se transforma em depressão e em outras patologias mentais (MOREIRA & FREIRE, 2009).

Em suma, a ética levinasiana nos ensina que o outro em sofrimento exige de nós, irrefutavelmente, uma resposta. É, portanto, imprescindível que respondamos ao seu apelo.

3.2 Supervisão no Centro de Atenção Psicossocial: por uma ética do não-saber

²⁸Depressão ou fenômeno depressivo diz respeito a diversas sintomatologias que na atualidade se expressam através desta nomenclatura, tendo em vista que a depressão tornou-se uma patologia de cada vez mais difícil definição, já que uma série de sintomas e quadros psíquicos estão associados a esta denominação (SLOAN & MOREIRA, 2002; DANTAS, 2009).

Constituindo-se em uma importante ferramenta de qualificação das políticas públicas com foco nos processos grupais, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, a chamada supervisão clínico institucional consiste no planejamento e avaliação continuados das práticas desenvolvidas nos CAPS. Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) consideram a Saúde Mental como um campo particularmente sensível, exigindo um manejo criterioso, a julgar pelas seguintes peculiaridades: a rede de Saúde Mental insipiente e em construção, o grande contingente populacional a ser assistido no território, as severas carências sociais e profundas desigualdades, além de uma demanda acumulada no passado devido o atraso na implantação das reformas sanitária e psiquiátrica e a consequente intervenção das políticas de saúde neste campo.

Desse modo, a supervisão apresenta-se como dispositivo fundamental na implantação da rede assistencial em Saúde Mental, visando possibilitar às equipes de trabalho o desenvolvimento de ações voltadas para o acolhimento, a clínica ampliada, o território e as redes sociais de apoio, bem como garantir a criação de um serviço que venha realmente substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e contribuindo para o favorecimento da cidadania e inserção social das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares. Em suas atribuições específicas, a supervisão atua: na organização dos processos de trabalho, no fortalecimento das equipes pela melhoria das relações interdisciplinares e interpessoais, na orientação quanto ao manejo de casos graves, na articulação com outras redes como a Atenção Primária em Saúde, numa perspectiva dita psicossocial.

Trata-se a supervisão de um trabalho conjunto de equipes compostas por supervisores e trabalhadores, tendo os primeiros a função de facilitadores para que os últimos realizem num mesmo processo sua autogestão e sua autoanálise, constituindo, deste modo, uma atividade de análise e intervenção institucional. Matumoto et al (2005) declaram a supervisão como tendo sido introduzida nas psicologias pela psicanálise, embora a prática de trabalho supervisionado remonte a tempos mais longínquos, a saber, o período histórico da Idade Média. Ao longo dos tempos, a supervisão passou por transformações em sua concepção, metodologia e prática, não mais sendo tomada a partir da condição superior de alguém (supervisor) que possuiria um olhar soberano e um saber desejado por seus subordinados, ou seja, como uma *super-visão*. Esta atividade pode ser compreendida hoje como uma visão criada e compartilhada pelos supervisores e equipes, num trabalho mútuo, de um olhar atento aos seus próprios sentimentos, pensamentos e ações.

O CAPS apresenta dois desafios fundamentais: (re) configurar o processo de trabalho, a ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, e a (re) invenção dos modos de lidar com o portador de transtorno mental. Diante disso, torna-se necessária a qualificação da gestão desses novos equipamentos de Saúde Mental, com vistas ao cumprimento de sua missão institucional. Daí emerge a figura do supervisor, como um *observador* externo ao serviço, assumindo como funções no campo institucional:

... a identificação de problemas relacionados à organização do processo de trabalho e nas relações entre os membros da equipe, mediante os quais deve, como analisador externo, fornecer elementos para a reflexão crítica da equipe em relação à sua atuação e para a construção de uma nova grupalidade na qual todos sejam corresponsáveis pela gestão do processo de trabalho. No referente à clínica, emerge como fundamental a participação do supervisor na discussão de casos clínicos, tendo em vista contribuir para a construção de projetos terapêuticos singulares. Nesta perspectiva, espera-se contribuir para aumentar a resolubilidade da atenção à saúde no CAPS, inclusive estimulando a sua articulação com o território, o que, por sua vez, minimiza as chances de estes equipamentos de saúde reproduzirem as práticas próprias do modelo asilar (SAMPAIO, GUIMARÃES, ABREU, 2010, p. 257).

Merhy (2007) realiza a analogia do olho do furacão para ilustrar a experiência daqueles que tomam para si a promessa de constituir redes substitutivas ao manicômio, por meio da construção dos CAPS, criando novos modos de produzir ações de saúde ou esboçando uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde. Estes dispositivos estão, ao seu ver, no *olho do furacão antimanicomial*, tornando-se por isso lugares de grandes conflitos e desafios. Para darem conta de suas missões grandiosas, devem ser o dispositivo voltado para a produção de novos coletivos para fora de si mesmos. Deste lugar de turbulência e risco onde operam, fabricam dúvidas e devem usufruir de suas experimentações, transformando estas últimas em elementos positivos, contrariando a todos os que imaginem que os CAPS são *o lugar das certezas antimanicomiais*. Este lugar é, também, o de provocação. O inimigo poderoso provocado corresponde aos que construíram o mundo manicomial, os que fazem da crítica um elemento negativo, levando à estagnação na impossibilidade de questionar suas próprias práticas.

Atuando de forma oposta, para o CAPS a crítica deve ser um campo instigante de cooperação, de autoanálise, de ressignificação de práticas, de produção de vidas novas e desejanças, onde antes só se produziam exclusão e interdição de desejos. Neste modo de pensar, o trabalho no campo da Saúde Mental constitui-se como de uma alta complexidade,

sendo múltiplo, interdisciplinar e intersetorial e seu êxito poderá ser o resultado de uma *revolução cultural* do imaginário social sobre a loucura e suas formas de cuidado.

O que está sendo feito com o usuário no trabalho em Saúde Mental? Ao levantar a questão, o autor delinea aspectos de seu papel como supervisor, apontando na direção do cuidado dos cuidadores. Neste percurso, destaca os aspectos que muitos trabalhadores apontam em supervisão, os quais se dão no âmbito da experiência da lida com portadores de transtornos mentais e sofrimento psíquico. São eles: o lamento, a exaustão, a tristeza, a incapacidade de acolher o outro e seu pavor diante das crises (situações emergenciais) dos usuários. Na mesma medida, paradoxalmente, cobram de si o contrário: a atenção constante, a alegria, a inteira disponibilidade. Estas polaridades, longe de serem excludentes, constituem a possibilidade, a matéria-prima para a criação de *CAPS anti-manicômios*.

Ressaltemos, a exemplo do autor, que se focar no CAPS trata-se de uma restrição, já que o *manicomial* não se reduz a um lugar, mas uma prática social, cultural, política e ideológica. A tristeza e o exaurir-se dos trabalhadores, destacados anteriormente, referem-se a um indicador da exaustão dos trabalhadores. Portanto, há que se refletir sobre estratégias de promoção de vida e de energia, pois são estes processos o motor de um trabalho que deve pôr vida onde antes existia a morte manicomial. Merhy (2007) propõe, a partir deste ponto, a instituição como parte do cotidiano, além das supervisões, fazeres fabricados pelos trabalhadores que lhes permitam o reordenamento de seus sofrimentos, o seu autocuidado. A reflexividade acerca dessa exaustão diz de uma aposta coletiva em possibilidades de alívio e alegria do trabalhador implicado com o agir antimanicomial.

No curso do processo de supervisão, Matumoto et al (2005) põem em relevo algumas características relativas aos profissionais, no seu movimento de buscar a execução das estratégias traçadas e refletidas, ao se depararam com movimentos de resistência à mudança: medo do ataque e da perda referentes à ansiedade circulante entre todos os membros da equipe, donde surgem os conflitos interpessoais e as resistências quanto à ação e o medo de serem atacados em suas certezas, de perder o que já é conhecido, da censura e da não aceitação. Emergem daí duas ordens de obstáculos ao processo, vistos na supervisão, definidas por Pichon-Riviére (Matumoto et al, 2005) como: os epistemológicos (concernentes ao campo do conhecimento) e os epistemofílicos (do campo dos sentimentos, da subjetividade).

Importa-nos considerar, ainda na perspectiva apontada por Matumoto et al (2005), levando em conta os princípios da *análise institucional*²⁹, que na prática concreta da supervisão podem ser tomados como elementos importantes para a elaboração de um projeto de intervenção (tomemos a realidade dos CAPS), a saber: 1) a análise da oferta e a demanda: o que se faz com a demanda que chega ao supervisor e com aquela com a qual se deparam os técnicos; 2) análise da demanda expressa e da demanda oculta: esta última localizada nas entrelinhas dos discursos; 3) análise de tudo o que apareça como obstáculos ao processo: atrasos, quantidade de encontros, não-ditos, não-saberes, etc.; 4) análise da *transversalidade*: como as relações sociais dominantes na sociedade se manifestam nos microespaços dos serviços; 5) análise da implicação de todos com o projeto e 6) a elucidação de analisadores³⁰ que possam facilitar o desvelamento das relações de poder presentes no processo. Com tais ferramentas, a supervisão pode ser ela própria um espaço para a convivência entre diferentes, proporcionar a reflexão acerca dos conflitos surgidos, sentimentos de impotência, mal-entendidos, não os tomando como natural ou unicamente do campo dos conflitos pessoais. Como reflexo disso, é possível construir processos de cuidado mais comprometidos com as necessidades dos usuários e das famílias.

Mais ainda que na presença desses elementos buscados em supervisão, para Merhy (2007), se pensarmos no CAPS organizado para o alívio dos usuários, sem a construção de mecanismos que combatam o peso e a falência do trabalhador, constatamos que este dispositivo está fadado ao insucesso na busca por se tornar um dispositivo de intervenção anti-manicômio. Uma equipe não pode oferecer algo valioso como a produção de sentidos e de desejos, se não puder ela própria desfrutar de estados de alegria e alívios produtivos; poderia tão somente exaurir-se para gerar alívios nos outros como já fazia o manicômio. Em relação ao medo das crises, por exemplo, gerador de ansiedades diversas, há que se empenhar na organização de uma rede de cuidados bem articulada e organizada, que ofereça real apoio aos usuários, mas também e fundamentalmente àqueles que convivem com loucos, em crise, o que diminui inclusive a pressão pelo encerramento e pela exclusão social destes. Assim, torna-se viável a ressignificação das crises como elementos positivos no processo de reestabelecimento da Saúde Mental de ambos, trabalhador e usuário.

²⁹ Sobre a análise institucional, consultar as obras de Baremblytt, dentre elas, o *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (1996).

³⁰ Analisador diz respeito a um conceito da análise institucional (BAREMBLYTT, 1996) cujo significado versa sobre a existência de elementos que introduzem contradições na lógica organizacional, por meio das quais são enunciadas e reveladas as determinações a que a organização está submetida.

A supervisão entendida como um processo complexo, um olhar amplo sobre a atuação dos trabalhadores em Saúde Mental, implica no seu envolvimento e compromisso com a revolução cultural ensejada pelo agir antimanicomial. Como tal, deve ser uma intervenção cuja implicação ética esteja no apontamento da necessidade de questionamento, de um (re) posicionamento crítico acerca de suas práticas e lugares teóricos, que, antes de tudo, põe os trabalhadores em um lugar de dúvida, conduzindo-os a uma postura de reflexividade, ao reconhecimento do seu não-saber diante da alteridade, do louco.

Embora guarde algumas semelhanças com a ideia psicanalítica de *suposto saber* não estamos nos referindo a esta quando tratamos do *não-saber* da supervisão. Tratamos sim da impossibilidade de conhecimento da alteridade do outro, em vez de um lugar para onde somos projetados por desejarmos este conhecimento. Não saber é desconhecer a alteridade, abrindo alguma possibilidade para o seu desvelamento, cuja via deve ser invariavelmente ética.

O filósofo Lévinas (1980), não acreditando que toda filosofia deva ser pragmática, busca construir a ética, estando à procura de seu sentido. Ao fazê-lo, descobre que a verdade, como tarefa do saber, é limitada, pois ao tentar cumprir sua tarefa (de encontrar a verdade), o saber faz com que o Outro torne-se o Mesmo. Assim, no momento em que se perde da diferença, o saber afasta-se da ética. E a única forma de reencontrá-la é através do questionamento de si próprio, donde os técnicos ou sujeitos dos saber, ao resguardarem o espaço da crítica e da dúvida poderão vislumbrar, quem sabe, uma compreensão mais consistente e humanizada do sofrimento e do adoecimento do outro; poderão enxergar uma ponta de diferença, suficiente para impactá-los e produzir-lhes uma resposta, ainda que esta diferença logo possa novamente escapar-lhes por entre os dedos.

Por sua vez, seguindo a linha levinasiana, Freire (2001) afirma a abordagem ética radical de um fenômeno como uma ótica, no sentido de uma escuta. Quando se propõe a realizar a escuta ética da modernidade tardia e das psicologias enquanto produtoras de subjetividades, o autor aponta a possibilidade de se escutar o Rosto de outro, em vez de se deter a olhá-lo. Eis a relevância da alteridade de um saber que se estende para além de nossos pressupostos de origem e se faz pelo questionamento, através do qual pode ser viabilizada a escuta ética do outro.

Noutra perspectiva, Foucault (2010) analisa que a produção da verdade, em vigor nos tempos atuais, adquiriu a forma da produção de fenômenos verificáveis e constatáveis para o sujeito do conhecimento. Este modelo dado à medida que se formavam estruturas de estado impôs ao saber um sujeito supremo com a função de universalidade e um objeto de

conhecimento passível de reconhecimento por todos como algo dado, ausente de sua constituição histórico-política. Não tendo de ser produzida, a verdade se apresenta e representa sempre aquilo que buscamos. O conhecimento está permeado por formas de poder-e-de-saber que normatizam o saber; neste instante, a norma oculta sua produção histórica singular. Nas palavras do filósofo:

Nós o vemos, essa grande transformação dos procedimentos de saber acompanha as mutações essenciais das sociedades ocidentais: emergência de uma poder político que tem a forma do Estado; extensão das relações mercantis em escala global; colocação das grandes técnicas de produção. Mas vê-se também: não se trata, nessas modificações, do saber de um sujeito do conhecimento que seria afetado pelas transformações da infraestrutura: mas, antes, de formas de poder-e-de-saber, de poder-saber que funcionam e fazem efeito no nível da “infraestrutura”, e que dão lugar à relação de conhecimento (sujeito-objeto) como norma do saber. Mas como norma da qual não se deve esquecer que ela é historicamente singular (FOUCAULT, 2010, p. 314).

Se as transformações dos procedimentos de saber questionam as relações entre as estruturas econômicas e políticas de nossa sociedade e o próprio conhecimento em suas funções de poder-saber, interessa-nos tomar a dimensão ética do não-saber – mesmo num sentido hiperbólico, pois que não podemos prescindir de nossa formação e dos aprendizados adquiridos como norte de nossa atuação – como forma de abdicar da dominação e do velho encerramento do outro e compreendê-lo o mais aproximadamente possível, em sua condição de alteridade. Eis que a supervisão se nos apresenta como essa possibilidade: de um não-saber que abre mão do poder sobre o outro, respeitando-o como alteridade e cria a possibilidade de uma escuta ética.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS: POSSIBILIDADE HERMENÊUTICA NO DESVELAMENTO DE HORIZONTES ÉTICOS

“O objeto com o qual se faz uma experiência não pode ser escolhido ao acaso. Antes, deve proporcionar-nos um saber melhor, não somente sobre si mesmo, mas sobre o que antes se acreditava saber, isto é, sobre o universal” (Hans-Georg Gadamer).

A pesquisa desenvolvida tem natureza qualitativa, almejando, como fim último, contribuir para o direcionamento ético das práticas contemporâneas em Saúde Mental. Para tanto, realizamos uma investigação hermenêutica da realidade em questão, entendendo-se hermenêutica como uma designação de práticas e referenciais teóricos distintos que trazem em comum o sentido lato de interpretação e compreensão (AYRES, 2005).

Se tomarmos a definição de saúde apontada por Ayres (2007):

a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade (p. 60)

Podemos perceber a aplicabilidade da hermenêutica no modo de operar o cuidado, tal como propõe o autor, o que implica assumir que a *objetualidade* inerente às ações de saúde não pode ser um saber unicamente o instrumental aplicado sobre um substrato passivo (usuário ou população). A hermenêutica aplicada no campo da saúde permite uma aproximação entre saúde e doença ao promover processos interpretativo-compreensivos que expliquem os significados do adoecer para os sujeitos e os contextos de intersubjetividade em que estão inseridos.

Ayres (2007) destaca que o giro hermenêutico produziu um impacto sobre os conceitos e práticas arraigadas ao campo da saúde, promovendo tensões, estranhamento e resistências. Embora não se saiba de modo consistente os resultados práticos de uma aplicação sistemática dessas propostas reconstrutivas, é possível apostar no sentido forte do diálogo promovido pela perspectiva hermenêutica gadameriana da *fusão de horizontes*, isto é, na produção de compartilhamentos e apropriação do que até então nos era desconhecido (ou

supostamente conhecido) no outro. Neste sentido, não é suficiente, por exemplo, fazer o usuário falar sobre o que o profissional acredita ser importante saber, mas ouvir o que aquele que demanda o cuidado traz como experiência e a partir daí ambos colocarem os recursos técnicos a serviço do que efetivamente se deseja lograr.

Entendemos como metodologia de pesquisa qualitativa, a partir da concepção de Minayo (1994), a investigação capaz de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* “como inerentes aos *atos*, às *relações* e às *estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p. 10). Tal orientação metodológica mostra-se em consonância com a especificidade da saúde, a qual se constitui numa área de grande número de disciplinas e estratégias, referindo-se a uma realidade complexa que tem na intervenção um problema concreto e imediato. Desse modo, a saúde requer uma abordagem dialética, que lhe permita a compreensão e a transformação de suas teorias e práticas, estando estas últimas em constante movimento e interação.

Em estudo realizado com profissionais de um CAPS de Fortaleza sobre suas vivências em Atenção à Saúde Mental (GARCIA & JORGE, 2006), o enfoque fenomenológico da hermenêutica interpretativa gadameriana mostrou-se uma ferramenta eficaz em possibilitar o conhecimento da tradição da Reforma Psiquiátrica, que emergiu dos discursos dos trabalhadores. Manifesta através da linguagem como relação do ser com o mundo, a tradição representa a bagagem de conceitos sustentados ao longo do tempo que condicionam ações do presente de modo não consciente. Conforme esta investigação, quando se traz a propósito a compreensão da tradição, tornam-se transparentes os preconceitos nos quais estão fundamentadas as concepções de cuidado a pessoa com transtorno mental e, conseqüentemente, condicionam os trabalhadores na forma de prestação desse cuidado.

Entendemos a hermenêutica filosófica como aquela que promove uma ruptura com a aspiração objetivista da teoria hermenêutica, ampliando suas pretensões de universalidade do campo epistemológico a uma dimensão ontológica, tendo em Gadamer (2006, 2008) seu principal representante. Ao indicar suas implicações para a epistemologia e o método científico, especialmente para as ciências humanas, Gadamer entende a hermenêutica menos como um método do que como uma atitude filosófica e como uma forma de compreensão que comporta e sustenta procedimentos cognitivos gerais (AYRES, 2005).

Ayres (2005) refere que a hermenêutica filosófica caracteriza-se por uma profunda rejeição da redução instrumental da racionalidade contemporânea, desejando afastar-se da

fragmentação e da auto-regulação impostos pelo tecnicismo e aproximar o conhecimento de seu sentido ético, moral e político. Nesse sentido, ao comprometer-se com o resgate do caráter histórico e social de qualquer conhecimento, inclusive o tecnocientífico, a metodologia virá atender aos objetivos de compreensão crítica e interpretativa da dimensão ética no campo da Saúde Mental.

Minayo (1994) apresenta a proposta da *hermenêutica-dialética* aplicada à saúde como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia. Partindo das teorias de Habermas e de Gadamer, considera que uma possível união entre as duas abordagens deveria preceder e estar presente trabalhos científicos que buscassem a compreensão da comunicação humana. No entanto, Lima (2008) nos esclarece quanto a divergências epistemológicas relevantes entre os teóricos, muito embora ambos tragam em seus pensamentos a interferência da tradição e da autoridade na construção de identidades e na manutenção ou transformação da realidade, o que apresenta elementos facilitadores do entendimento de como estão organizadas as formas de vida e como estas podem ser abordadas pela ciência e investigações científicas.

Para Habermas a hermenêutica gadameriana opera em relação à “facticidade das normas recebidas via autoridade, desenvolvendo uma força retroativa sobre essa própria autoridade, o que faz com que a mesma não seja mais que coação, pseudo-comunicação e, portanto, conhecimento não verdadeiro” (LIMA, 2008, p. 60). Habermas acusa Gadamer de ter uma proposta politicamente conservadora por defender os preconceitos e a autoridade existentes na constituição da identidade. Por sua vez, Gadamer critica Habermas por criar um preconceito (dogma) sobre o significado da razão para os indivíduos e de superestimar o papel do pensamento filosófico na realidade social. Em meio a outras divergências e pontos de encontro, e levando em conta os limites do empenho hermenêutico filosófico, interessa-nos o aprofundamento da abordagem gadameriana como instrumento útil no percurso metodológico em questão.

Para Lima (2008), Gadamer questiona a própria capacidade interpretativa, colocando em xeque a dicotomia sujeito-objeto, atribuindo profundidade ao exercício de reflexão e dando maior complexidade ao *círculo hermenêutico*, o qual passa a ser explicado como *a compreensão do movimento da tradição e do intérprete*. Freire (2002a) explicita o fato de, em Gadamer, o círculo metodológico ceder lugar ao círculo ontológico de compreensão, significando a busca por unidades perfeitas de sentido e pressupondo um movimento contínuo de constituição e reconstituição de sentidos. É nosso intuito que nossos sentidos acerca da ética, das concepções clássicas do campo da Saúde Mental e das demandas tardomodernas,

sejam transformadas à proporção que mantemos contato com a alteridade dos textos ou discursos.

Minayo (1994) entende a hermenêutica como a interpretação e a compreensão de um pensamento, retomando a ideia de Gadamer acerca dessa busca de sentido que se dá no ser que é linguagem, e somente através desta pode ser compreendido. Um percurso metodológico cuja análise se opere por meio da hermenêutica gadameriana, conforme a autora, deve considerar como finita a compreensão da linguagem e da comunicação, estando esta localizada num ponto específico do espaço e do tempo, uma vez que estamos circunscritos a uma história e, por conseguinte, aos preconceitos de nosso tempo, embora possamos e devemos buscar a ampliação de nossos horizontes na tentativa de compreensão e interpretação dos fenômenos. Desse ponto de vista, a hermenêutica ocuparia um lugar paradoxal, apontando para um contexto sempre passível de ser compreendido, sendo simultaneamente *questionável e potencialmente incompreensível*. A assim chamada experiência hermenêutica ocuparia um lugar entre a familiaridade da tradição e o estranhamento ante a alteridade a ser vislumbrada. A autora denota ainda a necessária vinculação da atitude hermenêutica com a retórica (entendida como *arte do convencimento*) e a práxis (referente ao terreno das decisões em questões práticas do cotidiano) – tais aspectos se interpretariam mutuamente – de modo a tornar possível a compreensão da mensagem, tanto quanto a orientação e a modificação da ação.

É assim que a hermenêutica, como fenomenologia, permite o esclarecimento das estruturas mais profundas do cotidiano, das condições concretas da vida, tendo como núcleo orientador da ação compreensiva a extensão da intersubjetividade de uma intenção, ou seja, o encontro entre a subjetividade do sujeito agente e a subjetividade daquele que busca o ato da compreensão, possibilitando a apreensão do sentido (RICOEUR, 2008). Não há, portanto, compreensão sem estranhamento, sem alteridade. Apenas o erro na tentativa de entendimento do que é dito por outrem pode possibilitar a *entrada* ou, dito de outro modo, o aprofundamento no mundo do outro, na busca por sua verdade e racionalidade, o que só pode ocorrer no encontro entre subjetividades. Hermenêutica inclui então o tempo presente, a cultura de um grupo, o sentido que vem do passado ou tradição ou mesmo de um ponto de vista próprio do filósofo ou investigador, oposição e síntese de subjetividades distintas, envolvendo num mesmo sistema e movimento o ser que compreende e o que é compreendido (MINAYO, 1994).

Gadamer (2006) aponta a aplicabilidade da hermenêutica em relação ao sofrimento e ao adoecimento mental, definindo-a como a arte da compreensão que lida com o incompreensível. Compreender o incompreensível, para o autor, demanda toda a nossa capacidade reflexiva, num exercício de desvelamento de nossa tradição histórica, colocando em pauta novos questionamentos, e a partir de cada resposta, a provocação de diversas outras questões, sendo esse o papel fundamental da hermenêutica filosófica.

A loucura enquanto fenômeno psíquico significa deparar-se com a incompreensibilidade e a estranheza. Compreendê-la, portanto, e às questões emergentes no campo da Saúde Mental, requer uma atitude filosófica que, em última instância, levará ao reconhecimento do limite da disciplina e da especialização³¹. A filosofia quer entender o incompreensível e expandir-se às grandes questões da humanidade, às situações enigmáticas, às quais o saber parece não oferecer respostas: “‘A alma’ não é uma parte, mas o todo corpóreo do ser-aí humano no mundo mais uma vez. Aristóteles sabia-o. A alma é a vitalidade do corpo”. (GADAMER, 2006, p. 174).

Pretendemos, nesta investigação, compreender os textos, sejam aqueles que sirvam ao referencial teórico, sejam os discursos dos sujeitos informantes, a partir de sua *alteridade*, de sua *historicidade*, de nossos *preconceitos*³², aproximando-nos de uma proposta metodológica hermenêutica filosófica gadameriana. A ênfase recai, pois, sobre caráter de alteridade, categoria fundamental para todo o processo compreensivo, visto que a própria loucura ou o adoecimento mental poderão ser entendidos como a alteridade que se faz presente e torna-se objeto a ser apreendido pelas práxis constituintes do campo da Saúde Mental.

Gadamer (2008) relaciona a alteridade ao choque que o texto nos causa, ao impacto causado em nós, ou por parecer não fazer sentido algum, ou mesmo por seu sentido não estar em acordo com nossas expectativas. Propõe diante disso uma atitude de abertura frente ao texto, que lhe permita dizer-nos alguma coisa, abalar-nos, que nos possibilite realizar questionamentos a partir de elementos seus. Nesse sentido, estamos receptivos à alteridade do texto. Receptividade não significa neutralidade ou passividade, mas algo condutor de uma apropriação de nossas opiniões e preconceitos. O dar-se conta de nossos próprios

³¹Gadamer (2006) refere-se à psiquiatria, mas nós pretendemos estender, neste contexto de investigação, o seu pensamento às demais disciplinas que lidam com o sofrimento e adoecimento mental na área da Saúde Mental, um campo que se constitui como interdisciplinar por excelência.

³² Os grifos em questão dizem respeito a categorias fundamentais da hermenêutica filosófica, tendo sido apresentados por Gadamer em sua obra *Verdade e Método - traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (2008), os quais estão destacados conceitualmente neste estudo, cuja análise dos conteúdos teóricos vem a ser um exercício hermenêutico filosófico, sendo, por isso, perpassados por essas categorias.

pressupostos é o desvelar da alteridade do texto e o seu reconhecimento no confronto com nossas opiniões prévias.

Lima (2008) traduz o conceito de preconceito – fundamental na obra de Gadamer – como a orientação prévia de toda a nossa capacidade de experiência, ou seja, aquilo o que constitui a historicidade de nossa existência. Todo conceito pressupõe um conceito prévio. Gadamer, contrapondo-se ao Iluminismo, concede à noção de preconceito uma acepção positiva, assim como faz com as qualidades de autoridade e tradição. Estando estes conceitos em íntima relação, entendemos que o conhecimento *anônimo* e consagrado pela tradição (herança histórica) é dotado de autoridade e que à nossa identidade foi transmitida esta mesma herança; somos, portanto, constituídos por esta. O peso do discurso de autoridade advém do reconhecimento do outro como estando acima de nós em juízo, de modo que seu valor assume a primazia em relação ao nosso. Ilustramos em nossa investigação os discursos dos supervisores e os textos clássicos em Saúde Mental como autoridade e tradição. Diante disso, podemos afirmar que a possibilidade de (re) elaborar de forma crítica nossa herança histórica é o que permite a criação de novos horizontes.

Em nossa situação particular, sustentamos alguns pressupostos que diziam respeito a nossas experiências em Saúde Mental, incluindo desde o contato com os textos clássicos até o desenvolvimento de práticas vivenciadas por nós ou em nosso entorno – algumas destas descritas na introdução desta pesquisa – as quais nos levaram à elaboração de questionamentos e à definição de pontos de vista específicos. Estes, por sua vez, foram amalgamados às perspectivas de alteridade advindas dos textos clássicos e contemporâneos no âmbito da Saúde Mental, repletos de nossa historicidade, bem como aos discursos dos supervisores, num processo de interpenetração que culminou com a criação de novos horizontes éticos relacionados ao dispositivo CAPS e ao campo da Saúde Mental.

Em todas as formas de hermenêutica, segundo Gadamer (2008), o sentido que se deve compreender somente pode ser concretizado e completado na ação interpretadora, a qual permanece totalmente ligada ao sentido do texto. A interpretação emerge como algo necessário onde o sentido do texto não se deixa compreender de imediato, quando não se confia na representação imediata de um fenômeno, ou seja, em sua aparência. Assim o fazem o psicólogo, ao desconfiar do que o cliente tem em mente, recorrendo à investigação dos elementos inconscientes, e o historiador, que busca os sentidos ocultos e revelados nos dados da tradição para chegar ao seu sentido verdadeiro. Ambos voltam suas interpretações para o que não vem expresso no próprio texto. Desse modo, Gadamer amplia o ato de interpretar a

todo ato de leitura: “em toda leitura tem lugar uma aplicação, e aquele que lê um texto se encontra, também ele, dentro do sentido que percebe. Ele próprio pertence ao texto que compreende” (p. 445).

A experiência, como pressuposto necessário à ciência, transforma o saber. Não podemos realizar por mais de uma vez a mesma experiência, pois, ao fazê-lo, já se estará tratando de uma nova experiência. Mesmo se a tenhamos de confirmar continuamente, por repetições, a experiência repetida e confirmada passa a ser possuída por nós, não mais sendo inesperada, mas prevista, convertendo-se numa experiência diferente. Um fato novo, ao ser experimentado, gera o ato de inversão da consciência, a qual se volta sobre si mesma. A partir desse movimento, o experimentador ganha um novo horizonte; ao se tornar consciente de algo, transforma-o em experiência para si.

Essa experiência pode ser nomeada como *dialética*, pois a negação, por meio da qual a experiência permite uma releitura daquilo o que era considerado como universal, constitui em si mesma o momento dialético da experiência. Retomando Hegel, Gadamer (2008) dá-nos a conhecer que a experiência é o movimento dialético da consciência consigo mesma (em seu saber e em seu objeto), a partir do qual surge o objeto verdadeiro.

Tratamos, portanto, de uma dialética da experiência intrínseca à essência histórica do homem e que só pode ser adquirida através da frustração de muitas expectativas, sendo consumada não na conclusão de um saber, mas na abertura a esta mesma experiência, a qual nos faz chegar ao discernimento (como determinação própria do ser humano), ou seja, àquilo que nos revela o autoconhecimento do que nos prendia ao que éramos cegos. De posse desse discernimento podemos ser capazes de reconhecer que toda expectativa e toda projeção humana é finita e limitada, já que estamos inevitavelmente circunscritos à nossa *historicidade* (GADAMER, 2008). Daí a consciência histórica que deve querer compreender a *tradição* e necessita pensar a sua própria historicidade. É a tradição que torna possível o ato de conhecer. Reconhecer isso é chegar à experiência hermenêutica, que se dá pela abertura à tradição, própria da *consciência efetual*. Diz Gadamer (2008):

[...] Ao contrário, a consciência da histórica efetual ultrapassa a ingenuidade desse comparar e igualar, deixando que a tradição se converta em experiência e mantendo-se aberta à pretensão de verdade apresentada por essa. A consciência hermenêutica tem sua consumação não na certeza metodológica sobre si mesma, mas na comunidade de experiência que distingue o homem experimentado daquele que está preso aos dogmas (p. 472).

Conforme Lima (2008), a experiência hermenêutica em Gadamer conclui que a relação do intérprete com o interlocutor deve ser uma relação de compreensão em vez de um conhecimento objetivo. Isso implica em não se poder separar a validade do significado, pois a apropriação da expressão do outro só pode ser dada se houver aceitação do seu valor como uma verdade possível. Desse ponto de vista, podemos supor um aspecto de abertura do mundo como sentido e que os interlocutores estão desde sempre inseridos numa espécie de orientação prévia das respostas e questões, sendo, portanto, necessária a adoção de uma atitude de submissão à autoridade da parte do intérprete, que aceita a validade da tradição onde a linguagem está ancorada.

Na experiência hermenêutica, o momento da *história efetual* diz respeito à progressão dos textos, quando lhe são acentuados determinados aspectos através da sua compreensão, inserindo-os num processo de acontecer autêntico. A nossa finitude histórica mostra-nos que pessoas de outras gerações irão compreender sempre de um modo diferente. A obra e a história são as mesmas na experiência hermenêutica, mas a plenitude de sentido da primeira põe-se à mostra cada vez que é compreendida diferentemente, enquanto que na segunda os significados vão também se determinando de modos distintos. A redução hermenêutica entendida como uma restrição à mera opinião do autor torna-se equivocada.

Assim, ao enfatizar o tempo histórico, compreendemos a importância de se considerar a historicidade do texto, ou o que se denomina como tradição. O sentido hermenêutico advém de uma tensão entre a estranheza e a familiaridade que a tradição nos provoca, pois ela inclui o que já foi dito, o modo como esse dito foi construído historicamente e os aspectos da *distância temporal*³³. Dito de outro modo, a história (chamada *efetual*) nos constitui, em nossos discursos e modos de interpretação e compreensão, sendo imprescindível, portanto, o seu resgate para que possamos (re)conhecer de onde surgem nossos preconceitos, que configuração eles possuem e se são verdadeiros ou falsos.

Vale salientar com Freire (2002a) que a *distância histórica*, entendida como a diferença irrecusável entre intérprete e autor, conduz-nos a reconhecer toda compreensão como uma compreensão diferente da anterior, a qual não deve ser negativa nem positivamente maior que a advinda do horizonte do autor ou de seus leitores originais. As diferentes histórias do autor e do intérprete denunciam que a compreensão se produz como processo, como

³³ A categoria conceitual apresentada por Gadamer (2008) diz da *distância histórica* que é dada pela diferença entre o intérprete e o autor. Esse acontecer histórico que separa os posicionamentos de ambos deve ser considerado na compreensão do próprio pensar, levando em conta a tradição, de modo a tornar perceptíveis os preconceitos verdadeiros (através dos quais compreendemos) e os falsos preconceitos (produtores de mal-entendidos).

acontecer, de modo que a reprodução de uma obra original não é possível ao intérprete, que se dirige ao seu próprio dizer, fala com suas próprias palavras, mesmo diante do dizer do autor. Desse modo, a *história efetual* define-se como *uma história eficaz que trabalha sobre o imediatismo do fenômeno*, determinando assim sua compreensão e, o que lhe é anterior, o próprio questionamento. Saber de si ou sobre si não esgota as possibilidades do ser histórico, que está em incansável processo de se (re)fazer.

Retomando a questão dos preconceitos, estes assumem um lugar diferenciado na hermenêutica gadameriana porque, longe de constituírem-se como conteúdos a serem rejeitados pelo autoritarismo da razão, estes preconceitos nos interpelam, conduzindo-nos a um encontro com a tradição ao mesmo tempo em que fazem depararmos-nos com a alteridade do texto. Para Gadamer (2008), a condição hermenêutica suprema é esta: a compreensão que tem início onde algo nos interpela, ou seja, na condição da alteridade.

Esse encontro com a alteridade exige a suspensão de todo o juízo, atitude que se traduz na estrutura de uma pergunta³⁴. É a pergunta que detém a primazia na hermenêutica filosófica, bem argumenta Freire (2002a), quando nos rememora que à interpretação de um texto, obra ou discurso se impõe um questionamento. Imposição que se dá antes e depois – quando se chega ao texto e quando se lhe interpreta. Por nossa vez, chegamos aos textos que nos servem à discussão e aos discursos dos supervisores com uma questão primeira: Qual a relação entre as demandas tardomodernas em Saúde Mental e a dimensão ética subjacente ao Centro de Atenção Psicossocial? Poderíamos dizer de antemão que as práticas desenvolvidas nos CAPS são obviamente perpassadas pela ética e que a relação destas com as demandas contemporâneas são, em geral, de adequação, já que ambas as esferas estão em consonância de objetivos. Todavia, se partimos meramente da consideração de que existem éticas distintas e da pretensão de realizarmos uma aproximação da ética da alteridade levinasiana, de imediato nos inserimos numa busca por respostas, tomando então o papel de intérpretes. Assim, emerge a necessidade de nos relacionarmos com a alteridade dos textos (ou discursos) para elaborarmos novos questionamentos e chegarmos à criação de sentidos, na fusão de nossos horizontes com os horizontes dos autores e dos supervisores.

Mas precisamos estar atentos aos efeitos que a história provoca em toda a nossa compreensão, ainda que não tenhamos consciência disto. Essa *consciência histórico-efetual*

³⁴ Para Gadamer (2008) perguntar pressupõe um querer saber e um não saber. A dialética e todo saber se concretizam na forma de uma pergunta, que coloca algo no aberto ao mesmo tempo em que o delimita. A abertura implica na não existência de uma resposta fixa. Uma pergunta pode ser verdadeira ou falsa conforme for capaz de levar o assunto ao âmbito do aberto. Sem abertura não se pode decidir. A falsidade ou má distinção da pergunta apresenta-se na forma de uma ambigüidade.

constitui um momento da própria compreensão, o qual resultará na elaboração da *pergunta correta*. Nessa concepção, estamos a cada instante acontecendo historicamente, de modo que *o ser histórico não se esgota nunca no saber-se*, pois estamos imersos na situação hermenêutica, não podendo dispor de um saber objetivo sobre esta (GADAMER, 2008).

Conceito fundamental em Gadamer (2008), a ideia de *horizonte*, pertencente ao conceito de situação hermenêutica, anteriormente apresentado, define-se com a situação histórica; é dado como uma perspectiva, um ponto de vista, “o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que pode ser visto a partir de determinado ponto” (GADAMER, 2008, p.399). A metáfora do horizonte implica num olhar amplo que contempla o infinito e consegue ver além de algo, além do óbvio, embora a descrição do que se vê seja circunscrita a determinado ponto, a um dado recorte histórico. Elaborar a situação hermenêutica será, portanto, obter o horizonte de questionamento correto. Através do diálogo (que conduz a elaboração de questões) torna-se possível compreender o horizonte do outro, reconhecer sua alteridade, a qual passa então a ser objeto de conhecimento e incorre na suspensão de nossas próprias perspectivas. Gadamer (2008) afirma:

O conceito de horizonte torna-se interessante aqui porque expressa essa visão superior e mais ampla que deve ter aquele que compreende. Ganhar um horizonte que dizer sempre aprender a ver além do que está próximo e muito próximo, não para abstrair dele mas precisamente para vê-lo melhor, em um todo mais amplo e com critérios mais justos. (GADAMER, 2008, p. 403).

O horizonte do presente é aquele que está em permanente transformação, por isso resulta no *pôr em questão* nossos preconceitos. Se precedemos do passado histórico, é por meio do encontro com a tradição e de sua compreensão que poderemos vislumbrar a situação hermenêutica, pois não existindo um presente por si mesmo, a tradição é o lugar onde o presente e o passado co-existem, de modo que o ato de compreender será sempre um processo de *fusão* desses horizontes históricos. O autor explicita tal conceito:

Todo encontro com a tradição realizado graças à consciência histórica experimenta por si mesmo a relação de tensão entre texto e presente. A tarefa hermenêutica consiste em não dissimular essa tensão em uma assimilação ingênua, mas em desenvolvê-la conscientemente. Essa é a razão por que o comportamento hermenêutico está obrigado a projetar um horizonte que se distinga do presente. A consciência histórica tem consciência de sua própria alteridade e por isso destaca o horizonte da tradição de seu próprio horizonte. Mas, por outro lado, ela mesma não é, como já procuramos mostrar, senão uma espécie de superposição sobre uma

tradição que continua atuante. É por isso que logo em seguida ela recolhe o que acaba de destacar a fim de intermediar-se consigo mesma na unidade do horizonte histórico assim conquistado (GADAMER, 2008, p. 405).

O processo de *fusão de horizontes* com o qual nos deparamos constitui a mediação da comunicação com a interpretação. A hermenêutica ultrapassa, através desse processo, o uso particular de nossa interação com os produtos culturais para alcançar um significado universal, no entender de Lima (2008), pois todo nosso passado está previamente concebido e atravessado pela construção linguística do nosso entendimento, de modo que é possível a inferência de que todo conhecimento tem um componente hermenêutico. Não tratamos de um processo em que o intérprete se ponha no lugar do autor (interlocutor), mas que se coloque de acordo com o outro em relação a uma dada questão, melhor dizendo, a interpretação de um horizonte (tradição) ou a compreensão que dela resulta não se dão a partir desse horizonte, mas da perspectiva do intérprete, que se mescla a este mesmo horizonte. Tratamos de uma interpenetração, de uma fusão, portanto.

Freire (2002a), ao considerar a hermenêutica filosófica na compreensão dos textos levinasianos, aponta-nos sobre a condição de possibilidade da *fusão de horizontes* , a saber: o contato com a outra ideia, com a alteridade do texto, que será resgatada para a fundação de um novo conhecimento na atividade de interpretação. O preconceito (pressuposto) como tão somente uma antecipação de sentido ou conceito prévio que *se oferece no embate com a ideia do outro* não pode ser entendido como um falso juízo, por não poder ser valorizado de modo positivo ou negativo, nem tampouco como perda ou prejuízo, se é exatamente dessa compreensão prévia em relação com a obra que nascerá um novo saber. Vale lembrar que essa fusão não prescinde de uma relação direta com a historicidade, como vimos, porque os nossos pressupostos referem-se à nossa própria inserção sócio-histórica.

Dessa forma, tomamos a *fusão de horizontes* , proposta na hermenêutica filosófica de Gadamer– ainda que a compreendamos como uma atitude para além de um método – como possibilidade de compreensão da dimensão ética no Centro de Atenção Psicossocial em sua relação com as demandas tardomodernas em Saúde Mental. Como método de análise, a hermenêutica filosófica nos permitiu caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental a partir dos horizontes apresentados pelos supervisores de CAPS, assim como compreender a dimensão ética em sua relação com o CAPS no âmbito da prática de supervisão. Tal metodologia incitou-nos os *questionamentos corretos* ao nos lançar numa

posição de delineamento de novos horizontes mais responsivos às demandas dos sujeitos em sofrimento e adoecidos psicicamente, e, em última instância, mais éticos.

4.1 Por que os supervisores? Da articulação com o campo à coleta de dados

Na relação com a alteridade-loucura, nos espaços diários de tratamento ou de cuidado, em que parecia urgir um chamamento ético: aí esteve situada nossa busca investigativa – nas entrelinhas de um campo desafiador, no ocultamento que em parte se pôde revelar, na impossibilidade de deciframos o misterioso Rosto do sofrimento e da loucura do outro. Foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) eleito nosso campo de análise, acessado por meio de um grupo de supervisores clínico institucionais atuantes neste dispositivo.

O CAPS, ao representar um tipo de serviço cujo principal intuito consiste em substituir o modelo asilar e manicomial anterior, acaba necessariamente por experimentar novos modos de lidar com o sofrimento e o adoecimento mental, constituindo-se como resultado de um processo histórico-cultural complexo e ao mesmo tempo fundante de práxis diversificadas, na tentativa de atender às demandas tardomodernas de Saúde Mental, sendo por isso intimado a posicionar-se técnica, política, social e, fundamentalmente, no que nos interessa, eticamente, frente ao seu saber e ao seu fazer na relação cotidiana com a loucura – e, como desejamos entendê-la – com a alteridade.

Vislumbramos a relevância desta investigação tanto no que concerne a uma necessária reflexão teórica sobre o campo da ética na Saúde Mental, como num exercício de um pensar filosófico que desemboca diretamente na práxis, cujo desenvolvimento competente e transformador da realidade social não pode ser pensando de modo dissociado dos conteúdos e princípios que fundamentam estas ações. Outrossim, o enfoque dado ao papel do supervisor ou ao espaço de supervisão, exatamente como a possibilidade de resgate e ênfase do saber refletido na prática ou da revisão dos saberes a partir das práticas, constitui uma característica inovadora, que difere de grande parte das pesquisas acerca do Centro de Atenção Psicossocial que habitualmente se pautam nas experiências e discursos de usuários e técnicos dos serviços. Sem contestar o mérito das referidas pesquisas e a coerência com aquele objeto a que se propõem conhecer, procuramos ilustrar o caráter diferencial de se apreender a ética por um olhar voltado para a diferença – mas não alheio ou desconectado da realidade – de quem ocupa a posição de reflexividade e crítica, indicando, por esta razão, a possibilidade de compreensão do fenômeno de modo mais imune a contaminações do tipo “isso é ou não

ético” ou “sim, nós trabalhamos de forma ética e respeitosa para com o outro”, embora saibamos não poder haver neutralidade total.

Talvez nos soasse mais fácil (pelo menos no sentido da obtenção de resultados) observar, por uma tentativa de imersão no cotidiano dos serviços, o quanto os discursos e até mesmo as ações de diversos atores estão imbuídos de boas intenções e desejos de fazer valer os ideais da Reforma Psiquiátrica atrelados aos processos de desinstitucionalização da loucura. Não sendo disso que vimos tratar, dessa apropriação imediata da ética enquanto postura, que põe em jogo se os serviços ou os profissionais estão ou não agindo de forma íntegra ou correta em seus fazeres, adotamos como foco a reflexão crítica pelos olhos dos supervisores, ou melhor, por meio dos horizontes apontados por estes.

Todavia, estamos desejosos do lugar da alteridade, instância que não se dá claramente ao conhecimento. O seu lugar é este de nos induzir a questionamentos imprescindíveis e vislumbrar horizontes para além das obviedades. Lidar com a ética, em nosso entender, significa captar as nuances mais sutis que não estão localizadas na intencionalidade das ações e dos vínculos, mas nos pontos obscuros, os quais somente podem ser percebidos no exercício incansável da reflexão, na atitude de quem se torna capaz de questionar-se a si próprio. Ao tocar no problema da aplicação para a hermenêutica filosófica, Freire (2002a) fundamenta que, quando compreendemos algo, de fato aplicamos algo geral a uma situação particular e concreta, o que nos remete à questão ética, cujo alcance inclui os meios e os fins, distinguindo-se meramente do saber técnico e implicando numa experiência singular na qual se faz presente uma afetação pelo outro, no sentido levinasiano, mais que apenas o desejo pelo que seja justo.

A alteridade, elemento essencial de nosso percurso metodológico, refere-se a esta possibilidade de nos impactarmos com os conteúdos emergentes da investigação, pois não sabíamos o que iríamos encontrar nos horizontes apresentados pelos supervisores, os quais não foram convidados a discorrer sobre a ética de forma direta e conclusiva, e sim a refletir sobre as questões do dispositivo CAPS a partir de sua prática de supervisão, nas quais as dimensões éticas se entranham sorrateira e avassaladoramente, independente de nossa vontade ou percepção sobre estas.

Portanto, a escolha dos supervisores como informantes da pesquisa justificou-se pela caracterização da supervisão como espaço de *não-saber*, ou seja, de questionamento de fazeres e saberes. Trata-se de um espaço em que estes fazeres são postos em xeque, lugar onde prevalece a reflexividade e não a pragmática, campo de análise e compreensão de

‘porquê se faz o que se faz’, ‘como se faz’, ‘qual o sentido das práticas e o impacto destas no cotidiano nos profissionais’, etc. Não objetivamos supor que os supervisores detenham um saber inquestionável sobre as práticas desenvolvidas nos CAPS. Nem tivemos a intenção de abordar o cotidiano de modo direto, como em uma pesquisa-ação poderia pretendê-lo, mas logramos apreender a reflexão sobre este cotidiano (o cotidiano refletido), operado por técnicos e supervisores no espaço mesmo da supervisão, sob o olhar do supervisor (como outro). Este outro representa um profissional que usualmente possui uma história pregressa e consolidada de atuação no campo da Saúde Mental e no processo de reforma da Saúde Mental do estado, tratando-se, portanto, de um sujeito que (embora *externo* ao corpo técnico do serviço) não está alheio às práticas desenvolvidas nos CAPS, mas, ao contrário, possui uma experiência consistente e de grande envolvimento com a construção e operacionalização deste dispositivo.

Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) analisam o cenário de expansão dos CAPS como estratégia da recente Política Nacional de Saúde Mental, destacando a heterogeneidade que marca o desenvolvimento desse processo em todo o país e a presença de novos saberes e práticas construídos no cotidiano por atores procedentes de disciplinas diversas, cuja formação muitas vezes revela-se carente de novas perspectivas de abordagem da pessoa em sofrimento mental. Com efeito, há o risco da desqualificação da atenção psicossocial por meio da reprodução de antigas práticas e possível construção de outros espaços asilares. Daí a supervisão apresentar a possibilidade de qualificação da gestão e da atenção nos CAPS, minimizando estes riscos ao qualificar as equipes através do desenvolvimento de um projeto ético-político voltado para a construção de uma prática clínica competente.

Corroboramos o pensamento dos autores de que a operacionalização desse projeto requer a presença de um profissional externo ao serviço, de reconhecida competência teórico-técnica, o qual se disponibilizará a realizar o acompanhamento da equipe numa espécie de auxílio sistemático, buscando instituir uma cultura de identificação de problemas, compartilhamento de experiências e proposição de soluções para dilemas clínicos e institucionais, fomentando a prática da autocrítica e da elaboração de novos objetivos.

Os discursos dos supervisores, ao serem interpretados pela hermenêutica filosófica, não foram aqui tomados como verdades ou pareceres fechados, mas serviram eles próprios como elementos dados à crítica e à interpretação com fins de se chegar à compreensão. O exercício metodológico em questão adotou como categorias fundamentais e imprescindíveis de análise os *preconceitos*, que deveriam ser apreendidos e confrontados na fusão dos

horizontes históricos dos sujeitos envolvidos no ato de conhecimento. Daí, tudo o que veio a emergir da atitude contínua e exaustiva de interpretação, especialmente nas entrelinhas, no conteúdo que não se dava a revelar de imediato, foi dado ao exercício de compreensão hermenêutica. Neste sentido, a dimensão ética pôde ser apreendida exatamente nesta atitude de suspeita, da alteridade do texto (discursos), do confronto entre pontos de vista distintos.

Nessa busca por compreender a dimensão ética no CAPS, bem como caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental, foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas com supervisores de CAPS, cujos discursos foram entendidos como alteridade e analisados à luz da hermenêutica filosófica. Ressaltamos que as entrevistas costumam mostrar-se instrumentos eficazes quando o que desejamos é apreender sistemas de valores, crenças, normas, representações de um grupo social e compreender relações distintas, investigando tanto o dito como aquilo que está para além dele. Assim, utilizamos um roteiro de entrevista (apêndice A), o qual foi composto de cinco questões, estando estas pautadas nos pressupostos teóricos e nos objetivos desta investigação, não necessariamente tendo sido seguidas numa sequência única, nem nos impedindo de formular novas questões conforme a experiência no momento da entrevista nos instigasse a fazê-lo. O roteiro funcionou como um aspecto orientador e facilitador da abertura e do aprofundamento da comunicação entre investigador-informante.

Com fins de averiguação da aplicabilidade e consistência do roteiro, foram realizadas duas entrevistas piloto, que permitiram a análise do instrumento em aspectos como clareza, coerência com os objetivos e pressupostos teóricos e presença ou não de conteúdos tendenciosos. O número inicial de 8 (oito) entrevistas foi uma estimativa baseada no levantamento de supervisores obtido através: 1) do levantamento dos nomes dos supervisores em atuação nos CAPS³⁵, realizado por técnicos do Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NUSAM/CE) da Secretaria de Saúde do Estado (SESA/CE); 2) da indicação de supervisores por coordenadores de CAPS ou outros supervisores, em cujos nomes se reconhecessem a qualidade e a competência de suas ações e, ou, a ocupação de um lugar de referência em seu campo de atuação (seja pelo ativismo no processo de Reforma da Saúde Mental no Estado ou por manter-se em posição de destaque pela qualidade de suas atividades).

Embora tenhamos constatado, através de informações obtidas em seminários e informalmente com representantes da Saúde Mental do estado, que há, de fato, um número maior de supervisores atuantes no Estado do que o apontado pelo levantamento do

³⁵ Optamos por não incluir a referida lista nos documentos anexos, para não identificar os supervisores entrevistados.

NUSAM/CE, ainda assim optamos por levar em conta a lista que nos foi enviada por e-mail (em 20 de abril de 2011) pelo referido Núcleo. Em contato com os técnicos deste setor, fomos esclarecidos de que houve algumas deficiências na elaboração de uma lista de nomes de supervisores inteiramente fidedigna, uma vez que alguns destes estavam em fase de transição de um serviço para outro ou as secretarias municipais de saúde, ou CAPS aos quais estes estavam vinculados, não dispunham de seus contatos pessoais como endereços eletrônicos e telefones. Além disso, tivemos a informação de que um novo levantamento estaria sendo posteriormente realizado, quando da realização do projeto Escola de Supervisores do Estado do Ceará pela Escola de Saúde Pública³⁶ (ESP/CE). Dada à necessidade do cumprimento do cronograma desta investigação e ao respaldo e responsabilidade atribuídas ao NUSAM/CE em responder quanto às questões de Saúde Mental na esfera estadual, tomamos a decisão de nos respaldarmos no levantamento primeiro.

Partindo disso, selecionamos sete supervisores, número que pode ser considerado coerente com os objetivos desta pesquisa, os quais se direcionam para a atividade hermenêutica, com ênfase na compreensão e interpretação dos dados e não em aspectos quantitativos. Este número, diferindo do estimado no inicial projeto de pesquisa (que mencionava a possibilidade de oito entrevistados), definiu-se devido ao uso dos critérios de inclusão no grupo de informantes, uma vez que foi constatado que somente sete dos supervisores listados estariam atuando em mais de um CAPS, simultaneamente, no período da realização das entrevistas. O grupo de supervisores escolhidos representa mais da metade total de doze supervisores listados pelo NUSAM/CE.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para a participação dos informantes na pesquisa: 1) o tempo de atuação como supervisores de CAPS (mínimo de dois anos), pois consideramos ser este o tempo suficiente para a aquisição de experiência significativa no campo da supervisão, levando em conta que a política pública de supervisão de CAPS tem vigência recente no País³⁷, e 2) estar atualmente desempenhando a função de supervisor em

³⁶O projeto Escola de Supervisores do estado de Ceará foi apresentado *no I Seminário Cearense sobre Supervisão Clínico Institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)* realizado nos dias 29 e 30 de abril de 2011, promovido pela Coordenadoria de Pós-Graduação de Atenção à Saúde da ESP-CE e Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NUSAM) da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA). O referido projeto definiu como objetivo principal “a qualificação dos profissionais da área de saúde para o exercício da função de supervisão do campo da Saúde Mental e da atenção psicossocial, entendendo que a atenção psicossocial se dá para além do CAPS” (FIALHO, 2011).

³⁷ Ver Portaria Nº 1174/GM de 7 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que “destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências” (BRASIL, 2011b).

mais de um CAPS, de forma a permitir uma visão mais ampla e diversificada do CAPS enquanto dispositivo de Atenção à Saúde Mental, evitando assim uma visão restrita a um único serviço, o que limitar a análise acerca do fenômeno em questão. Para esta seleção dos supervisores utilizamos a *ficha de identificação e caracterização do supervisor* (apêndice B), no entanto, cabe a ressalva de que esta não foi incluída no relatório final desta pesquisa, servindo apenas à etapa anterior à coleta dos dados (ou seja, a etapa de seleção do grupo de informantes).

Como os supervisores-informantes deveriam atuar em mais de um CAPS e as temáticas abordadas nas entrevistas não teriam como foco a revelação de conteúdos sigilosos em relação a um ou outro serviço, inferimos que a permissão das instituições (às quais os supervisores pudessem estar vinculados, como coordenações de CAPS e Secretarias Municipais de Saúde) para a realização desta pesquisa seria dispensável. Optamos, entretanto, por informar, através de ofício (anexo A) emitido pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 18 de maio de 2011, ao Núcleo de Atenção à Saúde Mental da SESA/CE acerca da realização desta pesquisa, inclusive solicitando a participação da sua comissão técnica no levantamento dos supervisores a serem entrevistados, além de dados sobre os indicadores de Saúde Mental do Estado. Recebemos, por meio de mensagem eletrônica enviada por técnica do NUSAM/CE, uma lista com o nome dos supervisores, municípios e CAPS em que atuavam e contato (endereços eletrônicos e, ou, telefones) dos supervisores, na qual nos pautamos para a delimitação do grupo de informantes.

O contato com os supervisores ocorreu de forma direta (por mensagem eletrônica ou telefone), não mediada por instituições³⁸, uma vez que o trabalho de supervisão ocorre, na maioria das vezes, de forma autônoma, sendo o supervisor um profissional *externo* ao serviço, não compondo a equipe técnica de um CAPS. Os objetivos da pesquisa foram explicitados tanto na mensagem eletrônica enviada aos supervisores como no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice C) assinado no momento da entrevista. O agendamento desta foi realizado por telefone, tendo sido solicitado ao supervisor, de antemão, que a entrevista acontecesse em local distinto do CAPS, com vista a evitar possíveis interferências de ordem institucional, hierárquica, pessoal, etc., as quais pudessem prejudicar ou inviabilizar

³⁸ O supervisor de CAPS não possui um vínculo direto com o serviço, enquanto servidor público ou componente da equipe técnica, detendo-se seu contato com o serviço a encontros quinzenais ou mensais com os servidores para a realização de supervisões técnicas e, ou, administrativas e do planejamento dessas atividades. Cabe o esclarecimento de que a prática de supervisão inclui também orientações e atividades não presenciais, não se restringindo somente aos contatos esporádicos.

as informações prestadas, supondo assim a garantia de alguma neutralidade. Deste modo, as entrevistas transcorreram em locais como residência do (a) supervisor (a) ou de familiares, consultório particular, outro local de trabalho ou sala de aula, tanto na capital como no interior do estado.

O agendamento das entrevistas levou em conta a disponibilidade de tempo e facilidade de acesso do supervisor ao local de sua realização. A princípio, obtivemos autorização para realizar as entrevistas em um gabinete nas instalações da universidade, cuja acústica e estrutura mostraram-se adequadas aos objetivos da atividade. Porém, em contato por telefone os supervisores optaram, cada um deles, por sugerir um local mais de acordo com suas possibilidades. Sobre o tempo de duração, enquanto uma das entrevistas desenvolveu-se no curto espaço de tempo de cinco minutos, as demais tiveram duração variável entre 22'32'' e 60'19''. Em geral, os supervisores demonstraram estar à vontade para discursar espontaneamente sobre suas práticas e reflexões, a partir dos tópicos abordados, trazendo uma contribuição ímpar acerca de questões diversas, desde a prática de supervisão em si até conteúdos que versaram sobre o dispositivo CAPS e os aspectos éticos envolvidos em suas práxis.

4.2 Princípios éticos na investigação

É válido ressaltar que, anteriormente à etapa da coleta de dados e imediatamente após a realização do Exame Geral de Conhecimento, considerando a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2011) e a Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011), este projeto dissertativo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE/UFC), juntamente com outras documentações que se fizeram necessárias (como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, orçamento da pesquisa, carta de apresentação, folha de rosto e declaração de concordância). Somente de posse do parecer favorável (anexo B) do CEMEPE/UFC, emitido em 24 de maio de 2011, pudemos dar seguimento ao processo investigativo, que teve como passo seguinte o direcionamento para o campo de análise.

5 FUNDINDO HORIZONTES: SOBRE O PROCESSO DE ANÁLISE DAS DIMENSÕES ÉTICAS

De posse dos dados provenientes das entrevistas, cujo processo de transcrição foi realizado com o auxílio de um colaborador³⁹, graduando em Psicologia, passamos então ao percurso de análise dos dados, o qual se constituiu um desafio ímpar aos pesquisadores.

A princípio, questionamo-nos sobre a necessidade ou não de recorreremos a algum tipo de método facilitador da transformação dos discursos em categorias, a partir das quais apreenderíamos os horizontes dos supervisores acerca das temáticas suscitadas, o qual, ao mesmo tempo, pudesse estar em consonância com a hermenêutica filosófica em sua essência e sentido real. Todavia, mediante a apropriação da atitude hermenêutica como ferramenta suficiente ao exercício interpretativo almejado, prescindimos de métodos complementares, tomando como passos da análise os elementos essenciais da metodologia em questão, destacados por Gadamer (2008; 2006): a *alteridade* dos textos e discursos, nossos *preconceitos* relacionados a estes e a *historicidade* dos diversos horizontes apresentados, todos estes sendo possibilitados pela própria experiência hermenêutica.

Embora entendamos que estes elementos tenham estado presentes em todo o processo de análise, pois que são interdependentes e indissociáveis no exercício da interpretação e da compreensão, não podendo ser separados um do outro, esforçamo-nos para realizar a eleição de um elemento primeiro para cada etapa, de modo a, didaticamente, propor uma espécie de categorização dos discursos, que nos levasse a uma estratificação inicial, passando posteriormente por um agrupamento em categorias mais amplas, para, em seguida, propiciar a indução de premissas no ato mesmo da fusão de horizontes. De tal maneira, num primeiro momento – o da categorização – sobrelevaram-se os preconceitos (pressupostos), sendo a partir deles efetuada a subdivisão dos discursos e textos em ideias gerais (em forma de tópicos) sobre os temas em questão – os que emergiram dos discursos dos supervisores e os que emanaram da discussão teórica. A partir deste exercício, chegamos à elaboração do *Quadro: Fusão de horizontes* (apêndice D) que nos permitiu a visualização geral das categorias a serem posteriormente interpretadas, as quais foram agrupadas em grandes temas versando sobre: 1) a deontologia e os limites éticos do sistema de Saúde Mental; 2) as demandas tardomodernas e a exigência ética do outro e 3) o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial. Para o segundo e o terceiro momentos, situados na fase de interpretação e compreensão, elegemos como elementos hermenêuticos primeiros a alteridade e a

³⁹ Agradecemos a Abnadab de Melo Martins, que participou desta equipe de pesquisa como colaborador.

historicidade, respectivamente. A alteridade, no sentido gadameriano, como o que nos impacta e nos causa estranhamento, possibilitou-nos o apontamento dos discursos mais significativos relacionados às temáticas encontradas. Já a historicidade, adquiriu sua primazia no momento mesmo da interpretação e da compreensão, no confronto dos textos e discursos, onde as situações históricas do autor, do supervisor e do intérprete fundiam-se mutuamente na atitude filosófica hermenêutica. Enfatizamos, porém, que todos os elementos (preconceitos, alteridade, historicidade) estiveram presentes nos três momentos descritos, embora a eleição prioritária de um ou de outro em cada etapa, tenha propiciado a tradução da atitude hermenêutica no exercício metodológico que intentamos realizar aqui.

Os subitens seguintes dizem respeito às temáticas resultantes do processo de fusão de horizontes, constituindo o tripé de análise que nos permitiu alcançar os lugares da ética em sua relação com o dispositivo CAPS e com as demandas tardomodernas em Saúde Mental que vimos definir.

5.1 “Jaleco para quê?” Da deontologia⁴⁰ aos limites éticos do sistema de Saúde Mental

O processo de supervisão foi revelador de questões éticas e morais, as quais perpassaram diversos aspectos da práxis desenvolvida nos CAPS, indo desde práticas que dizem respeito à profissão dos técnicos, suas condutas, posturas, formas de atuação e relacionamento em equipe até as relativas ao próprio sistema de Saúde Mental, ou seja, aos modos de organização dos serviços a partir das políticas públicas em vigor nos municípios e no estado.

Intervindo através de metodologias distintas, os supervisores reconheceram uma relação imprescindível entre a ética e o exercício de supervisão, considerando as temáticas emergentes a serem trabalhadas advindas das necessidades dos técnicos, esforçando-se por realizar uma leitura das entrelinhas dos discursos apresentados por estes ou das situações trazidas em estudos de caso, tal como explicita o supervisor Tales⁴¹:

⁴⁰Abbagnano (2007) conceitua deontologia como a ciência do conveniente, uma moral fundamentada na tendência a perseguir o prazer e fugir da dor; o deontólogo seria aquele que ensina o homem a dirigir suas emoções e subordiná-las ao seu próprio bem-estar. O ápice das ciências deontológicas seria a ética entendida como uma doutrina de justiça. O site Psicologia.pt (ÉTICA E DEONTOLOGIA, 2012) apresenta uma definição mais coloquial, advinda do grego *déon* ou *déontos*, significando o tratado de dever ou dos deveres, princípios e normas adaptados a uma categoria profissional.

⁴¹Os nomes dos supervisores são fictícios, visando ao anonimato. Em nosso caso, preferimos conceder-lhes nomes que homenageassem filósofos renomados, principalmente por realizarem um papel relevante na condução de reflexões e questionamentos em seus fazeres, como por compreendermos o processo de supervisão fundamentalmente como um exercício filosófico constante. Em respeito a um supervisor em particular, que solicitou ser identificado, mantivemos o seu nome verdadeiro.

É, a ideia é que a gente... Os problemas de nosso dia a dia eles sempre são, eles sempre emergem através dos nossos casos clínicos, né, das situações. Então a gente discutindo os casos, fica mais fácil de a gente, vamos dizer assim, encarnar... Visualizar numa situação real uma série de desafios, princípios, então, por exemplo: desafios éticos. É muito bonito eu ficar, chegar aqui, dar, chegar na supervisão e dar uma aula, é ótimo, eu adoro dar aula, é minha profissão, eu sou professor, é muito fácil também. Então eu chego lá, bom... "Se os princípios da bioética são assim são assados, a deontologia da psicologia é assim a deontologia ética da medicina é assado". É tudo muito bonito, mas e a reflexão como é que fica? E a partir do momento que você está passando por uma situação que lhe traga alguma dificuldade, porque ninguém vai levar caso não, pra supervisão, ninguém vai levar caso bom, vai levar caso espinhoso. E se você de alguma forma está mexido com esse caso a ponto de trazer ele para uma discussão, ele pode lhe proporcionar algum crescimento se você fizer uma discussão sobre isso.

A supervisão *per se* já engendra uma questão ética traduzida na própria postura do supervisor, que pode contribuir ou não para a emergência das questões essenciais, interferindo diretamente na resposta dos técnicos, na forma como se posicionam em supervisão e na maneira como estendem isso às suas práticas. Tales prefere o termo *apoiador* ao supervisor porque considera que não há um *super saber* ou um *saber maior* sobre os demais que o supervisor detenha, daí a identificação com a nomenclatura *apoio clínico institucional* em vez de supervisão clínico institucional. Remetemo-nos a Matumoto et al (2005) que aponta ter havido momentos anteriores em que a supervisão teve esta conotação sublinhada por Tales, sem, porém, ter se mantido ao longo do tempo, principalmente pelas necessidades emergentes de sua prática, que têm exigido uma visão compartilhada e horizontalizada na relação entre o supervisor e as equipes. Nesta investigação, mantivemos o termo supervisão por ser ainda o que define oficialmente as práticas aqui discutidas, embora concordemos quanto ao significado apontado pelo supervisor, o qual vem sendo discutido em congressos e eventos científicos⁴², na busca de um consenso para o termo.

Não obstante os dados obtidos nesta investigação tenham nos fornecido relevante e denso material para a análise do próprio processo de supervisão, como sua constituição histórica, função e desafios, pensamos que estes conteúdos seriam propícios a uma investigação distinta, uma vez que priorizamos a análise dos elementos éticos apresentados pelo olhar dos supervisores. Destacamos nos seus discursos elementos de alteridade

⁴² Como no I Seminário Cearense sobre Supervisão Clínico Institucional no Sistema Único de Saúde (2011).

relacionados a conteúdos éticos e morais embutidos tanto em posturas e modos de ver, como em instâncias maiores concernentes ao próprio sistema de saúde e suas formas de organização. É quando a supervisão aparece como uma dimensão reflexiva, de identificações de problemas, crítica, revisão e questionamentos que têm implicações diretas no cotidiano do dispositivo CAPS (SAMPAIO, GUIMARÃES, ABREU, 2010; MERHY, 2007; MATUMOTO et al, 2005). Partimos, assim, da compreensão da supervisão como uma via que propicia a emergência de aspectos éticos, relacionadas a dimensões macro e micro, como bem nos diz a supervisora Philippa:

Então assim, eu acho que olhar pra produção da atenção à Saúde Mental é uma complexidade enorme. Você trabalha o tempo inteiro em duas dimensões: olhando para as relações dentro da instituição, porque assim a gente tem uma tarefa coletiva, que vai ser cumprida e há uma série de relações que permeiam esse cotidiano do serviço na produção dessa tarefa. [...] Então eu acho que a supervisão no sentido de contribuir com a percepção do grupo em relação a esse cuidado, como ele se produz no cotidiano, como é que a gente vai produzindo esse cuidado e como é que isso acontece nessas relações cotidianas, então eu digo a gente tem as duas dimensões – a micropolítica e a macropolítica – a supervisão ela tá o tempo inteiro nesses dois pontos também, porque você tem, na verdade, que se perguntar o tempo inteiro como é que é o serviço e todas as pessoas, todos os profissionais no serviço, os usuários... esse serviço numa dimensão maior, dentro do contexto do município, da gestão. Então, assim, você vai operando uma série de campos que vão se interligando e você olhar pra isso pensando: quais são os analisadores possíveis que vão orientar o meu olhar? É possível ter um olhar pras questões micro, é possível ter um olhar pras questões macro? Como é que eu vou ao mesmo tempo pensar o contexto interno da instituição, isso pensado na produção de cuidado, no território? Então, são várias dimensões nesse trabalho.

Em busca das dimensões macro e micro reveladas através de processo de supervisão clínico institucional, analisamos as questões de uma ética deontológica que constitui um desdobramento importante da realidade dos CAPS. Os modelos de formação reducionistas e limitantes, emprenhados de suas pretensas verdades infalíveis e de seus poderes mágicos, operam de modo desarticulado e produzem automatismos que em nada contribuem ao desenvolvimento da práxis e à compreensão dos fenômenos do sofrimento e do adoecimento mentais (STOCKINGER, 2007; HIRDES, 2009). Desse modo, os membros das equipes multidisciplinares acabam por fragmentar os sujeitos e os fenômenos sendo, neste exercício, impedidos de apreendê-los eticamente. Philippa nos traz um recorte dessa realidade:

Eu acho que uma das dificuldades principais é o fato do modelo de formação que se tem. Muitos dos profissionais que estão nos serviços passaram por um modelo de formação acadêmica e que o trabalho não trazia essa perspectiva, se você pensa, por exemplo, na psicologia, acho que você mesma sabe disso, uma perspectiva clínica, essa clínica clássica do neurótico, essa pessoa de classe média ou alta que vai lá e procura espontaneamente a psicologia pra trabalhar suas questões e tudo que, em geral, são questões existenciais, se você pega também, por exemplo, o serviço social, eu li agora no começo do ano um livro que era o serviço social na SM e discutia um pouco sobre isso, então esse profissional do serviço social que atua na SM como é que é a formação dele? Discutia um pouco inclusive isso da perspectiva institucionalista da reforma, ela é uma perspectiva de grupalidade e aí questiona: será que o serviço social sabe atuar nessa perspectiva?

Então, além de disciplinas como a Psicologia e o Serviço Social, o que dizer da Psiquiatria, da Terapia Ocupacional, entre outras? Entre bons e maus técnicos ou entre posturas mais ou menos condizentes com os moldes reformistas, os CAPS vão sendo constituídos por profissionais distintos, cujas posturas denunciam suas próprias impossibilidades de atuação neste campo ou recaem em condutas de boa vontade que não alcançam espaços legítimos para além de normatizações e repetições de condutas mecânicas reprodutoras de modelos menos afinados com uma proposta psicossocial do que com uma atuação ambulatorial por excelência. Como reflete Bauman (2011), dizer o que as pessoas fazem para si mesmas ou entre elas, sobre os pactos ou acordos que assumem em suas relações pode significar algo como aproximar-se do campo da sociologia ou da antropologia do comportamento moral, mas não significa ainda adentrar no terreno da ética. O supervisor Martin ilustra a partir de sua experiência:

Então hoje a gente tem uma oferta de médico dentro de serviço boa, pessoas gabaritadas, porque são profissionais excelentes, são profissionais que já têm experiência em Saúde Mental mesmo e gostam da reforma, são médicos formados dentro da reforma já, que é uma coisa muito boa também, não são médicos que vêm do hospital psiquiátrico com a visão manicomial. Que é outra coisa também que, quando vai formar uma equipe a gente tenta sempre buscar isso, profissionais que tenham a experiência, que já estiveram em hospital psiquiátrico, mas que tenham uma visão da reforma. [Ainda tem muitos médicos que vem desse modelo asilar...] Tem muitos, tem muitos ainda porque a (oferta) da psiquiatria ainda hoje ainda é das antigas, são os profissionais mais antigos. Se você pegar os novos, são poucos, mas os novos que estão chegando hoje estão fazendo a diferença... estão fazendo estão

fazendo coisa boa. E nós temos clínicos excelentes, até às vezes melhor que psiquiatras, pela própria experiência que eles têm e estão lá por gostarem, estão lá porque gostam, então nós temos, por exemplo, o município de Aimara⁴³, temos a questão de Buriti, onde são médicos clínicos que vão fazer residência, todos vão prestar prova pra residência de psiquiatria agora no final do ano, então quem faz a residência recebe titulação, mas são pessoas realmente envolvidas, são pessoas que conhecem o serviço que vivenciam o serviço, que aprendeu, cresceu dentro do serviço. Então ele veste a camisa da reforma, sabe trabalhar com a reforma.

A tradição do saber médico confronta-se com as necessidades atuais da atenção psicossocial (GADAMER, 2006; FOUCAULT, 2010; YASUI & COSTA-ROSA, 2008). Se a psiquiatria se constituiu como disciplina preponderante no campo da Saúde Mental, ela própria foi questionada, exigindo de si mesma, a partir de instâncias e atores externos, uma reforma, tanto no âmbito do conhecimento, como em suas rotinas, terapêuticas e condutas asilares de *despotencialização* das pessoas com transtorno mental – falamos no sentido de que os potenciais destas pessoas sejam restringidos ou minados em sua livre expressão (AMARANTE, 1994, 1996). Por um lado, os novos modelos de formação, os programas de educação permanente, e a visão de mundo de alguns, possibilitam uma renovação na maneira de atuar na atenção; por outro, a supremacia médica e os sistemas tradicionalistas fazem persistir nos ditames manicomial de outrora. Muito mais que uma afinidade com o campo ou uma disponibilidade pessoal, pensamos ser imprescindível o conhecimento e o questionamento das práticas tardomodernas em Saúde Mental, dado que o alheamento em relação a estas, mesmo quando travestido de um *gostar do que se faz*, engendra posturas e ações desastrosas no cotidiano dos serviços, levando inclusive a um distanciamento cada vez maior entre as disciplinas e os profissionais, que aparecem numa disputa de poder e de espaços de atuação, cujo resultado pode se fazer perceptível na má qualidade dos serviços prestados e até mesmo na desestabilização de usuários e familiares, opostamente ao que se deveria buscar – a atitude terapêutica, a sua estabilização. Philippa exemplifica a resistência dos psiquiatras tradicionalistas quanto ao processo de reforma da Saúde Mental:

A gente tem ainda uma resistência enorme de psiquiatras muito, muito grande de dizerem "eu não acredito em CAPS". Então você escutar isso dentro do serviço é bem complicado, "tá vendo o que vocês conseguiram, não é isso o que vocês queriam com a reforma de vocês? Vocês não odeiam psiquiatras, estão vendo aí os doidos de vocês matando todo mundo?" – essa uma frase de um psiquiatra – é

⁴³ Os nomes dos municípios são fictícios, visando ao anonimato do supervisor. As palavras indígenas que nomeiam os municípios fazem alusão a maior parte das cidades cearenses, que têm derivação da língua tupi.

muito... (forte). Outro dia eu estava lá e entra a psicóloga chorando e diz "posso falar com você agora?", eu falei "senta, o quê que aconteceu?", ela disse "eu tô me perguntando o quê que eu tô fazendo aqui?". Tinha chegado um paciente dependente químico, tinha tido uma recaída e tava bem comprometido, ele chegou com a mãe e foi aquela coisa de, coloca no leito, faz todos os procedimentos e tudo, ela teve um atendimento longo com a mãe e aí chama o psiquiatra e ele vira, olha e diz: "não tem o que fazer não, tem mais jeito não, é esperar!", então ela tava completamente... abalada, ela disse "eu tava com um atendimento longo com a mãe, tento conversar e ele vem e diz isso assim". Então a gente tem essas questões dentro do serviço mas eu não sei... Eu vejo as duas equipes [*refere-se aos CAPS distintos em que atua*], são duas equipes bem jovens e tudo, com suas dificuldades, lógico e tudo, a experiência de todo mundo é uma experiência de consultório (particular), mas a gente vem caminhando...

Além das questões relativas à formação técnica dos profissionais (RIBEIRO & LUZIO, 2008), despontam ainda os desdobramentos éticos vinculados a casos específicos, à relação que se estabelece entre o técnico e o usuário, aos sentimentos e projeções dos terapeutas direcionados aos seus clientes, todas permeando a esfera deontológica. Ora, muito se tem debatido sobre os aspectos transferenciais da relação terapêutica e todas as repercussões disso no andamento dos processos clínicos, aos quais são inerentes. No entanto, a novidade se apresenta no fato de a atenção psicossocial ter uma dinâmica própria e de estar caracterizada por certos fenômenos psicológicos e sociais que exigem dos profissionais uma resposta muitas vezes direta e pertinente. Embora venhamos a considerar este ponto no item posterior da análise (*"O homem antropomórfico": as demandas tardomodernas e a exigência ética do outro*), focamo- nos aqui no sentido deontológico que a questão representa. Os fenômenos abordados pelos terapeutas nos CAPS são capazes de lhes provocar tal impacto chegando mesmo conduzi-los ao adoecimento (FERRER, 2007; SILVA, 2007). Prescindindo de um aprofundamento em situações específicas, que requereria levar em conta pré-disposições, experiência emocional e trabalhista dos profissionais e sua própria condição de Saúde Mental, queremos enfatizar que a frequência e a força com que os técnicos se deparam com tais situações (próprias da natureza da atenção psicossocial⁴⁴) provocam nestes a exigência de uma resposta ética imediata e, se possível, coerente com as necessidades do usuário. O preço desse impacto e a exigência de uma resposta, fatalmente podem conduzir os

⁴⁴Ver Silva (2005): o autor discute questões da atenção psicossocial no artigo *Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental*.

profissionais ao cansaço, à exaustão e até ao adoecimento (MERHY, 2007). Concedemos a palavra ao supervisor Martin:

Eu já percebi também, já houve alguns momentos de profissionais que acabam tendo uma apatia com aquele usuário devido à demanda que (ele) traz. Que é aquela história, o paciente traz demandas que o profissional também absorve e tem um reflexo dentro da vida dele. Eu já tive profissional médico (clínico do CAPS) que saiu do CAPS tomando medicação, porque ele entrou no CAPS, ele já tinha um histórico familiar, envolvendo questões de transtornos mentais, aí dentro do serviço ela adoeceu e “ah, mas médico não adoecer”, o médico adoeceu. Como nesse mesmo CAPS de [outro estado] a gente teve um [auxiliar de] serviços gerais que teve que ser transferido pra outra unidade e se tornou paciente do CAPS, porque ela adoeceu dentro do serviço e era [auxiliar de] serviços gerais, não tinha [não realizava] atendimento, mas pela própria estrutura da unidade, a demanda de problemas que surgem de pacientes, acabou que ela adoeceu (...) [O médico] teve que pedir pra transferir de local porque ela não suportava o ambiente, não tinha como ela melhorar dentro daquele ambiente. Então é isso que a gente tem que ver [...] cuidar do cuidador, que é outra coisa também que a gente vê muito assim a supervisão tem um papel institucional e técnico, mas às vezes tem que fazer esse cuidado do cuidador, tem que ter esse olhar também, se for o caso, fazer... É porque às vezes acontece isso e a equipe não se percebe, a equipe começa a ficar meio *esquizado* e a equipe não tá se percebendo, é tanto conflito que você “não, tem que parar aqui e fazer uma intervenção”.

Por sua vez, o supervisor Tales oferece ilustrações de situações específicas que necessariamente remetem o profissional a uma tomada de decisão ética, a qual se dê para além de uma atitude de encaminhamento a outro terapeuta, aos moldes da clínica privada. Os contextos do serviço público e da atenção psicossocial (SILVA, 2005; DANTAS, 2009) engendram modos mais complexos de atuação e, dependendo da forma como os fenômenos são compreendidos e interpretados, a tomada de decisão pode pôr em xeque a deontologia referente a cada especificidade disciplinar.

Então, por exemplo, abuso de criança, abuso de idoso, pacientes da área do álcool e drogas que tem envolvimento com polícia, por exemplo. Existe uma série de situações, algumas elas são muito claras, abuso infantil não tem o que se discutir, você denuncia e acabou. O que você vai discutir? Como você vai fazer isso, de que jeito vai fazer isso, como é que você vai comunicar, com você vai se proteger, como é que você vai proteger a criança, são esses os (trilhos) que você vai discutir. Abuso de idoso é a mesma coisa. “O quê que você faz quando está ciente que está

chegando, está vinculado com você, sei lá, está usando uma droga, quer parar de usar a droga, está (vinculado), está se esforçando, chega para você: “Ó doutor, preciso falar uma coisa, matei um a pessoa”. Então algumas pessoas ficam muito mexidas com esse tipo de coisa e, principalmente, naquelas situações onde as (respostas) não são claras, ou sei lá! “Eu matei uma pessoa há vinte anos atrás”, tudo bem – mais ou menos tudo bem (ri), fica um pouco desconfortável de lidar com o cara, mas (se) esse (for) o cara justamente procurado por um crime que está rolando na cidade que comoveu a comunidade? Então isso mexe com as pessoas, então é necessário fazer... frequente ter que fazer discussões sobre esse tipo de coisa.

Silva (2005) coloca que a atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos, como mediar as trocas sociais do louco no sentido de aumentar sua contratualidade, favorecer um maior grau de gerenciamento de si próprio em busca de maior autonomia e tornar-se referência para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento. Todas essas atividades implicam o cuidado e a administração da loucura, tendo em vista as limitações que esta impõe à existência no meio social e aos conflitos que gera na ordem pública. Daí, podemos inferir a emergência de questões macro que se interpõem nos caminhos da atenção.

Diante disto, partimos para os aspectos referentes ao relacionamento interpessoal, ponto onde a esfera pessoal pode facilmente confundir-se com a profissional e produzir uma série de conflitos e condutas inadequadas em relação ao serviço e ao posicionamento dos técnicos, passando a caracterizar uma moral específica de cada serviço em sua forma de funcionamento e da dinâmica da equipe em questão. Os vínculos pessoais, ao estreitarem-se exageradamente, podem culminar com uma espécie de convivência compartilhada na qual um grande número de concessões podem ser realizadas em detrimento de um funcionamento adequado das regras do jogo. Os prejuízos vão desde nuances pontuais como atrasos, faltas, acomodações até a ausência total em relação aos usuários e ao trabalho; neste último caso, a atenção psicossocial em si estará prejudicada severamente pela falta de comprometimento profissional e do serviço que, em vez de reabilitação, passa a promover terapêuticas ambulatoriais⁴⁵ e se distancia daquilo que deveria ser em essência. Tomemos a ilustração de Martin, quando se reporta a uma experiência no município de Caramuru, onde o relacionamento interpessoal acaba por

⁴⁵ Embora muitos defendam a ampliação de serviços ambulatoriais na atenção psicossocial (TUNDIS, COSTA, 1994) falamos de uma ênfase excessiva dada às práticas ambulatoriais presentes nos CAPS, como ações voltadas para a medicalização, encaminhamentos, orientações pontuais, as quais não deveriam constituir sua rotina, em lugar de ações próprias da atenção psicossocial dedicada pelos serviços especializados como atividades intersetoriais, grupos psicoterapêuticos, ações que visem à reinserção social dos usuários e promovam sua cidadania.

comprometer o teor de responsabilidade de cada profissional em relação ao serviço e aos usuários:

... Aquele vínculo de amizade profissional, de você trabalhar, pra você não confundir também. Tem canto que o vínculo fica tão grande, que o serviço deixa de andar como era o CAPS de Caramuru, acabou que o vínculo ficou tão grande que prejudicou o serviço. Passou a ser amizade, benevolência conjunta – "ah, você é minha amiga há 10 anos aqui no serviço, aí eu não vou trabalhar, só chego nove horas, só chego 2h da tarde, saio 4h da tarde", "não faz o serviço eu não cobro porque você é minha amiga" – ou seja, então isso foi muito presente lá em Caramuru. A cumplicidade era tão grande de amizade, 11 anos convivendo juntos, que a coordenação não tinha mais autonomia de cobrar ninguém, ou seja, todo mundo trabalhava quando queria, atendia quando queria (...) Acabou que teve que tirar algumas, não foi nem tirar, as pessoas pediram pra sair porque perceberam a mudança. Nós não tiramos ninguém de lá, todos pediram pra sair, por quê? Porque viram o serviço mudando – começamos a adequar horário, a exigir horário de chegada e saída (...) Foi refeito um [fluxograma] que é pra obrigar o profissional a se adequar àquele serviço e se você não se adequar ao serviço, o melhor é sair. Então a questão ética entra aí na questão do compromisso profissional, o profissional tem que ter a ética para com o seu trabalho, o psicólogo tem que tá ali pra prestar um serviço, que faz parte da sua ética, deontologia do profissional, isso é importante também ser observado e ser trabalhado na equipe. A ética com relação ao paciente, a relação de profissional a profissional e a relação do profissional com o seu serviço prestado.

É quando surge o conflito interpessoal, tão presente na rotina dos serviços psicossociais, tanto quanto em qualquer outro, exceto pelo que a atenção psicossocial tenha de melindres no sentido de lidar com as delicadezas e os aspectos ocultos do sofrimento humano; não só os usuários, mas também as equipes são diretamente afetadas por isto. Emergem na supervisão os conteúdos que logo se transformarão em *dilemas éticos*, sendo os denunciadores da realidade vivenciada por seus trabalhadores. E é exatamente no campo dos conflitos onde decisões cruciais devem ser tomadas e intervenções devem ser orientadoras de um novo percurso ou de uma nova lógica de atuação, abrindo espaço para uma ética do relacionamento entre os membros de uma equipe, uma *ética da relação*. Nota-se que estes conflitos podem estar vinculados não somente pela indisposição pessoal entre uns e outros, como também pela precariedade das condições de trabalho, pelo modo como opera a gestão, pela carga de estresse inerente a este campo da atenção à Saúde Mental, pela hierarquia que separa os profissionais em lugares distintos de poder. A leitura das entrelinhas de tudo aquilo

que os conflitos expressam pode ser reveladora das *feridas abertas* que ameaçam o trabalho conjunto. A este respeito, refere-se o supervisor Tales:

Olha, tem muitas coisas para a gente pensar em relação [aos conflitos e dificuldades existentes], mas acho que de início isso tem a ver com motivação e as várias coisas pelas quais as motivações podem estar bloqueadas. Na atenção psicossocial, senão no Brasil pelo menos no Ceará, os vínculos precários de contrato, acho que são, às vezes as questões relacionais, que também precisam ser de certa forma, também são de responsabilidade do apoiador trazer?! Mas, isso é uma coisa interessante porque, dentro da minha experiência aqui de supervisão de CAPS no Ceará [...] Mas na minha experiência que eu tenho é que na maioria das vezes os conflitos são embutidos, eles aparecem como, entre aspas, sintomas negativos... Você me perdoe pela comparação, mas parece os sintomas negativos da esquizofrenia (risos)... a equipe fica inerte... Quando essas coisas estão acontecendo as equipes ficam inertes, e eu vi muitas, por causa dessas amostras aí dos vários CAPS. Então para não parecer que estou falando isso especificamente de Itajuí, imagine que eu estou falando de todo este grupo. Quando não existem algumas figuras que estão no papel de acusadores, porque existem aquelas pessoas que são aquelas que denunciam o mal-estar numa equipe para o apoiador. Quando não existe essa pessoa, e em geral, por conta das questões trabalhistas, vamos dizer, das fantasias hierárquicas que existem na área da saúde. Em geral as pessoas são médicas, porque elas tem mais tranquilidade que não vão ser despedidas, então elas podem dizer, ficar mais à vontade. E eu falo isso com uma certa tranquilidade porque quando eu era supervisionado eu era uma dessas pessoas, eu fazia um pouco esse papel sabe? E quando não existem as pessoas que fazem esse papel e elas não percebem que no momento da supervisão é um momento justamente para você tentar trabalhar isso, por mais mal-estar que isso possa gerar num primeiro momento, isso resolve o problema porque você não fica com aquela ferida que nem estanca e nem sangra de vez.

Diante desse emaranhado de relações conflitivas, de causas multifatoriais, a supervisão se destina ao “cuidado ético cotidiano, e em diversos momentos as supervisões vão tratar disso: de desacordos, de desavenças, de discordâncias, às vezes técnicas, mas (também) por questões de ego de um e de outro gera problemas éticos dentro da equipe”. Carlos coloca como os piores momentos da supervisão estes em que os conflitos são externados e ocorre um certo distanciamento da discussão do projeto CAPS em si, daí a criação de estratégias para se abordar os aspectos conflitivos e assim buscar uma superação desta etapa. Todavia, existem condições para que esses momentos possam se dar de modo mais ou menos maduro, a

principal delas, segundo Carlos, é que as pessoas sejam *politizadas* e assim possam realizar esta tarefa de reflexão e autocrítica. Do contrário, o grupo pode até mesmo chegar a se desfazer:

Mas já houve caso em que os membros da equipe chegaram a dizer "olha ou eu ou essa pessoa", quer dizer, pessoas boas, muito boas e nós tivemos que resolver politicamente (com o gestor) qual seria melhor, ficar... E por questões apenas pessoais, bons técnicos, bem vinculados ao serviço, mas acabou descambando e chegando nisso, talvez pela maldição lacaniana: tinha que se desfazer o grupo (Carlos, supervisor).

Se os grupos tendem a se desfazer, como no entender de Carlos em sua orientação lacaniana⁴⁶, seria pela própria dinâmica dos processos humanos, das possibilidades, limites e interesses mutáveis de cada um, das vicissitudes e da impermanência dos grupos formados em cada situação e em cada contexto. A politização esperada das equipes de Saúde Mental tem maior relação com uma *ética-política* de criticidade (FEREIRA NETO, 2004b) que mescla elementos tanto de reflexividade como de ação transformadora, estando uns ligados dinamicamente aos outros. Neste sentido, os *politizados* são aqueles capazes de dar primazia aos valores institucionais e aos valores do outro em detrimento dos seus próprios. Somente assim, haverá abertura ao diálogo e se estabelecerá um novo equilíbrio nas relações. São também aqueles que estão vinculados ao projeto e alcançam um posicionamento político em suas práxis, tomando ciência de seu papel em referência a uma ética não pessoal, não hedonista, não egóica. Injustiças pessoais à parte, em termos gerais, há que se primar por uma moral maior que a de si mesmo, ou seja, zelar pelos princípios mais amplos que regem os serviços muito mais que por um conjunto de valores e crenças pessoais.

Neste momento, em que pensamos o comprometimento dos profissionais e das equipes que estes compõem como algo extensivo ao projeto CAPS (SAMPAIO & BARROSO, 2010), em vez de algo restrito a uma ordem de motivações ou limitações pessoais, tomemos as questões éticas relacionadas ao Sistema de Saúde Mental⁴⁷ (SSM). Pensar este sistema como

⁴⁶ Faz alusão à sua orientação teórica pautada na vertente psicanalítica de Jacques Lacan (1998).

⁴⁷ Adotamos a compreensão de que existe um Sistema complexo de Saúde (como instituição composta por serviços de distintos níveis de atenção e organizados de modo determinado, conforme a definição das políticas públicas em vigor), envolvendo as esferas municipais (prefeituras), estaduais (governo do estado) e federais (Ministério da Saúde), além de instituições não governamentais, Sistema Legislativo, etc. Dentro deste sistema maior, o sistema de Saúde Mental vem operando como um subsistema. Partindo disso, quando mencionamos *sistema de Saúde Mental*, não estamos nos referindo a um sistema à parte do Sistema Único de Saúde (SUS), mas estamos nos reportando a este subsistema, por entendermos que o campo da Saúde é um só, sendo o campo da Saúde Mental somente uma parte desse sistema complexo e não uma instituição isolada ou autônoma. Optamos por chamar *Sistema de Saúde Mental* para dar ênfase ao modo como os serviços destinados à atenção

um todo, significa refletir o papel dos serviços enquanto bens públicos, sua estrutura e suas ações no sentido de que estejam respondendo (ou não) às necessidades dos usuários e aos objetivos para os quais estão destinados. Daí a possibilidade, apontada pelos supervisores, de se apreender a dimensão ética que atravessa os serviços e o próprio SSM.

Ainda que exista uma disponibilidade das equipes em atender bem os seus usuários, conforme nos apresenta Simone, as dificuldades, em termos estruturais e de relação com a gestão, muitas inviabilizam atendimentos de qualidade. Isso se deve a uma falta de investimento de alguns gestores, assim como à ausência de uma autonomia financeira dos serviços. Barreiras como estas acabam por gerar o sentimento de não reconhecimento da parte dos técnicos, o que interfere também na maneira como operam em suas atividades. Faltam-nos informações suficientes para identificarmos se esta situação refere-se a um número razoável de CAPS, e se há diferenças significativas entre os CAPS do interior e os situados na capital do Estado, e ainda, como essa realidade qualitativamente se caracteriza, pois a avaliação do campo da Saúde Mental tem se dado por meio de levantamentos quantitativos (BRASIL, 2011b). Na experiência da supervisora Simone:

Outra dificuldade: em termos de autonomia financeira, nenhum CAPS que eu saiba tem autonomia financeira, não tem recurso, o máximo que eles têm são, às vezes, suprimento de fundos, se você tem uma pequena verba que você tem para mudar uma lâmpada, uma fechadura isso e aquilo. E aí tem uma questão da infraestrutura, que muitas vezes as casas não são adequadas, as casas estão caindo aos pedaços [...] uma série de questões assim de sigilo, de adequação do espaço de trabalho para garantir o sigilo daquela pessoa, muitas vezes questões de equipamento que falta, não se tem um computador, não se tem uma impressora. Os dois CAPS atualmente, pelo menos no de Apiúna, até o último dia que eu fui, não tem telefone, não tem água para beber. Então questões de infraestrutura mínima e ambos se queixam de que a Saúde Mental, o CAPS é o último, ele não é reconhecido pelo trabalho que faz. Então (eles) não se sentem valorizados [...] A disponibilidade não é uma dificuldade, (tem) uma disponibilidade enorme em atender bem, de estar contribuindo, lutando para que as coisas funcionem adequadamente, para que a demanda seja atendida adequadamente.

Outra falha no SSM apontada pela supervisora recai sobre a questão do acesso direto do usuário ao serviço. Sendo o acesso universal um dos princípios éticos do SUS (BRASIL, 2004a; CEARÁ, 2004), o seu comprometimento segue numa direção radicalmente oposta à

psicossocial, dentre eles os CAPS, estão organizados, sem desconsiderar a sua tendência a uma atuação articulada com outras esferas da atenção.

garantia dos direitos básicos dos usuários, quando, por exemplo, constata-se a existência de municípios cuja lógica de organização de seus serviços é por si impeditiva do acesso dos usuários aos atendimentos, sejam estes uma consulta de retorno, um atendimento emergencial ou a acesso gratuito a uma medicação de uso contínuo. Relutante quanto à questão de expor este quadro, Simone decide aludir ao assunto:

Faz parte do projeto deles, em Eirapuã... A coisa é complicada, eles... Não existe uma acessibilidade, é isso que a gente está trabalhando lá. Não existe um fácil acesso do usuário, mesmo sendo de Eirapuã. No caso (porque) o CAPS de Eirapuã ele é referência para os demais municípios (próximos). Como ele é filantrópico e não é do município, mas é credenciado, então eles, os usuários eles buscam, embora busquem o CAPS no momento de emergência, mas eles precisam para poder permanecer lá e ser atendidos eles precisam ir para a Secretaria de Saúde, porque todo mês se manda, o próprio CAPS manda para cada município de origem e para Eirapuã a quantidade de vagas de atendimento... Ele é conveniado pelo SUS. É também um consórcio, e como ele é referência, então eles (demais municípios) fazem uma contrapartida. Assim, eles pactuam e enviam o dinheiro para Eirapuã, para ter aquele tipo de atendimento. Aí o quê que acontece? O usuário vai para a secretaria (agendar)... Porque assim, em Eirapuã, o coordenador do CAPS envia para cada município do número de vagas que vai ter para ser atendido. Então os municípios na (terça-feira) mandam (por exemplo) 12 pessoas de Guaracema. Só que aí os usuários eles precisam ir para a Secretaria de Saúde, e aí é 4 horas da manhã, para poder pegar uma fila enorme para garantir seu atendimento. Então, a gente está trabalhando essa questão que pelo menos de Eirapuã tenha uma abertura na hora que o usuário chegar lá ele possa ser atendido na hora, para poder... (...) O CAPS de Eirapuã ele trabalha, tem três serviços ao mesmo tempo, é como se ele fosse um CAPS tipo três desvirtuado, que é 24 horas. O quê que acontece? Ele funciona como CAPS, ele funciona como atendimento ambulatorial exatamente para esse monte de município que dificulta demais as ações do CAPS de Eirapuã, que está toda voltada para (esse) atendimento ambulatorial, enquanto que os usuários que estão nas apacs⁴⁸ realmente que tem um transtorno mental grave que é para estar lá, eles estão como secundários.

⁴⁸ Sigla que define as *autorizações para procedimentos de alto custo* (APACS), referentes aos recursos destinados para os pacientes de CAPS, conforme o número de procedimentos e modalidades de atendimento (intensivos, semiintensivos, não intensivos). Este esquema de financiamento vem constantemente sendo questionado pelos supervisores, gestores, auditores e estudiosos no assunto, que são veementes em concordar que este não seria a melhor forma de repasse de recursos, pois tem, na prática, se mostrado incoerente com a realidade dos CAPS.

Neste caso, não se sabe ao certo onde o CAPS realmente está, qual o seu lugar, a quem é subordinado, que recursos poderiam lhe ser destinados e, o que nos parece fundamental, de que forma as necessidades de Saúde Mental dos usuários são acolhidas neste sistema não organizado? Se a secretaria municipal de saúde (SMS) decide quantas consultas podem ser destinadas ao próprio município onde está sediado o CAPS, então como adequar as demandas de tratamento e de acompanhamento ao número de vagas disponíveis? Tomemos como exemplo hipotético, mas talvez não incomum às rotinas dos CAPS, de um usuário que necessite ser atendido na semana seguinte após sua ida ao serviço. Se este se dirigir à SMS para agendar um atendimento, muito provavelmente só encontrará vaga para um mês depois ou mais. Mas se a doença não marca hora nem dia, como reflete Rosa (2006b) em trabalho dissertativo acerca da resolutividade do sistema de saúde, qual então seria a ética que subsidia este modo de condução dos procedimentos em Saúde? Poderíamos nomear a dimensão que dá vazão a este tipo de prática como uma *moral da exclusão* (já que do ponto de vista da ética levinasiana não poderíamos nos referir a uma ética da exclusão sem sermos severamente contraditórios) ou uma *moral da inacessibilidade*? (LÉVINAS, 1980). De fato, o mais indicado nesta situação poderia ser desejar que o paciente, com sorte, pudesse manter-se estável ou, se por acaso ameaçasse ser acometido uma nova crise, pudesse ser acolhido nalgum serviço hospitalar. Já em outro município, cujo CAPS também supervisiona, Simone vivencia juntamente com a equipe uma grande dificuldade frente à postura dos gestores municipais, o que acaba barrando a resolutividade até mesmo das questões mais simples:

Apiúna tem uma questão assim, desde o início tem uma divergência com a própria secretária de saúde, embora a secretária de saúde tenha uma aproximação, há umas relações muito informais, né então ela me atende não é porque eu sou supervisora, vamos supor, eu estou dando um exemplo... mas sim porque eu sou amiga dela, ou eu sou filha de fulano, filha de cicrano e tal. E a equipe desde o primeiro dia [ênfatisa] pontuou as questões de se fortalecer para poder entrar em contato com a Secretaria para exigir uma série de coisas, até porque a fala da coordenadora (do CAPS) é de que ela não aguenta mais receber *não*, então ela está pedindo ajuda, mas ao mesmo tempo ela está com muito receio... Toda vez que eu vou eu pergunto se houve a reunião com a secretária, eu noto que ela que ela fica meio que incomodada embora eu diga lá que eu não estou fazendo, não estou forçando a barra para que eles façam isso, mas que isso surgiu de uma demanda deles e eu preciso saber como é que está.

Analizamos outra diretriz do SUS, qual seja, a resolutividade. Associa-se ao termo o fato de em alguns serviços identificarem-se posturas de profissionais que consideram casos encaminhados como resolvidos, da indiferença destes em relação aos usuários que se perdem no fluxo ascendente-descendente da rede de saúde, sem que sejam realmente amparados ou estejam vinculados a algum serviço (ROSA, 2006b). Pensamos que, na práxis cotidianamente desenvolvida nos CAPS e no sistema integrado (supomos que o seja) de saúde, determinadas condutas e posturas impeditivas para os usuários no atendimento às suas necessidades, podem, pela ausência das atitudes de reflexão e crítica, seguirem despercebidamente, como algo natural e independente das intenções e das ações daqueles que atuam neste processo (gestores, profissionais, familiares, usuários, supervisores). Esta naturalização das condutas (DANTAS, 2009; BEZERRA JÚNIOR, 1994) interfere diretamente na sensação de insegurança do usuário (MERHY, 1994). Também decorre daí o vão que facilmente se estabelece entre a prática e a teoria, visto que o entendimento conceitual torna-se distante do cotidiano das ações (voltaremos neste ponto mais adiante). A supervisora Philippa demonstra preocupação e criticidade quando trata desta temática, da resolutividade do sistema, especialmente nos casos em que os usuários permanecem num estado de ir e vir constante, perdendo-se entre os serviços, caminhando em círculos, sem saber ao certo para onde e para quem destinará uma solicitação de acolhimento do seu problema:

Isso que eu citei de um usuário procura um serviço, é referenciado pro outro, é referenciado (de novo), vai e volta, falei “ir e voltar três vezes sem que tenha sido resolvido em que ele precisava ser atendido?!”, e aí a gente foi conversar o quê que era possível discutir do serviço em relação a isso, primeiro o quê que é você sair dessa lógica referencialista o tempo inteiro e a gente pensar muito mais no serviço, por exemplo, numa lógica matricial⁴⁹. Em alguns momentos o usuário do serviço, ele até pode ter um perfil de ser atendido mais pelo CAPS ad, mas a gente pensar “bom, mas ele já tinha um vínculo anterior como o CAPS geral, por isso, por isso, por isso... mesmo que ele esteja precisando ser atendido no CAPS ad”, como é que a gente vai fazer? Então essa lógica matricial que a gente quer que aconteça no município como rede, que tem que acontecer entre os CAPS, a Saúde Mental e a atenção básica, pois não é estranho que a gente diga que esteja trabalhando nesse sentido, fazendo cursos, fazendo atendimento matricial, fazendo uma série de ações

⁴⁹ Embora não exista uma portaria específica sobre o apoio matricial (TÓFOLI & FORTES, 2007; TÓFOLI, 2008), a portaria n. 4.135 (BRASIL, 2010) destina recursos emergenciais para a rede de atenção integral em álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte. Estas ações de matriciamento dizem respeito à qualificação das equipes e serviços em questões de Saúde Mental, visando a estender a atenção psicossocial aos diversos níveis de cuidado e fomentar o trabalho intersetorial na lógica funcional de uma rede de serviço que opere de modo integrado. Abordaremos o tema do apoio matricial no tópico subsequente de análise.

em parceria com a atenção básica e essa lógica não esteja acontecendo entre os dois CAPS? Às vezes definir de que CAPS é (o usuário), definir um diagnóstico, é extremamente necessário, que ele vai definir o olhar e a produção do cuidado, uma série de coisas, mas em alguns momentos a necessidade de definir isso tem muito mais a ver com "de quem é o paciente", entendeu, "ah, não é meu é teu", do que necessariamente pensar "não, esse paciente é da Saúde Mental, vamos ver onde ele é melhor atendido".

Saar e Trevizan (2007) apontam-nos o jogo do empurra-empurra que ocorre a cada situação diferente da rotina de trabalho dos serviços de saúde ou quando algo entendido como errado ou desafiante acontece, tendo início um processo de transferência de responsabilidades de um para o outro (serviço ou profissional). A tentativa de evitação deste jogo, faz-nos adentrar o campo da ética, conduzindo-nos à reflexão sobre a necessidade de se criarem estratégias de inclusão dos usuários na rede de saúde. As falhas próprias do SSM denunciam os limites éticos de sua atuação, associando precariedade de condições de trabalho, problemas de infraestrutura e dificuldade de acesso aos serviços à má qualidade dos atendimentos e à consequente reprodução de uma lógica ambulatorial ou mesmo manicomial, levando-nos à inferência de que, em muitos casos, a RSM tem realizado um caminho inverso aos seus propósitos filosóficos primeiros (LIMA, 2009; BEZERRA JÚNIOR, 1994; LANCETTI et al, 1990). O supervisor Martin coloca algumas destas questões vinculadas ao sistema, que se afiguram no dia a dia dos CAPS. Uma delas diz respeito aos gestores que se baseiam no mínimo exigido pelas portarias ministeriais: “Você pega uma portaria, o quê que eles falam: ‘ah pra abrir um CAPS eu tenho que ter um médico 40 horas, um enfermeiro 40 horas, um psicólogo 40 horas, terapeuta ocupacional 40 horas e uma equipe de apoio’ (...) Ele (gestor) não pensa que a equipe pode ser insuficiente pela demanda que vai surgir lá”. Daí incorre-se na discussão do aumento dos recursos, questão demasiadamente discutida IV e última Conferência Nacional de Saúde Mental (SUS, 2010): “Porque o recurso é 35, 36 mil reais, hoje qualquer médico tá ganhando 8 mil, 9 mil pra passar 20h, ele leva um terço do recurso e o restante da equipe o quê? A equipe tá ganhando bem inferior, a média de salário dos profissionais de saúde do CAPS é 2 mil reais, a média, acho que tem CAPS que não paga nem isso...”.

O grande problema a ser revisto, na percepção de Martin, é: como manter as equipes motivadas e alimentar equipes proponentes em meio a estas condições vivenciadas? Acerca da questão, cabe o esclarecimento de que, possivelmente, a maioria das equipes, salvo por suas limitações de formação, dificuldades de vínculo relacional e baixa experiência de atuação

em serviços públicos, são formadas por profissionais que “vestem a camisa do serviço” e se desdobram realizando às vezes “além do que deveriam fazer”. Neste ponto, o supervisor identifica uma característica importante, tanto para o bom funcionamento do sistema, como para a implicação dos profissionais e até mesmo para a valorização e reconhecimento destes pela gestão municipal, a saber, o fato de o CAPS estar voltado, desde o seu nascimento, para os princípios éticos do campo da Saúde Mental, para sua própria finalidade dentro do processo de Reforma da Saúde Mental. Martin explicita:

Eu fiz o projeto, implantei o CAPS de Aimara e continuei como supervisor. Então lá foi diferente, desde o começo a gente já fez uma capacitação da rede, a equipe foi inserida primeiramente como ambulatório de Saúde Mental, a gente fez todo o levantamento. Criou-se uma demanda nesse município que foi chegando com esse ambulatório que funcionou quatro meses. Enquanto se fazia o projeto, o ambulatório estava funcionando contando com psiquiatria, enfermagem e serviço social já começando a identificar isso. Quando se foi pro CAPS, já foi antes de abrir o CAPS, já tinha sido feita uma capacitação com a atenção básica toda: médico, enfermeiro, dentista. Então o pessoal já sabia o que era CAPS, como é que o CAPS funcionava, quem eram os pacientes que seriam encaminhados pro CAPS... Quando o CAPS fundou, então já estava a equipe toda, foi selecionada, não foi indicada, foi uma equipe que foi selecionada pelo secretário de saúde, por mim que estava fazendo o projeto e que ia ficar como supervisor, que tem a ver, fazendo a seleção de pessoas, recebendo currículo, vendo quem tinha perfil, quem não tinha. Então assim, o CAPS de Aimara foi uma realidade diferente, por que ele nasceu voltando para aquele fim que é o CAPS. Não é como outros CAPS que abrem, pega qualquer pessoa para fazer o projeto, ele faz o projeto, implanta a unidade e ela começa a funcionar sem supervisão desde o início, sem orientação desde o início, então ele cresce cheio de falhas...

Tomamos o título deste tópico para ilustrar todo o caminho da atenção psicossocial⁵⁰, o qual está atravessado pela ética (deontológica ou qualquer outra ética que se desenhe neste campo) em seus princípios e em suas rotinas. Falávamos sobre ser preciso considerar estes princípios orientadores desde o nascimento do CAPS até o desencadeamento de suas ações, não apenas numa perspectiva pautada nas diretrizes ministeriais, que se mostra insuficiente para a fundamentação e organização dos serviços. Nisto, corroboramos a ideia de Philippa, cujas palavras definem com propriedade o que nos surge como fundamental: a reflexão

⁵⁰ Lembramos que a atenção psicossocial não é algo restrito ao dispositivo CAPS, pois que este âmbito do cuidado constitui uma responsabilidade de diversos níveis e setores, bem como da sociedade como todo, se assim pudermos tomar uma visão ampla da produção da SM.

filosófica que dá sustento a uma prática ética para além das competências técnicas. Superando a normatização de condutas ou a tendência à naturalização das condutas e das demandas presentes neste campo (BEZERRA JÚNIOR, 1994; DANTAS, 2009), que conduz ao automatismo das ações ou à inércia e descrédito nas equipes, é que se chega à articulação equilibrada entre prática e teoria, entre o discurso e as práxis. O debruçar-se de Philippa na aparentemente simples reflexão acerca do uso ou não do jaleco pelos profissionais de uma unidade de saúde – CAPS álcool e drogas – provoca a emergência de uma série de questões, cuja análise crítica, movimenta a equipe em seus conceitos, posturas e pensamentos, o que diminui o abismo criado entre o *mundo das ideias* e o *mundo sensível* como na dicotomia platônica:

Se você não se debruça sob o quê que fundamenta essa reforma, sobre o que fundamenta esse serviço, o quê que do ponto de vista filosófico é que sustenta esse trabalho de reforma psiquiátrica e pensar isso também num contexto mais amplo (...) E eu lembro que, desde coisas muito simples, como alguém chega e diz "eu acho que a gente tem de usar jaleco" e aí o outro "não, eu acho que a gente não pode usar jaleco" aí eu digo, "não, vamos discutir o quê que é esse jaleco" e aí esse jaleco como que tem uma carga simbólica enorme. E eu lembro que no dia eu peguei literalmente um jaleco, pendurei e perguntei "o que é isso?" aí todo mundo riu, aí a gente foi discutindo. Eu digo bom vamos pensar isso desde a produção, como um objeto, mas é um objeto que é um objeto simbólico ou que traz uma série de representações, quem usa, qual é o lugar social de quem usa, quem é que não pode usar, quem é que produz ele do ponto de vista de produção material que vai desde o algodão até a confecção disso né e aí a gente foi conversando todas essas coisas aí eu lembro que tinha uma médica e ela disse assim: "vocês de área de humanas são muito engraçados, tem nada disso na minha área, onde é que você quer chegar?", eu falei "eu quero chegar na resposta da pergunta anterior que foi: a gente usa jaleco ou a gente não usa jaleco?".

Longe de traduzir-se como uma posição confortável, o questionamento de conceitos e de ações, os quais se querem adequados, quicá ideais, consiste no único fio condutor possível de mudanças e ações mais pertinentes e eticamente comprometidas, do qual não se pode abrir mão. “Colocando em jogo as nossas crenças no cotidiano do serviço”, alerta Philippa, realizamos o movimento de convergência da teoria e da prática: “Vamos desnaturalizar as coisas, que a gente toma algumas coisas como naturais quando elas não são e aí então eu brinco muito, digo ‘a teoria na prática é a mesma coisa’, a gente [costuma dizer]: ‘ah, é só teoria, mas a prática é outra coisa’”. Pois, em nosso entender, a prática desconectada da

reflexão teórica reflete na ação despropositada e, fatalmente, descomprometida. O comprometimento ético com o cuidado do sofrimento e do adoecimento mentais contemporâneos advém de uma atitude de desnaturalização através do questionamento do mesmo, ou seja, daquelas práticas arraigadas em nós e que só nos conduzem para o lugar comum, ausente do movimento de transformação permanente indispensável ao processo de atenção psicossocial. Como falar de uma humanização dos serviços (temática preconizada pela Reforma da Saúde Mental), se em meio a esta teia descrita de limitações deontológicas e faltas decorrentes do SSM, incorremos no risco constante de perdemos de vista o fator humano em sua condição de maior vulnerabilidade – o sofrimento e a doença mental? Haddock-Lobo (2006), pautado em Lévinas, destaca o risco do fracasso em reconhecermos a humanidade do outro quando não sustentamos nossas interações sociais em relações prioritariamente éticas. Rememoremos também que o estado de alheamento em relação ao outro, conforme Beto, Barba e Costa (1997), repercute na não consciência de quem pratica a indiferença, pois este é incapaz de reconhecê-la num outro já destituído de valor, mesmo que por meio de um movimento imperceptível a quem se torna alheio.

Por que deveria ser natural o uso do jaleco pelos profissionais do CAPS? Esta pergunta traz em si a necessidade de se pôr em xeque os nossos poderes e saberes disciplinares, da formação e do cotidiano, da profissão e da própria complexidade do sistema de Saúde Mental, do que se tornou nossa avidez por saber e segurança e do que sabemos de fato ou não sobre a estranheza do outro. Diante deste exercício inteiramente ético, somos convocados a identificar e compreender no tópico de análise posterior: o que então este outro demanda de nós e qual a nossa implicação ética diante dessa alteridade?

5.2 “O homem antropomórfico”: demandas tardomodernas e a exigência ética do outro

A questão da discussão sobre as demandas tardomodernas em Saúde Mental chega até nós, a partir dos discursos dos supervisores, como aspectos obscuros a serem revelados, não sendo dados de maneira clara e direta, mas nos empurrando ao desafio do seu desvelamento. Do mesmo modo, a análise de sua relação com a ética requer de nós a atitude hermenêutica comprometida com o contexto da atenção psicossocial em seus elementos ocultos, em seus não-ditos, em suas raízes mais profundas.

Como resposta ao processo hermenêutico da fusão de horizontes, desmembram-se da configuração compreensiva encontrada duas esferas de análise: primeiramente, o ponto em que as demandas estão relacionadas aos modos de organização da diversidade de queixas

apresentadas pelos usuários do CAPS e seu direcionamento dentro do sistema articulado de Saúde Mental e, num segundo ponto, a caracterização ou mesmo a possibilidade de definição daquilo que compreendemos como *demandas tardomodernas em Saúde Mental*, quer dizer, seu modo de constituição histórica, seus significados e a própria conceituação decorrente. Ambos os itens da análise aqui realizada, os quais não podem ser compreendidos separadamente, mas em mútua relação, constituíram o fio condutor de nossa busca compreensiva que desembocou no apontamento da dimensão ética como uma resposta esboçada em direção ao chamado irrecusável da alteridade.

5.2.1 Sobre os modos de organização das queixas apresentadas pelos usuários

Quando interpelados acerca das demandas que os usuários costumavam direcionar ao CAPS e as possíveis dificuldades frente a estas, os supervisores agruparam em seus discursos uma série de queixas e necessidades que os usuários manifestavam, de modo mais ou menos consciente (podiam referir-se às queixas manifestas ou às intenções ocultas que as sustentavam), como as motivações para terem buscado o dispositivo de atenção (CAPS). De outro modo, em vez dessa identificação de queixas variáveis, os supervisores também puderam refletir o que, em essência, o outro-usuário demandava, desejava ou mesmo exigia desse dispositivo, dos profissionais que o atendiam ou do sistema de saúde em si. Deixemos esta última reflexão para o tópico seguinte.

Embora os supervisores, em seus discursos, não tenham feito uma distinção conceitual precisa entre queixas e demandas, apreendemos a distinção existente entre os dois conceitos pela compreensão dada quando da interpretação dos sentidos que se foram deixando desvelar. Daí, pudemos identificar, dentre as queixas e necessidades dos usuários, tanto a sua diversidade quanto um quantitativo muitas vezes entendido como excessivo diante daquilo que o serviço realmente pode dispor. Dizem respeito às seguintes queixas e necessidades dos usuários direcionadas ao CAPS identificadas no processo de análise: atenção às crises psicóticas (situações emergenciais), sofrimento dos familiares, busca por benefícios sociais ou algum tipo de apoio financeiro (tanto da parte dos usuários como das famílias), desejo de minimização do preconceito social (relacionada à necessidade de uma mudança cultural no modo de ver e lidar com a loucura), busca por receitas médicas (prescrição de psicofármacos), queixas relacionadas a *sofrimentos* considerados *leves* ou a *transtornos* propriamente ditos (associados a usuários com quadros ou diagnóstico de psicose).

Quando nos referimos às queixas e necessidades de saúde, dizemos desse quantitativo crescente de usuários que estão ávidos por consultas e procedimentos nos diversos equipamentos de saúde. Se a partir do século XIX a psicopatologia passou a sustentar um homem natural anterior a qualquer experiência de doença, esta naturalização constitui-se numa ilusão que serve ao distanciamento do homem de sua inserção e constituição social. No entanto, como consequência do individualismo (resultante do modelo capitalista) no mundo ocidental, a modernidade tardia convive com inúmeras perspectivas disciplinares, em que se preserva o domínio médico e a técnica (CAMARGO JÚNIOR, 2005; SLOAN & MOREIRA, 2002). São estas necessidades criadas pelas múltiplas instâncias e serviços que se caracterizam de fato como uma invenção e conduzem o usuário a uma busca determinada pelo objeto-procedimento no qual deposita toda a sua expectativa de cuidado. Este cuidado, que não é dado a partir de uma produção social, nem direcionado para ações promotoras de saúde (cuidado de si) de modo a solicitar a atenção da equipe de saúde, volta-se apenas para a exigência de exames ou de imediata medicalização como possível resposta a seus problemas de saúde. Nesta direção, os técnicos aderem à muleta do modelo técnico-assistencial para a concessão de respostas, de um modo que descaracterizam suas práticas e conhecimentos e os afastam do comprometimento em ofertar recursos mais condizentes com a produção do cuidado (FRANCO & MERHY, 2005). De um lado, encontramos usuários que se auto-enganam quanto ao que eles próprios desejam do sistema de saúde, de outro, técnicos reproduzindo condutas mecânicas e irrefletidas, dissociados de seus reais lugares profissionais, buscando corresponder a invenções e equívocos traduzidos em necessidades.

Não queremos dizer que as demandas dos usuários não sejam legítimas, apenas desejamos realizar esta distinção necessária entre demandas (às quais chamaremos tardomodernas no decorrer da discussão) e necessidades de saúde, sendo as últimas não uma mera criação individual (pois está inseparavelmente associada a uma produção social), mas algo como um desdobramento ou um sintoma da real demanda direcionada aos aparatos *psi* – aquela gerada na experiência de quem sofre ou se encontra mentalmente adoecido. Ilustrando esta linha de necessidades ou queixas direcionadas ao CAPS, recorreremos às palavras do supervisor Martin:

A rotina do CAPS é muito grande, o fluxo é muito grande, mesmo sendo um CAPS tipo 1, CAPS tipo 2, qualquer que seja ele. Você acaba que identifica naquele setor, quando você chega nessa unidade, você identifica coisas paradas, pacientes que estão ali por estar. Fazendo novamente um manicômio. Ou seja, paciente ocioso tá ali só para pegar o remédio. Vai, pega o remédio e vai embora; não está inserido em

nenhuma proposta terapêutica. É tanto que a gente procura depois levantar, é assim que a gente vai levantando esses casos de pacientes que estão mais ociosos, que estão mais ali na marginalidade do CAPS. Dizendo assim, a gente provoca a equipe a buscar isso, resgatar aquele paciente. Saber se aquele paciente realmente é necessário estar ali. Não ficar só reproduzindo um manicômio. [...] Havia uma ociosidade muito grande na unidade (do município de Buriti), era um CAPS que funcionava praticamente em cima do médico, você não tinha terapia ocupacional funcionando, não tinha enfermagem funcionando, não tinha serviço social funcionando, então você chegava no CAPS e era o quê? Todos os profissionais parados e você via só o médico trabalhando [...] A equipe toda completa, mas você chegava no CAPS você via uma fila de cadeiras, o pessoal sentado para uma consulta médica ambulatorial. Simplesmente ambulatorial. Ele ia pegava sua receita, às vezes passava pela enfermagem, via uma PA⁵¹ pegava a receita e ia-se embora.

Sem esboçar qualquer tipo de depreciação à finalidade dos ambulatórios de Saúde Mental – dispositivos úteis ao processo de Reforma da Saúde Mental – retomemos que os CAPS se propõem a modos de atenção distintos da perspectiva ambulatorial, como o acompanhamento continuado, o tratamento de transtornos graves, a gestão das ações de Saúde Mental no seu território, o fomento à promoção da cidadania das pessoas com transtorno mental, a propagação da cultura antimanicomial (TRIALDI, 2006; BRASIL, 2004a, 2002; FERREIRA NETO, 2004a). Se não há um reconhecimento e entendimento mínimos sobre o *mercado do sofrimento psíquico* produzido na modernidade tardia, os CAPS correm o risco de se sujeitarem a este mercado sem sequer se dar conta e acabar por disseminar práticas ditas manicomiais em vez do seu contrário (MERHY, 2004). Sob a justificativa de um fluxo excessivo ou de uma sobrecarga de demanda ao serviço, o CAPS pode voltar-se inteiramente para este rol de necessidades ilusórias travestidas de demandas e não mais ocupar-se em atender ao compromisso ético que lhe é devido – a escuta da condição humana de sofrimento (FREIRE, 2001, 2002a, 2002b).

O dito mercado do sofrimento psíquico contemporâneo abarca com amplitude uma série de diagnósticos e dá vazão a uma crescente ordem de prescrição medicamentosa, atendo-se à promessa da gestão da dor e dando sustentação às necessidades de saúde cujo processo de produção social faz permanecer obscuro. Dantas (2009) explicita com propriedade:

As diversas formas de invenção no domínio psíquico favorecem a constituição de um mercado contemporâneo do sofrimento psíquico extremamente elástico e

⁵¹ Refere-se ao procedimento rotineiro às unidades de saúde, de aferição da pressão arterial dos usuários antes ou depois das consultas.

enriquecido por novas modalidades de representação do sofrimento psíquico que dilata o repertório diagnóstico e o registro da prescrição de medicamentos. Com efeito, a ação curativa conduzida em nome do sentimento de bem-estar psíquico, condiciona a esse respeito uma exigência inédita do consumidor: a gestão da dor, os efeitos dos conflitos no trabalho ou a ruptura dos laços sociais ou conjugais, o enfrentamento de situações de *stress*, os comportamentos compulsivos de toda natureza, a hiperatividade, dentre outros (p.146).

O discurso do supervisor Martin nos leva além: ele nos direciona para a necessidade de discussão de importantes dimensões teóricas e ideológicas ocultadas na rotina dos CAPS. A principal delas diz respeito à medicalização social em sua relação com a *reprodução do manicômio* retratada pelo supervisor ou com a proximidade de uma cultura manicomial em vez da promoção do seu oposto, nas tentativas de produção de mecanismos de ação em nome da *desinstitucionalização*. No momento em que a *patologização* do sofrimento na cultura ocidental gerou um desejo generalizado de ter de conceder uma resposta técnica ao desespero e à angústia, a queixa subjetiva passou a tomar formas diversas, expressando-se na psicopatologia da vida cotidiana e na especificidade da demanda, melhor dizer, das necessidades de saúde, direcionadas aos profissionais *psi* (DANTAS, 2009).

Constatando que a classificação e o uso de uma substância como medicamento não depende de modo exclusivo de suas propriedades farmacológicas, já que os efeitos das substâncias variam conforme elementos exteriores – representações sociais associadas à frequência de uso, sugestionabilidade do usuário, propensão à dependência psicológica, etc. –, denotamos aí um indicativo de que os fenômenos da excessiva prescrição medicamentosa pelo técnico ou da necessidade por uma dada substância da parte do usuário-consumidor, estão associados aos processos sociais. A pseudo-demanda exacerbada por receitas (prescrições) de medicamentos não se dá meramente como expressão natural ou espontânea, mas tem suas raízes da solidez de um sistema complexo de representações e expectativas acerca da doença, da saúde e da eficácia do tratamento (DANTAS, 2009). Se o consumo de medicamentos psicotrópicos e suas representações oferecem a possibilidade de os indivíduos modificarem suas subjetividades e viverem sob a influência das substâncias psicoativas, isto é exercido com o aval das instituições médicas, por isso, dificilmente esta realidade provocaria questionamentos de ordem moral ou ética (LUZ, 1979; DANTAS, 2009). A este respeito, Dantas (2009) discorre:

Podemos concluir que o estudo do consumo dos medicamentos psicotrópicos revela a grande complexidade do fenômeno, pois por um lado, o comportamento de

consumo é engendrado a partir de uma proximidade cultural a um determinado sistema de representações, à enunciação de um mal-estar, ao qual será associada uma representação específica a partir da tradução desse mal-estar sob a forma de uma terapêutica apoiada no medicamento. Por outro lado, a caracterização de um medicamento psicotrópico depende também de interações sociais, de saberes produzidos no âmbito do senso comum e pela indústria da propaganda, que tende a associar a imagem de certos medicamentos a certas competências socialmente valorizadas (p.203).

Corroboramos a ideia de Camargo Júnior (2005), entendendo a medicalização a partir do ocultamento de aspectos culturalmente conflitivos das relações sociais e sua transformação em problemas de saúde, bem como a usurpação da capacidade das pessoas de cuidarem de si mesmas, tornando-se dependentes dos profissionais. Traduzindo-se numa estratégia de poder – especialmente atribuída à psiquiatria – que persiste para além das práticas asilares, o uso dos psicofármacos vem tratando de medicalizar e dominar paixões, delírios e maus comportamentos na contemporaneidade (CAPONI, 2009; AMARANTE, 1994), o que nos conduz a levantar questionamentos éticos sobre sua aplicação ao projeto de *desinstitucionalização*.

Ao abraçarem este projeto como pressuposto ético ao qual se destinam, os CAPS deveriam investir no reconhecimento da complexidade do seu alvo – o louco como sujeito histórico e a reconstrução de sua existência – à revelia do modelo tradicional, para se centrarem em ações não restritas aos sintomas, à classificação diagnóstica e à medicalização, e sim em projetos terapêuticos e de cidadania voltados para a vida concreta dos usuários (HIRDES, 2009). Ressaltamos que a medicalização social transforma culturalmente as populações ao decretar a incapacidade para o enfrentamento da maior parte dos adoecimentos e dores cotidianas, gerando dependência e alienação, sendo previsível a consequência “da socialização forçada e acelerada do estilo de pensamento biomédico (centrado do controle, nas ações e interpretações heterônomas) para contingentes populacionais pouco modernizados, pluritécnicos e multiculturais, como a maioria da população brasileira” (TESSER, 2006, p. 61).

Se o mundo manicomial é o mundo das certezas, lugar dos modelos fechados, avesso a críticas, como nos diz Merhy (2009), a construção de uma cultura antimanicomial, a principiar pelos serviços substitutivos como os CAPS, deve necessariamente perpassar a sua multiplicidade característica, bem como práticas de cooperação, de reflexão e de autoanálise. Portanto, a criação do lugar antimanicomial só se faz possível quando da presença da escuta

ética no questionamento crítico e permanente de si mesmo. Assim, quando há o predomínio ou a exclusividade de ações ambulatoriais reproduzidas pelos CAPS, estes serviços não podem caminhar em consonância com o projeto de *desinstitucionalização*, estando, neste sentido, muito mais próximos de práticas automáticas e irrefletidas que dão condições de permanência ao ressoar das vozes do encarceramento e à reprodução das velhas amarras manicomiais.

Outra questão emerge da fusão entre as necessidades sociais com as necessidades de saúde. Como aspectos indissociáveis, inclusive se levarmos em conta a realidade social na própria constituição da patologia e do sofrimento (SLOAN & MOREIRA, 2004; DANTAS, 2009; EHRENBERG, 2004), ambas as necessidades configuram-se num fenômeno denunciante de práticas perversas de exclusão social, e apontam para a emergência de respostas no âmbito da saúde e da assistência, mais fundamentalmente para a busca incessante pela promoção da cidadania da pessoa em sofrimento ou adoecida mentalmente. O fenômeno apresenta-se em situações cada vez mais comuns à rotina dos CAPS, nas quais os usuários e familiares buscam paralelamente ao tratamento, ou mesmo prioritariamente a este, a participação em programas assistenciais que asseguram algum tipo de renda por meio de benefício social. O supervisor Martin nos fala sobre a questão:

Você tem aqueles usuários que realmente são carentes, que buscam muitas vezes a questão do benefício. A família busca, não é nem o paciente, o paciente em si, dependendo do quadro do diagnóstico dele, ele muitas vezes nem identifica basicamente o que é a necessidade dele quando chega ao serviço, ele chega muito cru ao serviço, ou seja, ele vai porque a família levou, quando é um esquizofrênico, quando é um paciente com uma depressão grave que chega até o serviço. Ele chega muito sem saber o que ele quer, a família que às vezes leva (...) E muitas famílias também, vão em busca do quê? De um apoio financeiro porque são pessoas carentes e que muitas vezes precisam o quê? De um apoio financeiro para ajudar a gerir, pra buscar, pra tentar gerir aquele paciente, ou seja, um BPC⁵², então a gente busca desde o começo orientar as famílias que chegam até a gente. A gente busca fazer o quê de orientação? Que façam a questão do serviço social, a questão social mesmo daquele paciente, que eles busquem, que eles não dependam só da LOAS⁵³, só do BPC, mas que eles busquem o quê? Se você é um agricultor, vamos filiar a algum sindicato, a uma cooperativa, porque aí você vai ter seu direito, você vai exigir seu

⁵² Refere-se ao benefício de prestação continuada (BPC), política social que destina um salário mínimo mensal ao idoso ou a portadores de deficiência física ou mental (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011).

⁵³ Lei orgânica da assistência social (LOAS) instituiu o BPC em 1993.

direito, ele não vai ficar à mercê de um BPC, de um apoio da ação social, de um benefício.

A discussão sobre a cidadania da pessoa em sofrimento ou com transtorno mental está longe de se esgotar (LANCETTI et al, 1990; TUNDIS & COSTA, 1994). Mais escassas ou inconsistentes nos parecem ainda, as ações voltadas para os fins de promoção dessa cidadania, principalmente quando nos deparamos com a existência de serviços focados na perspectiva ambulatorial e numa cultura que permanece manicomial por excelência. A necessidade de saúde que se desenha a partir das demandas aparentes por benefícios sociais pode ser analisada como um desdobramento das demandas reais. Ora, se o que se demanda de um serviço de Saúde Mental está impreterivelmente associado ao sofrimento ou ao adoecimento psíquico, aquilo que se refere à medicalização ou a inclusão em programas assistenciais surgem como desdobramentos das demandas reais por se constituírem como resultantes de um processo social de crise (BENASAYAG, 2005, 2009, 2010). Trata-se do usuário que não sofre ou não adoce apenas pelas razões psíquicas e processos neuroquímicos, mas pela carência de recursos econômicos, pela influência dos sistemas abstratos e sua imposição de modos de vida específicos que reduzem os sujeitos a sua quase impossibilidade de ação e de transformação da própria realidade individual e coletiva (DANTAS, 2009; GIDDENS, 2002).

A crise evoca um indivíduo ideal, cujas normas sociais do sistema social em que vive dizem respeito às noções de projeto, de desempenho e de sucesso (DANTAS, 2009; SFEZ, 1996). Estas normas são modos de regulação não resultantes de uma escolha deliberada e privada, mas consistindo numa norma comum e válida para todos da sociedade. A relação entre o estabelecimento e a afirmação de normas sociais de comportamento e os sintomas correspondentes configura-se sob a forma de *patologias da insuficiência* (DANTAS, 2009) ou como processos de *despotencialização* (SLOAN & MOREIRA, 2002) dos sujeitos tardomodernos, em que os indivíduos não se veem aptos a responder aos ideais esperados.

Lima (2009) nos adverte que a identidade do doente mental é reforçada com os diagnósticos da Saúde Mental, os quais, a serviço do capitalismo tardio - que possui mecanismos próprios de manutenção e reprodução de identidades - assumem a função de manter os indivíduos no seu *sofrimento de indeterminação* (estes indivíduos buscam reconhecimento através do *Outro*, sendo este uma autoridade em Saúde Mental) ao realizarem um tipo de reconhecimento pautado no reducionismo de sua identidade a própria condição de adoecimento. Neste sentido, existe o reconhecimento pelo outro, mas como doente, como impotente, como incapaz, portanto, um *reconhecimento perverso*.

Se entendermos a identidade como algo que evoca o sentido de ser idêntico a si mesmo, de característica de similitude e permanência, ainda que a consideremos como uma construção que leva em conta a realidade concreta dos indivíduos e contempla o trabalho de síntese realizado por estes a partir do olhar do outro que legitima a (as) identidade (s) proposta (s), temos de enfatizar que a patologia constitui um real estatuto social e familiar, que confere aos indivíduos em adoecimento um modo de existência específico que não seria o mesmo no caso da ausência da patologia. A doença se apresenta assim como o *cartão de visita* que define os modos das relações humanas e sociais das pessoas com transtornos mentais (DANTAS, 2009).

Desse modo, a pretensa cidadania, promessa dos serviços especializados na atenção às pessoas com transtornos mentais, está menos associada à promoção de condições ético-políticas autônomas e emancipatórias que a uma questão identitária e reducionista, por meio da qual os indivíduos adoecidos ou em sofrimento podem ser contemplados com toda ordem de benefícios assistenciais, os quais passam a demandar corriqueiramente.

Necessidades de ordem social se revelam também na busca por segregação entre os próprios usuários dos serviços de classes sociais distintas (LANCETTI et al, 1990; TUNDIS & COSTA, 1994). Chama-nos a atenção o fato de usuários mais abastados economicamente serem dotados do privilégio de escolherem o seu horário de atendimento de modo a não correrem o risco de serem identificados com usuários menos abastados ou mesmo com pessoas adoecidas mentalmente ou em sofrimento psíquico (o que de fato são), como se as condições materiais lhes pudesse imunizar quanto ao estigma pessoal e social da patologia mental. O preconceito internalizado ou a arrogância do poder (neste caso, o poder aquisitivo) refletem um abismo relacional entre pessoas que é por si mesmo uma analogia fiel da problemática social contemporânea da *ordem dos desafetos* e da indiferença ou *alergia à alteridade* (MOREIRA & FREIRE, 2009; LÉVINAS, 1980, 2009). Basta então ao CAPS ser conivente com este tipo de exclusão que passa a ser reproduzida dentro do próprio serviço, ao mesmo tempo em que realiza instalações artísticas em equipamentos sociais do município, com fins de mostrar a capacidade criativa dos usuários pobres? Ou ainda, proferir discursos ideológicos nos programas de rádio locais em nome da minimização do preconceito? Tenderá o CAPS a se tornar um mero equipamento reprodutor do preconceito social já existente e, consequentemente, de práticas sociais excludentes? É Martin quem nos coloca diante desta questão emblemática:

Como nós temos lá em Buriti tem pessoas que são empresários, pessoas [da cidade] que ficaram ricas, vão de Hilux [até o serviço], que tem dependência química no meio envolvida, e acaba indo pro CAPS porque sabe que é um serviço que pode tratar isso e apesar de ele ir, ele vai no horário noturno, porque no CAPS de Buriti a gente trabalha à noite, até 20h da noite (...) Então essa classe social melhor, que são os empresários, têm seu comércio, às vezes vai à noite, vai de 6 da noite às 8 e meia pro atendimento, ou seja, não tá junto com o resto da população que vai dizer assim "ah, vai me discriminar, não quero mostrar", o preconceito mesmo, que a gente vê muito isso na supervisão nos grupos, nos atendimentos, a questão do preconceito pra tentar ao menos amenizar, acabar ninguém vai, mas amenizar a gente consegue. Então a gente tem sempre batido isso no programa de rádio, com visita em algumas instituições, com as exposições que a gente faz no Banco do Brasil, faz exposição na prefeitura, faz exposição na Secretaria de Saúde, do trabalho, então a gente procura sempre mostrar isso, a capacidade, os pacientes têm capacidade de fazer algo.

Diante das necessidades de saúde e sociais distintas que constituem ou se somam aos motivos pelos quais os usuários acreditam ter de recorrer aos CAPS em seu sofrimento, os serviços em questão deparam-se com o desafio de ter de organizar tais queixas e dar-lhes o encaminhamento, ou melhor, a resposta mais apropriada. Uma estratégia em voga e muito enfatizada pelos supervisores é o que se chama de *apoio matricial*⁵⁴ ou *ações de matriciamento*, um conjunto de intervenções, com embasamento teórico e metodológico específicos, cujo pressuposto central está em tomar o CAPS como o dispositivo de gestão ou de gerenciamento de ações de Saúde Mental num sistema dinâmico disposto em rede. O supervisor Tales acredita ser viável trabalhar com esta orientação e apresenta experiências positivas neste sentido, embora o apoio matricial se coloque, simultaneamente, como um desafio permanente:

Os pacientes que são pacientes (do CAPS), que não se sentem adequadamente acolhidos na atenção primária, aí porque a atenção primária não (funciona) adequadamente, então eu mantenho aqui no CAPS. [...] E então se as pessoas não estão sendo escutadas na atenção primária, (é porque) existem certos vícios de organização, não são as pessoas. Os profissionais da atenção primária são excelentes, eles estão assoberbados pelo tempo também, mas a gente pode dividir essa fatia entendeu? Assoberbados por assoberbados, então fica metade, fica a

⁵⁴O apoio matricial se dá quando as equipes especializadas interagem com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo desenvolver ações de consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. A assistência individual também pode ser realizada, desde que não seja a ação prioritária e seja temporalmente limitada (TÓFOLI & FORTES, 2007; BRASIL, 2003).

metade mais leve fica com eles e a outra metade um pouquinho mais grave fica nos CAPS, pelo menos com isso reduziria. Eu estou falando metade é evidentemente não estou falando de números, eu estou falando no modo de dizer, a forma de partilhar, e outra, o paciente ainda pode estar lá (no CAPS) e estar na atenção primária, aliás, até deve, e estar na atenção secundária também. [...] (A questão do apoio matricial) é uma questão processual. Isso tem que ser contínuo, permanente. [...] É a história que o O. A. fala: “é trocar o pneu com o carro andando”. Eu não posso simplesmente dizer: “não, eu só tenho que esperar até a hora que eu tiver profissionais bons”... Eu tenho que arranjar um jeito de estar formando essas pessoas processualmente, então eu acredito muito na ideia do apoio matricial, quando bem feito, quando adequadamente feito, como um processo pedagógico de transformação pessoal e profissional.

A relação entre os diversos níveis de atenção em saúde parece encontrar-se no campo das delicadezas e dos grandes desafios. No caso da Saúde Mental, buscar o estabelecimento de ações comuns e unificadas requer a realização de um convite a todos os setores de que se dirijam para questão no compartilhamento de seus fazeres e responsabilidades. Tomando-se o fato de que cada nível de atenção possui atribuições prioritárias, além do que os profissionais já tendem a se sentir por demais assoberbados ou mesmo insatisfeitos em relação aos investimentos feitos e o retorno obtido (condições precárias de trabalho, baixos salários, alta rotatividade de profissionais nos serviços impedindo a continuidade dos projetos implementados, etc.), a chamada para a ação conjunta parece de fato ser algo passível de imediata recusa. No entanto, os obstáculos encontrados nesta realidade vêm sofrendo inúmeras tentativas de serem transpostos por meio de intervenções como a preceptoria, o atendimento conjunto (por diferentes técnicos) a pessoas com transtornos mentais, seminários, capacitações e treinamentos, atividades psicoeducativas, enfim, ações de toda ordem que visem ao comprometimento de diversos âmbitos com a Saúde Mental das populações assistidas em seu território. Neste sentido, devemos levar em conta as diferentes relações que se estabelecem neste processo: CAPS e hospital geral, CAPS e atenção primária, CAPS e educação, CAPS e assistência, sociedade e CAPS, gestão e os distintos níveis de atenção, entre outras. Cada uma dessas relações vai se desenvolvendo de modo mais ou menos coeso ou produtivo, conforme a acomodação de uma série de variáveis intervenientes que se apresentam ao longo do caminho de construção da tão aspirada rede de saúde ou *rede de Saúde Mental*, especificamente, como querem alguns.

O preparo dos hospitais gerais para o acolhimento e atendimento às crises de pessoas com transtornos mentais, a notificação e acionamento do CAPS em casos de tentativas de

suicídio ou situações graves; o desenvolvimento de ações de promoção em Saúde Mental e acompanhamento de casos de psicoses e outros transtornos estabilizados nas unidades básicas, ou mesmo a denúncia de casos de pessoas em situação de prisão domiciliar, assim como o atendimento de patologias ditas leves; a tomada dos setores sociais de uma responsabilidade partilhada na questão da (re) inserção social e promoção da cidadania dos usuários; a compreensão das questões de adoecimento e sofrimento mental no âmbito da educação e sua participação na formação humana e na prevenção de patologias psíquicas e de agravos; a participação da sociedade no combate ao preconceito e na exigência de serviços e políticas públicas consonantes com a realidade concreta das populações; todos são aspectos que perpassam a atuação do CAPS quando este assume a função de gerenciamento das ações de Saúde Mental. Não no sentido de ter de assumir toda essa gama de responsabilidades para si, ao contrário, o CAPS necessita empenhar-se no questionamento ético de sua atuação inclusive considerando as suas limitações e estando aberto ao diálogo com os demais setores e disponível para a construção compartilhada de um campo desconhecido, o qual jamais poderá ser fruto de um direcionamento impositivo ou pretensioso de um saber que se detém e que deve ser repassado, podendo ser resultante apenas de um processo de responsabilidades divididas com a indispensável participação de todos.

Assim sendo, o apoio matricial passa a ser uma ferramenta útil de atuação para fins específicos, não em caráter obrigatório, mas como possibilidade de intervenção no estreitamento das relações entre o CAPS e os demais níveis e setores da atenção, bem como na sensibilização dos atores sociais para a questão da Saúde Mental e operacionalização das ações a serem desenvolvidas. Carlos apresenta-nos experiências bem-sucedidas em diferentes municípios em que o apoio matricial foi dispensável na realização das ações com vistas ao trabalho conjunto em prol da Saúde Mental. O supervisor ressalta a importância de se levar em conta a especificidade do contexto onde se atua em vez de se preocupar com a nomenclatura de dada intervenção ou com o cumprimento do que venha a surgir como uma política pública às vezes dissonante das necessidades do território. Ao destacar a atuação em nosso estado, relata que:

[...] Treinamos o hospital geral para o hospital nunca mais fazer receitas de 3 caixas de diazepam, caixa de lexotan, pra alguém que chega lá nervoso. (Quanto à ideia do apoio matricial...) esses nomezinhos do Sul, certo? Que vieram do Sul, tentando dar uma forma, é o que eu falei pra você, a filosofia em Guaçu, o sistema que faz Saúde

Mental, não interessa se tem ou não tem preceptoria, o PSF⁵⁵ lá da Jacira ele tem que atender o psicótico, o depressivo, certo? O CAPS começou em 93, em 94 vieram as primeiras equipes de saúde da família. O que é que nós dissemos uma vez numa mesa em uma supervisão com o J. S.? Eu lembro que eu disse essa frase pra ele: "J., eu trouxe uma questão pra supervisão, Guaçu vai ter agora médico e enfermeiro de família, então a partir do momento em que esses doutores pisarem na cidade, não existe mais paciente (exclusivo) do CAPS". E quando eles chegaram, nós fizemos a listagem de todos os pacientes de todas as áreas e entregamos pra eles: "Te vira! [enfático] Você tem o luxo de ter um serviço de Saúde Mental na cidade, eu não preciso tá indo, passeando de PSF em PSF, pedindo "por favor, entenda como é que se atende um psicótico". Não, em Guaçu, Majuí, isso é norma. Claro que a gente fazia seminários, jornadas, e nós tínhamos essa relação com o PSF e temos ainda.

Se, para Carlos, "toda demanda pode se organizar", é porque esta prerrogativa vem sendo confirmada em sua experiência de supervisão e atuação técnica em CAPS de municípios diferentes no interior do estado, mas a afirmação não significa necessariamente a existência de uma rotina estável do serviço, a qual não seria condizente com a inconstância característica ao campo da Saúde Mental. Entre uma emergência e outra, entre novos planejamentos e mudanças, o supervisor constata que o atendimento às emergências nos hospitais gerais vem se dando de modo adequado e as internações psiquiátricas sendo reduzidas, embora tenha a impressão de que, especialmente na capital do estado, a realidade seja divergente. No entanto, acredita que a queixa dos serviços acerca de uma "demanda excessiva" muitas vezes sirva de justificativa para algum tipo de funcionamento inadequado:

Então, quando falamos de demanda é importante entender que essa palavra demanda tem sido muito citada para justificar o mau funcionamento do serviço e eu quero dizer que o serviço é responsável por organizar a sua demanda, a população não é burra totalmente, ela vai perceber algum dia, se o serviço fala, informa, se comunica, que, digamos que o CAPS queira que os eplépticos não sejam atendidos no CAPS, se o CAPS quiser isso e conseguir negociar e for realmente coerente, ele vai conseguir informar isso. Muito interessante você ter colocado isso, porque eu não tinha tido a oportunidade de dizer isso, e já ouvi muita gente falar "não, é a demanda que é grande demais" (...) As demandas para o nosso CAPS tem sido demandas adequadas, certo? E o que é a demanda adequada para o CAPS? Qualquer (ênfatisa) tipo de experiência do cidadão reconhecida por ele como sofrimento psíquico. (...) O cara que tem uma patologia dita psicótica, tal, pode nem estar sofrendo. Qual foi o

⁵⁵ Sigla para Programa (ou estratégia) Saúde da Família, constituído pelas unidades básicas de saúde, que se encontram distribuídas no território, pertencente ao nível primário da atenção em saúde.

equivoco do Ministério da Saúde que nós consertamos em Guaçu? Ele queria que o CAPS, ainda hoje o CAPS tinha que ficar com 40 pacientes no serviço e tal. O que é que nós fizemos em Guaçu? Paciente tá bem, é crônico, tá tomando seu remédio, vamos tirar ele do CAPS, mandar pra casa. Almoço no CAPS? Nem pensar! Vamos mandar ele pra casa e o CAPS vai atender diariamente, se for possível, pessoas em crise, certo? Então muitos pacientes psicóticos, porque que tem que estar diariamente no CAPS? Isso é uma segregação, isso é uma estigmatização. Nós queremos que o psicótico viva normalmente como psicótico, dá pra entender? Feito isto, já que eu não vou ter toda a equipe do CAPS cuidando de 40, 50 que estão ali e vão ter que fazer as refeições, escovar os dentes, esse negócio todo, então você se abre pra população e aí vai organizando esta demanda, então hoje nós temos o luxo de ter CAPS ad, CAPS i, CAPS Geral, então mais e mais essa demanda precisa ser pensada, organizada e co-mu-ni-ca-da! Essa palavra 'comunicação' é central, é o que trabalho muito nas supervisões, é central para o bom funcionamento do CAPS... “O nosso maior recurso era o nosso discurso”. Ele (o CAPS) cria demandas equivocadas na medida em que não se comunica.

A exemplo disso, Mendonza (2011) analisa o uso de ferramentas comunicacionais no CAPS partindo da realidade de um município (de referência) do interior do estado, e acaba por constatar que a grande diferença implantada no serviço é o diálogo e a relação próxima com a cultura local e a existência de um projeto coletivo, que resultam na desmistificação da doença mental e, conseqüentemente na diminuição dos internamentos, na prescrição racional dos psicofármacos, na minimização do estigma da doença mental, em possibilidades reais de retorno à convivência familiar e social, na redução do número de casos *de pessoas em situação de prisão domiciliar*⁵⁶. O manejo da comunicação e da crítica social mostram-se elementos poderosos de transformação e compromisso ético com os princípios que dão sustentação ao projeto CAPS.

Posto isto, desvelamos dois elementos fundamentais para nossa reflexão acerca das demandas em Saúde Mental e suas implicações éticas. O primeiro diz respeito à afirmação de que a demanda pertinente ao CAPS constitui seguramente “qualquer tipo de experiência do cidadão reconhecida por ele como sofrimento psíquico” (fala do supervisor Carlos), estando incluídas aí experiências patológicas ou não que engendrem algum tipo de sofrimento reconhecível pelo sujeito. Note-se que enfatizamos a palavra demanda no singular para nos referirmos ao sofrimento humano em suas mais variadas formas de representação, de modo

⁵⁶ A situação refere-se a casos de pessoas com transtorno mental vítimas de encarceramento. O termo vem sendo utilizado em textos atuais do campo da Saúde Mental, embora alguns autores prefiram a expressão *encarceramento privado* para se reportar à mesma condição, fazendo alusão à legislação brasileira que entende o encarceramento como ato criminoso.

que não estamos nos restringindo mais ao que antes denominávamos de queixas ou necessidades de saúde. O segundo refere-se à questão de, entre os modos distintos de manifestação e expressão do sofrimento psíquico, dados ao cuidado do CAPS, ser possível identificar uma demanda prioritária para o serviço, qual seja: o atendimento aos usuários psicóticos ou, dito de outra forma, o funcionamento da dinâmica de atenção às crises. Esta última está relacionada ao princípio de *desinstitucionalização*, compromisso ético primeiro do dispositivo CAPS, o qual desde o seu nascimento esteve destinado para este fim (BARROS, JORGE & PINTO, 2010; GOULART, 2006; AMARANTE & GULJOR, 2005). Carlos nos põe a questionar por meio de seu discurso:

A prioridade é a transferência de paciente psicótico para hospital psiquiátrico e o CAPS tem que se organizar pra dar conta dessa demanda. Que é uma demanda do próprio CAPS, as famílias não tem essa demanda, porque na cabeça das famílias (...) o paciente só fica bom se ficar preso mesmo no hospital psiquiátrico, então o CAPS tem que educar a comunidade, tem que fazer valer, produzir resultados com essa demanda que ele vai injetar, ele tem que dizer para aquela família "êpa, espera aí! Ele tá em crise? Nós vamos atender diariamente, vamos fazer uma injeção diariamente aqui se for preciso, mas vai também conversar com os doutores", a família vai ser organizada e a família tem que sentir confiança. Então existe uma demanda que é a mudança cultural frente à grande internação de psicóticos. Ele nasceu pra isso, pra tirar o louco do hospício, então eu acho que todo serviço tem que ter essa preocupação primeira, e a equipe vai se direcionar pra isso. [...] Outros problemas patológicos, digamos assim, depressões, depressão clínica mesmo, os transtornos neuróticos mais graves, transtorno obsessivo compulsivo, as ansiedades, pânico, não é isso? E, na base da pirâmide maior, o sofrimento psíquico geral, tá certo? Produzido pelas questões sociais, pelas questões existenciais próprias do ser humano *ad eternum*. A quantidade maior de pessoas, que na medida em que vão vendo o serviço, o serviço vai ficando mais popular... A população começa a buscar mais o serviço em função de suas questões existenciais, de seu sofrimento, questões sociais. Perdeu o trabalho, perdeu o filho, a filha fugiu de casa, a mãe entrou em depressão, o pai quer se suicidar, essas questões outras? Cabe ao serviço, mais uma vez citando Guaçu, nós tivemos uma vez 6 grupos pacientes, 6 grupos de queixas difusas, gente dependente de benzodiazepínicos, então eu lembro que cada um profissional cuidava de um grupo de queixas difusas (...) Os grupos dentro do CAPS e (tinha) grupos de queixas difusas no programa saúde da família conduzido por médico e enfermeiro.

Ainda que a atenção às crises diga respeito a um conjunto de procedimentos e atitudes direcionados àquilo que urge na experiência do outro, o que se apresenta como emergência ou como imposição de algo que prescinde de demora e se desenha como crise ou colapso mental, esta questão não perde o seu sentido como uma experiência de sofrimento. Daí, a referida situação (de atenção às crises) inserir-se na conceituação de demanda e não de uma mera queixa, pois tanto o sofrimento não se apresenta obrigatoriamente num nível superficial da consciência (na crise, há aspectos obscurecidos, não dados à compreensão imediata), como, mesmo sendo algo passível de reconhecimento, ele não pode ser mensurado em seus diferentes níveis e manifestações. Decorrente disto, pensamos que não seja possível tomar como verdadeira a prerrogativa de uma espécie de graduação precisa do sofrimento em níveis como leve, moderado ou grave, concepção esta tão próxima da compreensão psiquiátrica de transtorno psíquico e comumente reproduzida na linguagem cotidiana da Saúde Mental.

Assim, a atenção às crises aparece como demanda prioritária do CAPS, não porque se diferencie da condição de sofrimento, mas por apresentar e requerer especificidades de conduta, de abordagem, de entendimento e de definição de práticas determinadas que se relacionam tanto com o caráter de urgência da situação de crise como com o próprio princípio ético da reforma da Saúde Mental – a *desinstitucionalização* da loucura e do sofrimento psíquico. Cabe-nos, portanto, inferir que, em uma perspectiva ética na relação que se estabelece com toda demanda direcionada ao CAPS, não seria condizente o desenho de uma escala de valores em que pesasse mais um ou outro tipo de sofrimento, de modo que a única diferenciação plausível reside num aspecto pragmático do cuidado das situações de crise e não na valorização ou desvalorização concedida ao sofrimento humano em suas diversas modalidades de expressão. Ou seja, não importa que se trate de um sofrimento desencadeado por motivos amenos, se assim pudermos dizer, ou de uma situação extrema de colapso mental, importa eticamente que o sofrimento humano seja acolhido e legitimado no âmbito da Saúde Mental e no dispositivo CAPS, assim como nas demais esferas da realidade concreta dos sujeitos.

Rememoremos aqui discussão realizada no capítulo 2 (*Psicopatologia, sofrimento e dor: o delineamento das demandas tardomodernas*), onde intentávamos estabelecer diferenças conceituais entre psicopatologia, sofrimento e dor, bem como relacionar seus modos de expressão e constituição ao contexto social em que os sujeitos estão inseridos. Soa-nos pertinente destacar as relações contemporâneas em sua especificidade de estarem intrinsecamente associadas à flexibilidade e fluidez dos sistemas sociais e econômicos, os

quais acabam por impor-lhes a instantaneidade e o imediatismo que geram uma profunda experiência de sofrimento psíquico. Na medida em que os indivíduos veem-se diante das novas condições de liberdade e de autonomia, intensificam-se, como efeito correlato, as consequências psicológicas do desamparo, da insegurança, dos sentimentos de impotência e angústia decorrentes em parte das condições sociais precárias e excludentes. Dessa forma, o sofrimento psíquico apresenta-se associado a diversos eventos de vida, tais como a ruptura com situações anteriores ou a permanência de certos modos de existência, perpassando assim todas as formas de vulnerabilidade psíquica relacionadas à perda de recursos e dos laços sociais. Não à toa, o sofrimento psíquico foi escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como tema prioritário de diversos países, cujo conceito reúne disfunções psicoafetivas que diferem dos problemas mentais e constituem uma espécie de reação face às diversas ordens de dificuldades existenciais (DANTAS, 2009, EHRENBURG, 2004).

Diante das considerações realizadas, as fórmulas e equivalências do tipo: para o sofrimento, grupos terapêuticos (de usuários com quadros leves ditos *poliqueixosos* ou de *queixas difusas*) e para a patologia, remédios, não nos parecem tão adequadas, embora se façam ressoar nos discursos de alguns supervisores, que acabam por refletir na atuação dos técnicos e fomentar práticas arraigadas em determinados instrumentos e condutas como se fossem estas prescrições previamente determinadas. Não se pode ignorar a existência de patologias que dispensam o uso de medicação e usuários que não respondem a atividades de grupo, por isso a intervenção a ser definida somente pode ser plausível e eticamente responsável quando considerar as nuances do ser em sofrimento e suas reais necessidades e condições atuais, valorizando aspectos como a singularidade de cada plano terapêutico e da capacidade de escolha (ainda que reduzida) daquele que sofre.

As questões referentes ao sofrimento humano que emergem neste ponto da discussão e o direcionamento destas ao CAPS esboçam-se como um chamamento ético, como a exigência de uma resposta à alteridade, conduzindo-nos à definição das *demandas tardomodernas em Saúde Mental* e à compreensão hermenêutica de sua relação com a dimensão ética, aspectos abordados no tópico a seguir.

5.2.2 O despontar das demandas tardomodernas em Saúde Mental e seus desdobramentos éticos

Falávamos antes da legitimidade ética do sofrimento humano, inclusive daquele expressado na forma de demanda, a ser acolhida no dispositivo CAPS. De fato, não distante

desta constatação, em que pese a distinção presente nas práticas de Saúde Mental entre sofrimento psíquico e patologia mental, podemos apreender dos textos/discursos dos supervisores a expressão emblemática de um fenômeno contemporâneo de cunho histórico-social: a existência maciça de uma demanda de sofrimento psíquico nos CAPS e dos inúmeros desafios éticos dela decorrentes. Não esqueçamos, porém, de termos chegado à inferência, no tópico anterior, de que, quando nos referimos ao termo sofrimento, entendemos que este pode comportar em si tanto o que se designa por patologia mental (distúrbios severos e persistentes, tais como depressão maior, transtornos bipolares ou constituídos de quadros psicóticos, que sejam tomados como transtornos graves neste contexto) quanto o dito sofrimento psíquico, ao qual os supervisores se referem como sendo aquele de cunho existencial ou social, ou mesmo constituindo-se como quadros leves ou moderados não patológicos ou as chamadas queixas difusas. Em nosso entender, o sofrimento pode estar presente tanto no que se considera patologia quanto no mal-estar não patológico, pois esta dimensão engendra no reconhecimento do sujeito de sua atual condição sofrível, seja na presença ou na ausência daquilo que se convencionou (especialmente a partir do discurso psiquiátrico hegemônico) chamar patologia mental⁵⁷.

Conforme esta lógica, não poderemos nos referir, em muitos momentos, de modo distinto da patologia mental de um lado e do sofrimento psíquico de outro, embora reconheçamos que a diferenciação tem lugar no campo da Saúde Mental, qual seja: o de oferecer diferentes formas de intervenção e compreensão para um e para outro. A distinção parece resguardar as seguranças de uma linguagem universalizada, que visa a assegurar a melhor conduta para o sujeito em cada situação psicológica. Ao nosso entender, todavia, a ideia de patologia mental ou adoecimento também diz respeito ao sofrimento, por isso o termo em questão pode ser igualmente válido aos quadros ditos patológicos. Vale ressaltar que não nos interessa aqui manter uma discussão em termos de níveis de sofrimento na forma de categorias tipológicas usuais da linguagem até então incorporada no cotidiano da Saúde Mental – nossa velha conhecida – relativa aos quadros psíquicos considerados graves, moderados ou leves, embora levemos em conta a sua função em determinadas circunstâncias. Neste sentido, cabe-nos especificar e delinear o que estamos chamando de *demandas*

⁵⁷Esclarecemos que a discussão sofrimento *versus* patologia vem sendo efetuada por diversos autores (FOUCAULT, 2008, SZASZ, 1984, 1994) sob inúmeros pontos de vista ao longo dos tempos – antropológico, sociológico, filosófico, psicológico, médico, etc. – e não constitui uma questão prioritária em relação aos objetivos desta investigação. No entanto, a discussão evocada a partir dos dados da análise e da temática das demandas tardomodernas, implica na tomada de um dado apontamento acerca da definição de sofrimento psíquico e do questionamento de noções pré-concebidas sobre a patologia mental.

tardomodernas em Saúde Mental, embora possamos desde já compreendê-las como algo que se refere à ordem do sofrimento humano e inclui ao mesmo tempo a patologia mental e tudo aquilo o que o sujeito experimente como sofrimento (seja de ordem existencial, trabalhista, econômica, familiar, etc.).

Tomemos a expressão adotada pelo supervisor Tales, quando discorria acerca do que leva os usuários a buscarem um serviço como o Centro de Atenção Psicossocial: “eles buscam algum grau de reconhecimento da existência humana”. Pois bem. E se o fazem, sem dúvida, isto se dá pela via do sofrimento psíquico. Embora, como técnico e como supervisor, seu discurso pareça-nos estar entranhado desta mesma concepção que dá ênfase à patologia e de certo modo minimiza o sofrimento em termos de prioridade ou adequação ao serviço – possivelmente pelo “embaçamento” que dificulta sua percepção como supervisor da condição do usuário em sofrimento – Tales identifica a presença de uma maior demanda de sofrimento psíquico no CAPS em comparação à procura de usuários em estado patológico. A esta procura pelo serviço em casos de sofrimento psíquico, o supervisor nomeia como uma *demandas de pacientes ambulatoriais*, ou seja, concebe, apoiado na ideia do *matriciamento*, que as demandas ditas leves ou de quadros estáveis deveriam ser direcionadas ou seriam melhor acolhidas em serviços ambulatoriais ou mesmo na atenção básica, já que o CAPS é o lugar soberano do cuidado primeiro à patologia mental⁵⁸. Esta busca de grande número de usuários em sofrimento pelo serviço dever-se-ia, entre outros fatores, à mínima, mas significativa redução do estigma do doente mental (ainda em lento processo de construção social e cultural) fazendo com que pessoas de classe média se direcionassem ao CAPS, de acordo com a realidade local encontrada. Retomemos suas palavras:

Entendo que, olhando da perspectiva de um supervisor, desse papel que eu estou, essa sua pergunta (sobre quais as demandas que os usuários costumam dirigir ao CAPS) ela é muito interessante porque (para o supervisor) esse filtro colocado, essa lida que você tem diretamente com a equipe, ela ofusca, ela causa um certo embaçamento de você perceber diretamente o usuário. Você percebe o usuário nos casos difíceis, e que eles podem estar buscando uma série de coisas, mas eles não são representativos na maioria, do que é que as pessoas estão querendo... Muito interessante essa sua pergunta para ela ser inclusive, para ela orientar de certa forma a minha prática de supervisor também, por isso que não existe pesquisa neutra, então

⁵⁸ A legislação de Saúde Mental (BRASIL, 2004b) menciona o atendimento prioritário aos transtornos mentais graves e persistentes nos CAPS, mas não faz alusão ao sofrimento psíquico (como categoria distinta). Encontramos a terminologia *portadores de sofrimento psíquico* em leis estaduais (Paraná, Lei nº 11.189, de 1975 e Rio Grande do Sul, Lei nº 9.716, de 1992), mas apenas como substitutiva à terminologia anterior *transtorno mental*, sem distinção aparente em termos conceituais.

you making a question for me you influence. (...) There is a certain specificity that the users, some users seek, others avoid, will depend many times on the degree of suffering of the person, and on the degree of insertion that the CAPS has within the community in which it functions, what are the values that are involved, do you understand? Then, up to now, for example, in Itajui there is a high degree of prejudice with relation to who is a patient of the CAPS. Especially if the person has any resource (financial) and has a median gravity there by the depressions of life or the disorders of anxiety, they will avoid, seek other services and not use the service of the CAPS, which is a public service. The person comes, one counts for the other, that whole thing. The stigma is very strong. On the other hand, this stigma related to being a patient of the CAPS is not the only one (the municipality of Itajui). Although for some time here I feel that it has stabilized, it has not decreased more, but you have to remember that Itajui is there that had an hospice, the Pessotti⁵⁹, then the whole mental image that the people had of the manicomium migrated to the CAPS. And in the period that I was there from 2002 to 2006 working I could perceive the decrease of this prejudice, then, inclusive, with some people from the middle class seeking the treatment of the CAPS. We have here a question of equity and that is a big challenge of the CAPS of Brazil as a whole and with certainty of Ceara, that is of you having a large population treated in the CAPS that is not the set of patients that you would expect to be treated in a substitutive service, or rather, patients whose attention should be centered in avoiding, preventing the hospitalization or the psychiatric hospitalization. The majority of patients who are in treatment in the CAPS are ambulatory patients, (with profile) of ambulatory mental health.

The question, however, of this increase in the demand for mental suffering in the CAPS does not seem to find a plausible explanation through this path, since it arises as a contradiction the fact of there being a strong cultural stigma and, despite this, the search for the CAPS has increased representatively. We analyze that the need for organization of services or the search to reduce the number of outpatients or even to divide the slices of mental suffering among different levels of attention is less associated with the social reading of the phenomenon than with an organizational dimension. The supervisor Hannah leads us to a different horizon, highlighting relevant results in the question of social inclusion of people with severe pathologies, except for the absence of a more effective state policy and concerned specifically with this question. Hannah says:

The majority is this (demand for mental suffering in the CAPS), but this does not mean to say that there is still the question of users with psychotic disorders

⁵⁹ Fictitious name.

e com transtorno afetivo bipolar, que são os chamados transtornos mentais graves, esses outros 30% também chegam ao CAPS, também necessitam de uma demanda pra que a gente possa estimular o máximo possível a estabilidade, a inclusão social dessas pessoas, o combate ao preconceito desses outros 30% dessa demanda que existe lá. Então assim, eu acho que são dificuldades diferentes para essas duas demandas (de sofrimento e de adoecimento). Para os portadores de transtornos mentais graves acho que a grande dificuldade ainda é a inserção social principalmente a questão ligada ao trabalho, à geração de renda, ao suporte familiar pra que essas pessoas possam se manter estáveis, para que possam evitar as internações, embora eu acho que a gente tenha avançado muito, eu acho que nessa questão do enfrentamento da psicose eu acho que a gente teve um salto muito importante, que a história do CAPS é uma história de êxito, de vitória, apesar de que nós temos muito a fazer, principalmente no campo da inserção social, eu acho que é um grande desafio que a gente ainda não tá conseguindo manter uma política de estado pra gerar inclusão social, eu acho que a gente não tem isso, a gente tem projetos de supervisão específicos, pontuais, importantes mas não como política de estado, e eu acho que essa é a grande dificuldade, uma política de estado, que coordene, que possa fazer essa questão da inserção social para os portadores de transtornos psicóticos.

Benasayag (2005) aponta a necessidade de os clínicos refletirem sobre o *novo desconforto* social, sobre as razões do mal-estar generalizado, que são fonte de todo o sofrimento, a partir da vivência concreta dos usuários, familiares e comunidade. Se o mundo produz a *grande sociedade da ignorância*, esta nos coloca inevitavelmente como submissos ao aparato técnico-científico e cria em nós a ilusão de que sabemos algo a seu respeito quando da verdade não sabemos. A relação que cada um passa a estabelecer com as tecno-ciências inunda avassaladoramente nossas vidas e nos insere numa relação de alheamento. Nossa sociedade contemporânea é a primeira na história que, possuindo técnicas é, simultaneamente, possuída por estas. Trata-se da realidade histórica como produtora de uma subjetividade alienada, de um sentimento de separação em relação ao mundo que nos circunda. Vivemos o paradoxo de estarmos imersos num sonho onde a *grande ciência* nos oferece técnicas e comodidade e, por outro lado, sofremos a ignorância de não sabermos minimamente como funciona e como pode ser dominado este *mundo da luz* que tem gerado, paradoxalmente, tanta escuridão e incerteza.

Para o autor (BENASAYAG, 2005, 2011), a sobrecarga de uma demanda crescente por assistência está relacionada ao contexto histórico-social que tem se deparado com novas formas de adoecimento ou sofrimento. Identificam-se situações que variam de passagens cada

vez maiores ao ato (situações de extrema violência, por exemplo), abuso de álcool e outras substâncias, à adesão a seitas e núcleos dogmáticos que se apartam de toda a diferença do outro. Todas as situações, caracterizadas por um forte narcisismo típico dos tempos contemporâneos, conduzem os usuários à procura por serviços de atendimento especializado em Saúde Mental, e todos eles parecem dizer de diferentes modos: sentimos que perdemos ou estamos perdendo todas as possibilidades para gerir ou controlar o curso de nossas vidas. A gravidade de tal situação está exatamente na forte experiência psíquica caracterizada pela sensação de ser expectador passivo de sua própria vida. Diante desta condição de extrema impotência e da subjetividade resultante das sociedades capitalistas tardias, os usuários exigem respostas técnicas e de resultado imediato ao seu sofrimento.

Philippa insere-nos numa linguagem mais próxima de abordar a dimensão do sofrimento humano, independente de sua concomitância com a patologia, onde o CAPS assume o papel de cuidador, cuja orientação ética reside exatamente no acolhimento do sofrimento do outro (MOREIRA & FREIRE, 2009). Há a percepção de um sofrimento caracterizado por sua intrínseca relação com o contexto histórico-social, situado na contemporaneidade moderno-tardia. Os profissionais são convocados ou mesmo exigidos a compreender o sofrimento, que vem abarrotando os serviços de Saúde Mental, de outro ponto de vista, ao serem constantemente afetados pelas situações cotidianas às quais procuram responder eficazmente e de modo imediato sem, no entanto, obterem algum êxito. Em sua experiência:

A ideia anterior, assim, em Abaé, era de que todo sofrimento psíquico, independente de ser um transtorno mental ou não, sofrimento, tá numa situação de luto, é do CAPS, é o CAPS quem cuida. A atenção básica cuida só desse sujeito do ponto de vista biológico, fisiológico. Sequer considerava aspectos psicossomáticos e o CAPS acabava absorvendo muito isso, então, assim, a gente vê que essa demanda que trouxe pro serviço não é uma demanda só de transtorno mental, pessoas que de fato deveriam estar no serviço de Abaé, o serviço de atenção à SM porque é um paciente crônico, egresso de hospital psiquiátrico, pessoas com internação ou que tiveram surtos psicóticos. Esse não é o público prioritário atualmente no CAPS geral. E tanto no CAPS geral quanto no CAPS ad e agora no processo de implantação do CAPS i - que a gente tá fazendo um estudo no território, tentando já estabelecer um processo de intersetorialidade, então conversando com o pessoal da assistência, conversando com o pessoal da educação e tudo, a gente vê que tem um nível de sofrimento social enorme. Eu fiz uma formação em método clínico na década de 1990 com o Di Loreto, o Oswaldo Di Loreto que teve esse olhar voltado pra essa infância em SM,

toda a vida dele (...) e o Di Loreto dizia "eu não queria ser um profissional psi hoje" nesse modelo, por que ele dizia: "você tem de fazer, você tem que produzir um determinado material com as ferramentas erradas", então ele falava muito disso, que tem uma demanda de sofrimento (tom de voz enfático) social enorme. Acho que uma série de transformações também que implicam papéis diferentes, eu vejo, por exemplo, muuuuitas mulheres chefes de família que criam os filhos sozinhas e que estão em situação de sofrimento e que não são usuárias do serviço que tenham um perfil de CAPS geral, então tem nos dois CAPS (uma demanda de sofrimento), então famílias com o poder material de vida muito limitado, experiências muito limitadas (...)

Ehrenberg (2004) aponta-nos que a crise contemporânea, referente à díade sofrimento psíquico-Saúde Mental impressiona por sua abrangência, uma vez que comporta em si as novas concepções do paciente e da clínica, os limites da psiquiatria e das demais áreas de conhecimento, o aumento inflacionário das demandas, as dúvidas sobre os métodos terapêuticos, o questionamento sobre a influência do fator social na transformação da clínica e dos perfis patológicos, entre outros aspectos. Todas estas interrogações feitas por parte dos atores da Saúde Mental constituem a expressão confusa de uma desordem social e política mais ampla, onde à psiquiatria é atribuída a maior responsabilidade e a Saúde Mental (como campo de saber e práxis) apresenta-se como uma resposta confusa e imprecisa para esta desordem.

É a modernidade tardia que nos implica necessariamente no *culto à especialização*, de onde esperamos todas as respostas. Caracterizado pela *reflexividade*, tal contexto nos coloca diante de um *novo paternalismo* em que especialistas de todos os tipos – os quais são parte integrante da *cultura terapêutica do narcisismo* – assumem a autoridade diante das necessidades da população leiga. Nas diversas modalidades terapêuticas o indivíduo é encorajado a tornar-se o ponto central das reflexões e dos cuidados e a dependência dos terapeutas torna-se um modo de vida (GIDDENS, 2002).

Giddens (1993, 2002) considera que na alta modernidade os indivíduos vivenciam sensações de inquietude, pressentimento e desespero, às quais se misturam à crença na confiabilidade dos referenciais sociais e técnicos disponíveis. O elemento *risco*, presente nas diversas culturas contemporâneas, não constitui necessariamente uma insegurança maior no nível de vida diária em relação a épocas anteriores, mas sim uma ansiedade gerada em larga escala. Por uma invasão dos *sistemas abstratos* na intimidade dos indivíduos e nos projetos coletivos, a crise torna-se algo *normal* e constante, as pessoas perdem-se na ausência de referenciais sólidos, assumindo sua condição de insegurança e fragilidade existencial,

passando a preocupar-se cada vez mais com catástrofes ecológicas, oscilações no sistema econômico, possibilidades de guerra nuclear ou devastação da humanidade por eventos inesperados – acontecimentos que não pareciam tão próximos em tempos pretéritos.

Diversas circunstâncias podem ser consideradas crises num sistema aberto permanentemente a mudanças profundas, o que tem consequências desestabilizadoras, como: o fomento ao clima geral de incerteza que é, de certo, perturbador; e a exposição de todos a uma gama de situações de crise que ameaçam o centro de equilíbrio psíquico e a própria identidade. Daí decorre a *segregação da experiência* humana, que significa a tentativa de separação da vida cotidiana do contato com experiências perturbadoras de toda ordem, incluindo aquelas relacionadas à criminalidade, à morte, e, no que nos confere ressaltar, à doença e a loucura. Nesta perspectiva, a ameaça de sentido pessoal torna-se um fator que subjaz a todos os processos de planejamento da vida e o projeto de si ou o projeto do eu necessita ser realizado dentro de um “ambiente social tecnicamente competente, mas moralmente árido” (GIDDENS, 2002, p. 186).

Esta ambiência moral árida, quer dizer, estéril ou desprovida de sensibilidade, em que os aspectos locais da vida são expressão dos elementos globais da atual fase das instituições sociais, constitui o lugar propício à emergência do sofrimento psíquico tardomoderno (LEMOS & FREIRE, 2011), o qual queremos apreender a partir das demandas tardomodernas em Saúde Mental. Seguindo este propósito, tomemos a discussão acerca de dois fenômenos modernos referentes às formas contemporâneas de sofrimento e adoecimento psíquicos, os quais têm se configurado como a demanda avassaladora dirigidas ao CAPS e, ao mesmo tempo, como o grande desafio ético do saber e da técnica no campo da Saúde Mental. São eles: o dito *fenômeno depressivo* e o fenômeno da *dependência química*.

Os discursos-textos dos supervisores expressam o que é vivenciado na práxis de Saúde Mental. Neste contexto, o *fenômeno depressivo* ou a *depressão*⁶⁰ vem despontando não apenas como a demanda mais numerosa, mas como aquela cuja especificidade reside em seu caráter desafiador ao exigir dos profissionais, das políticas públicas e dos modos de tratamento o imediatismo de repostas demandado pelos usuários na mesma medida em que

⁶⁰ Os termos adquiriram generalidade por reunir em si uma série de quadros psíquicos, estados psicológicos mistos, síndromes e sintomas diversos que se referem tanto ao *transtorno depressivo maior* – de acordo com a *Classificação de transtornos mentais e de comportamento* (OMS, 1993), como a quadros de níveis de severidade (que variam de leve a grave, conforme critérios de mensuração objetivos relacionados ao desempenho ocupacional, a estados de energia física e mental e presença de quadros psicóticos), ou a manifestações diversificadas de angústia existencial, sensações de impotência, e, ainda a quadros clínicos decorrentes ou concomitantes com patologias de ordem somática.

pulsa nestes a complexidade do seu sofrimento, nas suas formas contemporâneas de expressão. A supervisora Hannah nos coloca diante da questão:

Eu já fiz supervisão em Kumari, faço supervisão em Guaçu e Magé, então são três CAPS que eu tenho experiência e aí também, que é outra atribuição (do supervisor), estimular a pesquisa, estimular o estudo, também faço isso em todos os CAPS e nós já fizemos pesquisas epidemiológicas. Então assim hoje a gente têm medido isso tanto em Kumari, como em Magé, como em Guaçu, em torno de 70% da demanda que chega ao CAPS geral é uma demanda via fenômeno depressivo, seja fenômeno depressivo, como nós denominamos aqui nessa linha de trabalho que a gente tem, seja depressão doença, mas enfim, o que eu quero dizer é que não são as psicoses e nem os transtornos afetivos bipolares. Então assim hoje 70% da demanda está ligada à questão da depressão ou do sofrimento psíquico existencial ou do sofrimento psíquico na contemporaneidade (...) e o que essas pessoas desejam são respostas para o seu sofrimento, para seus conflitos que muitas vezes não vai encontrar no CAPS, assim pelo menos a gente entende. Então eles querem respostas imediatas e principalmente através dos fármacos, que haja respostas para suas existências, para seus conflitos existenciais.

Dantas (2009) refere que, embora sejam produzidas diferentes formas de subjetivação a partir das condições sócio-histórico-culturais, prevalece culturalmente a forte tendência à naturalização da pessoa, em decorrência da *psiquiatrização da vida*, dada pela consolidação autoritária dos saberes produzidos na psiquiatria biológica, nas neurociências e na genética. Neste sentido, o termo depressão sofreu diversas e profundas mudanças em seu significado⁶¹, passando de um sintoma melancólico até chegar ao patamar de ser a patologia principal de nossa atualidade. Sob esta ótica, se a psiquiatria emergente no final século XX se reorganizou completamente em torno da questão do sofrimento, a depressão foi o principal segmento desta reorganização.

A clínica da depressão, voltada anteriormente para a descrição e classificação, passou a ter caráter operatório graças à intervenção medicamentosa sobre o fenômeno, com o advento das substâncias antidepressivas. Neste momento, os fenômenos clínicos relacionados à depressão (ou outras patologias) são reduzidos a queixas puras, cuja mensuração em uma escala de níveis de gravidade e através de experimentação medicamentosa, permitem conhecer o estado psíquico de cada paciente. O fármaco passar a atuar não mais na base

⁶¹ A autora (DANTAS, 2009) apresenta este processo histórico de transformações nas concepções de Saúde Mental, adoecimento e sofrimento desde a antiguidade clássica até a contemporaneidade da psiquiatria biológica, deixando margem, em vários momentos de sua narrativa, a compreensão dos termos depressão e sofrimento psíquico como sinônimos.

disfuncional biológica ou neuroquímica somente, mas como elemento indispensável à definição do transtorno ou da síndrome, estendendo-se a tudo o que apresente melhora quando do uso de antidepressivos⁶².

Se, por um lado, a depressão tornou-se a modalidade por excelência da representação do sofrimento psíquico contemporâneo, é porque ela representa a *tragédia da insuficiência*, a expressão da *despotencialização* humana, o reflexo do homem moderno-tardio que se vê incapaz e falido em suas tentativas vãs de autosustentação e compreensão de si mesmo. Se, por outro, o fenômeno depressivo constitui o *eixo trágico* que possibilita a compreensão da individualidade contemporânea, isto se dá por sua relação com o esvaziamento de valores morais da sociedade e pelo afastamento dos sujeitos de sua constituição subjetiva primeira – o outro –, em sua máxima expressão narcísica. E, ainda, se a depressão ocupa lugar de grande destaque na psiquiatria, na psicologia e nos saberes e práxis que compõem o campo da Saúde Mental, é porque nenhum destes alcançou de fato o seu conhecimento, em outras palavras, tanto quanto os usuários acometidos pelo fenômeno depressivo, os técnicos encontram-se também mergulhados numa imensa sensação de impotência, embora nem sempre possam ser capazes de reconhecer o seu não-saber (DANTAS, 2009; MOREIRA & FREIRE, 2009).

Outro fenômeno revelador do sofrimento psíquico contemporâneo é o fantasma da dependência química. Pauta das grandes discussões da atualidade no campo da saúde pública, a problemática das *adições* vem causando a corriqueira sensação de impotência nos diversos segmentos e atores sociais e sua expansão tem apresentado resultados desastrosos em todas as camadas sociais, provocando a frequente ausência de respostas e a criação de estratégias que propõem desde o retorno ao encarceramento, internações compulsórias extensivas a numerosas situações, até a inclusão dos usuários em programas abertos com foco na reinserção social (LIMA, GONÇALVES NETO & LIMA, 2011; BRASIL, 2004b). Entre retrocessos e avanços, os técnicos da Saúde Mental e suas propostas terapêuticas tem se mostrado limitados, os fracassos nas intervenções são muito comuns e geralmente atribuídos ao desejo incontrolável do dependente químico, mas, certamente, as questões implicadas no fenômeno vão muito mais além. A supervisora Hannah nos mostra os obstáculos encontrados neste campo, ressaltando a insuficiência dos recursos terapêuticos utilizados e a necessidade de compreensão da dependência química como fenômeno social, fundamentalmente:

⁶² Sabemos que esta classe de medicamentos atua numa série de patologias e estados biológicos e têm resultados distintos no que diz respeito a sua atuação no organismo humano.

E eu acho que o mais grave disso, onde a gente pode mais perceber isso é em relação à dependência química. A dependência química hoje sendo enfrentada como uma doença, e que hoje a gente sabe, que não é que a gente negue a dependência química existe como doença, mas que essa epidemia de dependência química hoje nós reconhecemos não como uma epidemia de doença, mas como epidemia de um fenômeno social e aí a gente ter como resposta equipamentos terapêuticos como CAPS ad, comunidades terapêuticas, hospitais-dia como resposta pra isso, aí a gente vê claramente na resposta - o quê, 20%, 10% dessas pessoas têm êxito no seu tratamento? Menos do que isso? E eu acho que isso assim é quase que a comprovação do quanto não se está fazendo essa discussão filosófica, essa discussão teórica, tomando como referenciais teóricos mais de 50 filósofos, entre eles psicanalistas, educadores que discutem essa mudança social, essa mudança na sociedade. A mudança da subjetividade levou ao que eu considero uma política não suficiente para o enfrentamento da dependência química e para o enfrentamento do fenômeno depressivo no CAPS, no Brasil como todo, porque obviamente nós estamos falando do Ceará [...] Que hoje essa epidemia da busca das drogas lícitas ou ilícitas especialmente pelos nossos jovens, que eu acredito que um número significativo das pessoas que se tornam dependentes químicos tem a ver com a forma de viver na sociedade contemporânea, tem a ver com esses pactos sociais que estão construídos, tem a ver com essa mudança da subjetividade, e se eu não estou discutindo isso e eu trato com dispositivos terapêuticos, seja ele farmacologia, seja ele psicoterapia, se eu não entro com essa discussão, se eu não entro com o enfrentamento dessa ordem é quase que natural os fracassos terapêuticos nessa área.

Hannah mencionou em entrevista que, quando em 2003, numa audiência pública sobre o tema da dependência química no estado do Ceará, afirmou para os gestores municipais e estaduais e demais presentes: “nós não sabemos tratar a dependência química”. Reconheceu o impacto causado nos ouvintes a partir de sua fala. Além disso, prometeu que seria fechada a unidade de dependência química (UDQ) – a qual dirigia na época – de um hospital de referência, hoje já extinto, caso “o Ministério Público, o estado, o município e as universidades não se abrissem para discutir o fenômeno”. Dois anos depois a unidade – que era composta por 40 leitos, sendo a maioria deles particulares – foi fechada e, embora tivessem reaberto sob ordem da promotoria do estado, o funcionamento foi provisório. Hannah considerava que algo em torno de 10% do sucesso nos tratamentos efetuados na UDQ – índice compatível com a média nacional no período – era pouco e continuava afirmando: “nós não sabemos tratar!”. Reconhecendo a importância do conflito para a mudança, insistia, junto à equipe dirigida por ela, no mesmo posicionamento radical – o fechamento da unidade – quando foi interpelada pelos participantes: “vocês (do hospital) é que não sabem tratar!”.

Diante de tal afirmação categórica, propôs que os outros serviços assumissem então seus pacientes e retrucou com novas *provocações saudáveis*, como considera:

Como é que vocês lidam com as recaídas sucessivas? Como é que vocês lidam quando os pacientes tocam fogo na unidade ou na unidade de vocês não tem isso? Como é que vocês lidam quando a família não dá mais conta, quando não tem mais suporte? Como é que vocês lidam quando o paciente não quer mais se tratar? Se vocês sabem fazer tudo isso qual é o índice de recuperação de vocês?

Como não houve respostas às suas indagações, todos recuaram e Hannah inferiu com a colocação: “O Brasil não tem uma política eficaz para a dependência química”, o que pode ser estendido aos dias de hoje. Para além do episódio em questão, Hannah vem atualmente trabalhando na ideia de que não bastam serem criadas novas UDQs. Suas propostas (compartilhadas por um grupo de estudiosos e técnicos⁶³) estão sendo desenvolvidas a partir de um diálogo com pensadores e profissionais europeus, os quais consideram a existência de um projeto coletivo que reconhece o próprio não-saber ante o sofrimento psíquico contemporâneo e busca o seu desvelamento, primando pela constituição de novos pactos sociais. Suas experiências têm se dado, a princípio, em dois municípios do estado do Ceará e vêm sendo alvo de pesquisa e divulgação dos trabalhos em diversos campos de discussão e formas de participação social.

Diante de tais constatações, compreendemos a dependência química e toda a sua complexidade como sintoma social da configuração do sofrimento tardomoderno. O fenômeno diz respeito a uma conduta ou direcionamento a tornar indispensáveis determinados produtos ou substâncias ao funcionamento vital dos sujeitos, que, juntamente ao fenômeno depressivo, expressam uma dificuldade simbólica frente às noções de lei e de conflito na contemporaneidade. Numa metáfora apresentada por Dantas (2009) a partir das ideias do sociólogo Ehrenberg, enquanto a depressão se refere à história de um *sujeito inalcançável*, idealizado, a dependência química representa *a nostalgia de um sujeito perdido*. Ausente de laços sociais produtores de subjetividades, a modernidade tardia detém-se a uma experiência de laços sociais restritos ao espetáculo do consumo e da troca de mercadorias, à *objetificação* das relações entre os sujeitos, ao alheamento ao outro-alteridade, à produção de identidades e individualidades rijas, sem representação ou mediação, na existência limitada de indivíduos

⁶³ Vimos participando, direta ou indiretamente, dessas discussões desde o ano 2005, quando do contato com a supervisora Hannah em um CAPS do interior do Ceará, onde atuávamos, e de nossa participação em encontros, congressos e seminários internacionais neste intervalo de tempo, até o momento atual, em que participamos de um curso realizado pela *Universidade Estadual do Ceará* (UECE) e outras instituições, de aperfeiçoamento em *Sofrimento Psíquico na Contemporaneidade*.

submetidos ao estatuto do poder e ao fascínio da tecnologia (FREIRE, 2001, 2002a; DANTAS, 2009; RODRIGUES & CARNEIRO, 2009). Daí as formas de seu sofrimento e adoecimento se apresentarem numa clínica inusitada, cujos entraves constituem enormes desafios éticos aos atores do campo da Saúde Mental. Para Rodrigues e Carneiro (2009):

Uma clínica que, cada vez mais, recebe a demanda de um agir compulsivo, desinibido, destituído de culpa. Com queixas de uma dor, “sem sofrimento” em que o sujeito relata sua história como se falasse de um personagem. O indivíduo ocupa a cena em detrimento do sujeito que parece ser porta /dor não de uma queixa, mas, de uma lamentação e de um vazio que ocupa o lugar da angústia. Indivíduos ausentes de si mesmo (sic). Ou melhor, o que vem se configurando o mal do séc. XXI, que o sociólogo Alain Ehrenberg(1999) denominou: “a fadiga de ser si mesmo” (p. 2).

Neste momento, podemos inferir a proposição de uma perspectiva que vimos denominando *demandas tardomodernas em Saúde Mental*. Referimo-nos, portanto, aos contornos do sofrimento e do adoecimento na modernidade tardia, a tudo aquilo que chega ao CAPS ou aos demais dispositivos de Saúde Mental, travestido de queixa ou de necessidades de saúde ou assistenciais, ocultando em si um processo complexo de produção histórica e social e trazendo em seu bojo expressões de sofrimento psíquico (seja depressão, dependência química ou outros), dor e manifestações psicopatológicas contemporâneas, que aludem, de fato, à apresentação de um sofrimento genuinamente humano que engendra a ética irrecusável de uma resposta ao outro-alteridade.

A exigência de uma resposta ao usuário ou às suas demandas requer de nós inicialmente o reconhecimento do nosso não-saber diante da diferença inalcançável do outro, da indispensável associação do sofrimento ao contexto histórico-social, e, fundamentalmente, do aprimoramento de uma escuta ética do sofrimento, somente viabilizada por meio condições de abertura e de vulnerabilidade a este outro, que se nos revela parcialmente em nosso contato com sua alteridade, dada *a priori* de todo o conhecimento. Responder ao outro é saber que seu *Rosto* já está dado à revelação antes mesmo de lançarmos mão de quaisquer estratégias para apreendê-lo ou conhecê-lo. O conhecimento, a técnica, o saber haverão de ser destituídos de sua soberania, pois eles aniquilam a alteridade, enquanto a ética a resgata com primazia e justiça, uma vez que se atenda a esta convocação à responsabilidade para e pelo sofrimento do outro (LÉVINAS, 1980, 1988, 2009; FREIRE, 2002a, 2002b; FREIRE & MOREIRA, 2009).

Em detrimento da ética, os conhecimentos e as estratégias instrumentalizadas de nossa época no campo da Saúde Mental não constituem uma resposta à alteridade, pelo contrário, a anulam, na medida em que buscam a compreensão de um homem fragmentado pela própria

constituição social, estendendo-lhe a fragmentação à sua saúde e à sua própria vida. Bauman (2011) retrata com profundidade as *vidas despedaçadas* e as *estratégias partidas* da contemporaneidade, tempo em que a sensação de ambivalência – geradora de ansiedade – cria uma real demanda por especialidades. Neste contexto, os especialistas, sem orientação, sentem-se atraídos pelo desafio e pela ilusão de poderem rastrear trilhas na busca por respostas: “Os especialistas tendem a prometer uma segura e definitiva rota de fuga da incerteza, mas o que eles oferecem na prática é uma decisão sobre como resolver o dilema presente sem reduzir sua ambivalência” (BAUMAN, 2011, p. 112).

O sofrimento psíquico tardomoderno relaciona-se, segundo Benasayag (2009), ao mecanismo de *desterritorialização* no qual tudo o que constitui nossa realidade é transformado em estoques disponíveis para a produção, como as terras que são separadas de seus ecossistemas e os homens separados de suas raízes, fadados a se tornarem recursos humanos. A partir deste mecanismo, nossas práticas cotidianas aparentam estar dissociadas dos acontecimentos sociais e históricos, ou seja, são *desterritorializadas*. Estes processos opressores trancafiam as populações em condições de sofrimento, sendo este sinônimo de sua incapacidade de agir e reagir, o que lhes faz recorrer a uma posição passiva de abrir mão da busca por emancipação, delegando a satisfação de suas vidas à ilusão coletiva de soluções mágicas e especializadas. Se os aspectos locais e globais se confundem e operam em relação, faz-se necessária uma reapropriação da dimensão local, uma *reterritorialização* (entendida como a dinâmica de desenvolvimento do poder de ação) neste sentido. Somente assim seria viabilizado o compromisso com a complexidade da compreensão do fenômeno do sofrimento contemporâneo, ao serem assumidas a incerteza e as zonas obscuras de saber que escapam ao conhecimento e ao sentido, por meio do questionamento ético das situações da vida concreta dos sujeitos considerando a presença de seus elementos perturbadores e marginais, no contato e na aceitação da alteridade.

A imagem do *contador antropomórfico*, referente à construção artística de Salvador Dalí (anexo C), é-nos sugerida pela supervisora Philippa, ao relatar a utilização desta obra como ponto de partida para a reflexão num dado encontro de supervisão. Tomamos esta imagem aqui para ensejar a ideia de um *homem antropomórfico*, quer dizer o sujeito compartimentalizado, fragmentado, dividido em fatias para o alcance do seu domínio pelo conhecimento. A redundância de se falar de um *homem semelhante ao homem* é proposital para enfatizarmos o quanto o conhecimento fragmentado e parcial só pode alcançar o mesmo, a homogeneidade de concepções e condutas, a classificação (que reduz e também estigmatiza)

e afastar-se cada vez mais da alteridade do outro. Este exercício novamente nos conduz à necessidade ética de reparação e do questionamento de nossos saberes e da criação de novas intervenções (voltadas para a abertura ao outro-alteridade) nos dispositivos de Saúde Mental. Finalizemos com as palavras de Philippa, que se aproximam da dimensão ética de questionamento dos saberes e de reposta ao outro ao expressarem a reflexão seguinte:

Então eu acho que é bem visível a dificuldade de atuar nessa perspectiva [da grupalidade...], não só da grupalidade, mas da dimensão mesmo psicossocial, de compreender que o CAPS não é uma clínica onde cada um faz o atendimento compartimentalizado lá no seu consultório, mas compreender esse usuário do serviço numa dimensão que não é só desse sujeito que vai pro atendimento de uma clínica clássica, clínica tradicional, mas que é alguém que a gente tem que pensar numa dimensão de território e aí pensar esse sujeito dentro dessa dimensão de território me implica (ênfase) com o outro colega profissional, não só dentro do mesmo serviço, mas dentro disso que a gente quer que seja uma rede dentro do município. Então implica no atendimento, às vezes ou é interconsulta, ou é matriciamento, com alguém ou da atenção básica ou com alguém do SUAS, então, assim, as exigências são muitas e aí então eu preciso sair da minha caixinha, colocar em xeque as minhas certezas, colocar em xeque o meu ego, o meu narcisismo primário (aí às vezes bem aflorado e tudo)... Quando por exemplo o usuário vai pro serviço e ele chega por exemplo no CAPS geral e ele vai referenciado pro CAPS ad, aí (se diz): "não, é porque ele é alcoolista" e, aí chega no CAPS ad e o CAPS ad manda de volta pro CAPS geral e diz: "não, ele tem transtorno mental grave e aí bebe também" e aí como é que a gente vai construir esse diálogo? Inclusive tá desafiando o que a gente tem dentro do serviço porque o que tá normatizado não vale, tem que ser uma outra coisa. Ah, vamos juntar os profissionais dos dois serviços: como é que a gente constrói aqui um projeto terapêutico pra esse sujeito que na verdade tanto é dependente químico como tem transtorno mental? Eu acho que uma coisa que eu gosto muito é quando Deleuze e Guattari trazem a questão da desterritorialização (...) Eu vou me desterritorializar na verdade de uma concepção, de um modo de olhar, então eu preciso sair daquele lugar (...) Tem um quadro de Salvador Dalí que eu adoro que é o contador antropomórfico e ele mostra uma pessoa, um homem com um corpo um pouco retorcido e tudo, o rosto assim coberto, tem um cabelo assim que cai, ele é todo cheio de caixinhas, várias caixas, de todas essas gavetas algumas estão abertas outras fechadas, só uma tem a chave que é na região da genitália, só essa tem a chave (...) E a gente levou uma vez esse quadro pra fazer um trabalho com a equipe, a gente fez uma série de perguntas que provocavam a reflexão que na verdade era uma leitura da obra de arte e a gente tentar ver como é que a leitura desse quadro poderia nos fazer refletir sobre isso,

sobre de que lugar eu olho pra esse usuário, de que lugar eu olho pra Saúde Mental, pra produção de cuidado para o saber que vem do outro que me ajuda a ampliar o meu saber nessa perspectiva psicossocial.

5.3 “Apontando estrelas para não des-encantar”: o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial

Cabe-nos, neste ponto de nossa discussão, apresentarmos a compreensão acerca da dimensão ética presente na práxis do Centro de Atenção Psicossocial mediante o olhar dos supervisores, embora muito já tenha sido adiantado nos tópicos anteriores. A lógica manicomial, para ser superada, deverá lançar mão de uma ética nova, que inclua diferentes modos de pensar e lidar com o sofrimento do outro. A este respeito, o supervisor Tales argumenta que os profissionais de Saúde Mental ainda se encontram presos a esta lógica e acreditam, a exemplo do que ocorria nos manicômios, que a institucionalização constitui, muitas vezes, o melhor meio de acolher e tratar dos fenômenos mentais (KODA, 2002; MOURA FÉ, 2005b). Os resquícios da perspectiva asilar, no atual momento de transição para uma cultura antimanicomial, parte, desde Pinel e Esquirol, da ideia de um cuidado que só pode advir da separação do sujeito de seu contexto familiar e social. Não tentando reduzir a questão a uma visão moralista das condutas profissionais, a lógica de que se deve *separar para cuidar* pode ser traduzida na expressão ilustrativa do lugar em que ainda se aprisionam muitos técnicos e serviços de Saúde Mental: “traz pra gente que a gente cuida direito”. O risco deste direcionamento reside na instalação severa deste modo de ver e agir nas rotinas dos serviços substitutivos, resultando em práticas que colocam o usuário na condição de alheio ao próprio sofrimento, dependente de toda ordem de especializações (GIDDENS, 2002), bem como na legitimação de práticas reprodutoras do *mesmo* e inteiramente fechadas em si. Tales nos diz:

Mas é que é importante, que precisa ser constantemente reiterado quando a gente está trabalhando com os valores da reforma da Saúde Mental e com a atenção psicossocial... É o poder insidioso do pensamento manicomial. INSIDIOSO. Ele é capaz de ir, sorrateiramente, em situações onde são "os serviços substitutivos", "CAPS III", "24 horas", não sei o quê, tudo lindo no papel, mas as pessoas estarem deslizando na direção de uma prática que é despersonalizante, desautorizadora do usuário, e principalmente, o que é o grande problema da atenção psicossocial - fechada em si mesma... Sem olhar o território, sem olhar os outros setores, sem entender que a vida do usuário é na comunidade e não dentro do CAPS ou dentro de hospício [...] O hospício ele foi criado para proteger... foi criado para isso. [...]

Trabalhei no 1º CAPS do Brasil. Claro que ele já existia há algum tempo (ri). Ele começou a funcionar em oitenta e tantos e nessa época eu era “menino réi”. Mas eu trabalhei nesse CAPS e até hoje quando eu passo na frente daquele CAPS ainda tem paciente da época que eu trabalhei lá em 1999. E, embora essa seja uma tendência de todo CAPS – criar um rebanho cronicado de pacientes que ficam lá encostados... E para alguns deles isso é mais cidadania do que estar, vamos dizer, é muito melhor do que estar no manicômio ou estar, por exemplo, dentro de casa sem fazer nada. Ele tem lá um espaço de circulação, embora isso seja uma coisa... mais positiva também tem o aspecto triste de você pensar: “Pô, mas será mesmo que essa pessoa já não podia estar mais próxima da vida?”

A dimensão ética que vimos delineando direciona-se aos dilemas próprios da atenção psicossocial cujos desafios estão na produção da cidadania e da autonomia possíveis à pessoa em sofrimento – tomada por nós como alteridade – e na intensa responsabilização de atores sociais pelo cuidado, por meio de diferentes procedimentos de gestão articulados à terapêutica (SILVA, 2005). Trata-se, na atenção psicossocial, diferentemente da lógica manicomial abordada anteriormente, da convocação à responsabilidade de todos aqueles que cercam o ser em sofrimento, para a diminuição de sua dependência institucional e fomento aos laços sociais. Corroboramos o pensamento de Yasui e Costa-Rosa (2008) sobre a necessidade de minimizar e até transcender os danos causados pelas formações especializadas e disciplinas rígidas que se referenciam mais pelas demandas ideológicas relacionadas aos interesses socialmente dominantes do que pelas exigências éticas da realidade concreta da atenção psicossocial. É o supervisor Tales quem novamente nos chama a atenção para os dilemas característicos da natureza da atenção psicossocial, os quais constituem verdadeiros desafios éticos aos profissionais de Saúde Mental. Estes dizem respeito às vinculações intersetoriais (como justiça, sistema penitenciário, conselho tutelar, órgãos da assistência social, entre outros) e situações de vida e sociais complexas envolvendo os usuários de CAPS. Desprovidos de um “código de conduta que os proteja” e pautem suas ações, os profissionais são exigidos a se implicar numa discussão sobre princípios éticos. “Que princípios vão nos reger?” – emerge como a pergunta essencial. O supervisor aponta a situação de usuários que cumprem algum tipo de pena (determinada pela justiça), estando ou não detidos em penitenciárias ou manicômios judiciais: pessoas que algumas vezes necessitam ir escoltadas ao serviço e requerem uma conduta específica, ou mesmo causam uma espécie de temor aliado à rejeição, não sendo, portanto, bem-vindas no serviço. Ou a situação de usuários considerados *pacientes-limite* que possuem familiares desestruturados psicologicamente, sem

a mínima condição de lidar com a situação de sofrimento deste paciente: “O que a gente faz? Manda o paciente pra casa”? Ou ainda, na situação de moradores de rua que se dirigem ao serviço: “Você trata e manda de volta pra rua? A residência terapêutica, no Ceará, tem sido utilizada para pessoas com baixa autonomia e transtornos graves... é diferente de um morador de rua, que é bicho solto...”.

Por outro lado, a dimensão ética pode surgir relacionada à formação, ao caráter pessoal e ao modo como o sujeito se implica no projeto terapêutico do CAPS, operando tanto nas relações entre os integrantes das equipes como na relação entre estes e o projeto terapêutico construído. Sobre este último ponto, o supervisor Carlos aponta a primazia da implicação dos sujeitos com o projeto, em detrimento de suas questões pessoais (muitas vezes equivocadas), no sentido de que a primeira evoca um posicionamento ético-político, enquanto que a detenção dos sujeitos nos aspectos pessoais gera limitações que vão ao encontro de sua própria incompetência. Aí a ética emerge numa associação direta com a técnica, numa proporção em que tão mais competentes são os sujeitos quanto mais assumem uma posição ético-política em seus fazeres, em consonância com o projeto terapêutico e os princípios propugnados pelos CAPS (FIGUEIREDO, 1995; GALIMBERTI, 2006; GADAMER, 2008).

Todo grupo tem que administrar cotidianamente a tendência com a sedução da desestruturação, da confusão. Lacan diz assim: que todo grupo tende a se desfazer, caminha pra se desfazer. Então as tensões pessoais dentro da equipe, a forma de ver, a vontade de impor o pensamento sobre o outro, que são coisas que cotidianamente o serviço enfrenta e administra. Quando a politização está acima disso, os membros conseguem ir levando e se reencontrar no projeto. Eu acho que quando um membro não capta mais a dinâmica da coisa, mesmo sendo bem-intencionado, mas quando ele não consegue sintonizar com o projeto, ele acaba sendo naturalmente anti-ético, com a ética estabelecida lá... Fora ter pessoas *curtas* demais que não entendem o projeto, ou pessoas más que estão ali *psicopaticamente*. [...] Nós temos que saber que a questão da ética é uma luta cotidiana, ela tem a ver com formação e vinculação com o projeto. E, por último, questão de caráter pessoal, do modo de ser. (A ética está relacionada com esta relação) entre os membros e entre os membros e o projeto. Se eu tenho um grupo vinculado a um projeto, esse projeto é discutido em grupo e construído em grupo, para isso eu tenho que ter espaço de construção. [...] Bom, então, temos que construir essa vinculação com o projeto, mantê-la viva. Se todo mundo ficar só no idealismo, nós vamos ter um projeto fraco. [...] Então, quando eu estou vinculado a um projeto, a algo maior, e essa relação ela tem técnica, todos procurando discutir tecnicamente, esses técnicos vão entender quando estiverem errados ou equivocados ou receberem alguma (crítica), eles vão aceitar. Se eu tiver

uma pessoa que não entende, como eu falei, muito curta nesse sentido - "Ah, tá achando que eu estou errado" - aí a vinculação com o projeto já é frágil, por questões intelectuais mesmo... Então nós temos que ter o espaço de discussão, nós temos que ter o espaço de supervisão [...] o projeto gerando a ética em pessoas COM-PE-TEN-TES e politizadas.

Ao pensar sobre as interfaces entre a Psicologia e o Sistema Único de Saúde (SUS), Benevides (2005) destaca três princípios éticos como aspectos essenciais para o desenvolvimento de uma práxis mais responsiva às demandas da contemporaneidade. O princípio da inseparabilidade sustenta que, ao partirmos da subjetividade como um processo coletivo de produção que resulta em formas inacabadas e heterogêneas, verifica-se ser impossível separar a clínica da política, o individual do social, os modos de cuidado dos modos de gestão, a macro e a micropolítica. Deste ponto de vista, há que se tomar a dimensão da experiência coletiva como geradora de processos singulares de transformação social. Por sua vez, o princípio da autonomia e da co-responsabilidade implica em práticas comprometidas com o mundo, com a realidade do país e as condições de vida da população, na produção de sujeitos protagonistas, implicados em sua reinvenção por meio de sua relação com o mundo e vice-versa. Por último, o princípio da transversalidade denota que todo campo de saber nada pode explicar, a não ser na sua interseção com outros saberes/poderes/disciplinas, pois somente nos seus limites os saberes podem contribuir na criação de uma nova saúde possível.

Levemos adiante a discussão do princípio de responsabilidade, o qual surge, neste tópico de análise, em sua necessária associação com a dimensão ética que subsidia as práticas e reflexões desenvolvidas nos CAPS. Na constatação da inércia das equipes de Saúde Mental, as quais estão muitas vezes impregnadas pela ideia – advinda de uma cultura institucional pouco convidativa à participação – de que nada poderão mudar, de tão imbricadas num tipo de gestão menos participativa do que normativa, os supervisores apontam severas dificuldades em promover o ativismo nas equipes, em realizar a reflexão sobre as práticas desenvolvidas e na construção dos projetos terapêuticos dos CAPS. Contrapondo-se à inércia das equipes acompanhadas, a supervisora Philippa enseja o apontamento da ética da responsabilização individual e coletiva pelo outro na produção do cuidado, rememorando a colocação de uma psicóloga que lhe fez pensar acerca do “encontro com o outro, que é permeado de ética e de estética, pela beleza que é a compaixão e o cuidado para com este”. Em seu ponto de vista, faz-se prioritário o compromisso frente ao outro no amparo ao seu sofrimento, pois “tudo o

que há de belo no encontro, torna-se possível e se produz a partir do cuidado com o outro”. Ela nos diz:

De onde é que a gente (parte) teoricamente, a partir da reforma, pra orientar a nossa produção de cuidado pra esse usuário, como pra discutir a questão da dimensão das relações também? Porque há um estresse, há uma tensão – "ah, eu acho que (o paciente) não é daqui", o outro acha que é dali, então os saberes estão sim sendo colocados (em questão) e (existe) uma dimensão ética e humana com o outro que precisa de um atendimento e da responsabilização mais coletiva disso, de "será que no nosso trabalho, de fato, a gente está trabalhando nessa lógica da responsabilização?"... Então, "bom, ele (o paciente) chegou até aqui, será que é possível ficar aqui no serviço, já que não é um caso às vezes tão óbvio que eu olhe e diga: “é isso, é esse o diagnóstico, é essa a receita pra ele”. “Bom, então vamos ficar (com ele) aqui até a gente estreitar mais as nossas conversas...”. O quê a gente precisa conversar? Vamos fazer interconsulta? Vamos fazer matriciamento? "Ah, eu não estou segura o suficiente pra dizer, você pode me emprestar o teu saber, o teu olhar?" [...] Isso está o tempo inteiro permeado por ética e por moral. Então quando a gente fala de humanização no serviço, a gente tá falando de ética e aí vai desde o trabalhador de saúde que chega e atravessa o carro na porta da unidade e ocupa duas vagas e sabe que tem vários colegas que vão chegar e tem poucas vagas, até isso desse cuidado aí na produção de um projeto terapêutico que de fato se proponha mais resolutivo, onde ele se responsabilize e seja um profissional de referência daquele usuário.

Corroboramos a ética da responsabilidade para e pelo outro, que nos exige e nos intima a uma postura mais radical, na ideia levinasina de *sofrer pelo outro*, de *sofrer por seu sofrimento*, no sucumbir de uma afecção da alma ante a presença da alteridade, em que toda a técnica e todo o saber, ainda que se mostrem eficientes, apresentam-se, na mesma medida, insuficientes, ao tentarem abarcar o outro por meio de sua totalização (LÉVINAS, 1980; FREIRE, 2002a, 2008). Ainda que o saber (conhecimento) possa advir da técnica somada à experiência, o saber ético vai mais além, pois fora dele toda experiência já é uma alienação (GADAMER, 2008). Ter de esboçar uma resposta ao outro, não recusando sua alteridade, a partir de nossa afetação ante seu rosto, de nossa *experiência pré-filosófica* radical (HUTCHENS, 2007) é a possibilidade de oferecer respostas às demandas da alteridade-outro-usuário. Porém, para tanto, faz-se necessário compreender os aspectos constituintes destas demandas ditas tardomodernas, as nuances do sofrimento e, ou, adoecimento contemporâneos e, antes de tudo, pôr em xeque os nossos próprios saberes ou, dito de modo mais incisivo,

reconhecer o nosso não saber frente à dimensão de alteridade. Rolnik (2012) nos lembra que a experiência de desestabilização humana é reiteradamente repetida ao longo de toda nossa existência, sendo efeito de um processo incessante, o qual faz da subjetividade *um sempre outro, um si e não si ao mesmo tempo*. Esta convivência de elementos contrários repercute numa ética cujo significado implica no quanto a vida pode fluir e afirmar-se em sua potência criadora, já que a subjetividade depende, antes de qualquer coisa, da relação que se estabelece com o trágico, como se reage ao mal-estar a cada momento de nossa existência. Daí, todo e qualquer bloqueio que se coloque ante este movimento de fruição e criatividade afasta-se necessariamente da alteridade e da dimensão ética.

A supervisora Hannah esclarece-nos que a ética, neste sentido, não se trata de uma reflexão destituída da práxis, mas, ao contrário, trata-se de um questionamento que impreterivelmente desemboca num posicionamento ético-político. Inseridos que estamos no discurso e no poder hegemônicos, configurando-nos como reprodutores de padrões e *nosologias*, alheios às mudanças dos contextos histórico e social, perdemos de vista a diferença essencial na qual deveríamos nos pautar e tornamos nossos conhecimentos e intervenções insuficientes, quando não fracassados. Neste instante, podemos nos contrapor ao que Benasayag (2005) destaca como sendo a *ética da etiqueta*, em que tudo serve à rotulação e a uma representação matemática dos processos subjetivos e sistematização da realidade, cuja lógica opera para a criação e manutenção de um mundo de pessoas marcadas, onde a multiplicidade se perde concedendo lugar à reprodução do mesmo. Nas palavras de Hannah:

O que eu acho que é a maior questão ética? É você estar comprometido em dar resposta à demanda. Eu acho que um grande foco hoje é "eu tenho que atender à demanda" e a pergunta maior que eu acho, não quero dizer com isso que nós não tenhamos que atender à demanda, não estou dizendo isso, mas eu acho que a grande pergunta não é essa: como atender à demanda? Eu acho que a pergunta maior é: o que está fazendo chegar essa demanda até nós? Eu acho que a primeira pergunta é essa: o que está acontecendo pra que essas pessoas estejam assim adoecendo, seja do fenômeno depressivo, seja do fenômeno dependência química? Então a primeira pergunta eu acho: o que está acontecendo conosco? O que está acontecendo com nossos jovens? O que está acontecendo com a população adulta adoecendo do fenômeno depressivo? [...] Pra depois de discutir, filosofar, aí sim perguntar: como atender melhor a isso? Eu acho que a grande questão ética é porque as pessoas estão envolvidas no fazer, no fazer, no fazer e se perdem nesse fazer e se perdem das questões essenciais. Eu acho que a questão maior ética é essa: é você não se colocar, não se posicionar para o gestor, que antes de dar conta da demanda você tem que dar

conta do fenômeno e assim se posicionar. “Eu preciso estudar sobre isso, eu preciso ter turno para estudar sobre isso, eu preciso fechar o CAPS um turno pra estudar sobre isso!”. E nós precisamos estudar, nós precisamos ter suporte, seja de curso, de supervisão, do que for. Eu acho que a maior questão é o técnico não se posicionar nesse sentido – “eu não vou ficar aqui apenas pra fazer atendimento”. A grande questão é essa: esse posicionamento. A resistência desse posicionamento do trabalhador nesse sentido em não discutir apenas essas questões, eu não digo nem superficiais, eu diria assim, mais paralelas nessa questão... A leitura, a gente trabalha numa área que nunca pode parar de estudar, mas eu acho que nesse momento, outra grande questão é reconhecer o não saber. É reconhecer que o saber que nós temos produzido, seja enquanto médico, enquanto psicólogo, enquanto assistente social, enquanto terapeuta ocupacional, enquanto enfermeira, o saber produzido até então pela ciência de nossas categorias específicas, eles não são suficientes. Este saber não é suficiente pra dar conta do que está acontecendo na contemporaneidade, para explicar essa epidemia do fenômeno depressivo, essa epidemia de dependência química.

Diante dos argumentos expostos, inferimos que a dimensão ética presente nos CAPS está relacionada às questões próprias da natureza da atenção psicossocial – que são desafiantes em sua complexidade e exigem questionamentos e posicionamentos específicos dos sujeitos –, a aspectos de formação disciplinar, caráter pessoal e vinculação com os propósitos do projeto CAPS, a tomada da responsabilidade irrecusável pelo e para o outro-alteridade, bem como ao questionamento de saberes e práticas que engendram um posicionamento ético-político nos sujeitos.

Dessarte, toda a reflexão acerca da dimensão ética em sua relação com as demandas tardomodernas no Centro de atenção psicossocial, proposta nesta investigação, conduziu-nos, não somente ao olhar crítico desta realidade e à elaboração de novas questões, como também a vislumbrar possibilidades de intervenção em consonância com a ética da alteridade radical levinasiana, no que diz respeito à consideração da alteridade-outro-usuário nas práticas de Saúde Mental. Em decorrência disto, pudemos identificar, nos textos/discursos dos autores e dos supervisores, elementos de esperança que certamente servem de orientação e estímulo à nossa própria implicação e posicionamento frente aos objetivos e, prioritariamente, à ética que subsidia o processo de reforma da Saúde Mental cearense.

A exemplo disto, citamos, primeiramente, a experiência de Phillipa, ao conduzir um grupo de usuários de um CAPS *ad* para uma instalação artística e as repercussões deste momento para estes e para os técnicos da equipe. Na sequência, apresentamos as

considerações da supervisora Hannah acerca de sua experiência de intercâmbio com teóricos e profissionais europeus que têm se dedicado ao questionamento das práticas atuais em Saúde Mental, à compreensão das expressões contemporâneas de sofrimento e adoecimento e à criação de novas intervenções neste campo – como a implantação de laboratórios sociais⁶⁴ a partir de um projeto de participação coletiva. Ambas as experiências nos chegam como referências ilustrativas de novos movimentos de construção e invenção que se aproximam da ideia de uma ética radical, cujo privilégio do outro-alteridade constitui sua orientação primeira. A seguir, a descrição e apresentação destes que consideramos novos modelos de intervenção, os quais nos encaminham para o encontro com a alteridade e com a dimensão ética, no modo próprio de fruição da vida, que não está situado na ordem do pensamento, mas na do sentimento (LÉVINAS, 1980). Retomemos os discursos das referidas supervisoras:

A gente foi, conseguiu essa semana fazer uma atividade com um grupo de usuários do serviço do CAPS ad. São pessoas que estão abstinentes ou pelo menos no dia daquela atividade tinham que estar, não podia estar sob efeito de nenhuma substância e a gente levou um grupo para o centro cultural BNB⁶⁵, e a gente fez todo um trabalho antes de pegar a programação, de mostrar, de discutir... Do grupo grande parte nunca tinha saído de Abaé para vir à Fortaleza. Você imagina que são cidades aí coladas... E um deles (um dos pacientes), o grande desafio dele era entrar no elevador porque ele nunca tinha andado de elevador, era uma novidade absurda pra ele, que pra gente é absurdo pensar nisso, algo que parece tão óbvio no nosso cotidiano e (para ele) era a primeira vez. Então foi a primeira vez que o grupo todo foi a uma exposição, e a gente teve sorte que era uma exposição bem interativa e tudo, então foi a possibilidade de experiência estética, de fruição estética, de uma outra linguagem, de poder encontrar outras formas de expressão (...) Na medida em que a gente fala de que o serviço é uma produção do cuidado na comunidade, a gente diz, bom, não é mais uma perspectiva hospitalar mas é esse sujeito que pode operar a sua vida, que possa, mesmo tendo um transtorno mental, estar assumindo uma gestão da sua vida na comunidade (supervisora Phillipa).

Nós (re)abrimos (a unidade de dependência química) porque foi repactuado e fomos à Europa. Quando nós fomos à Europa em 2005 e ao chegar lá nós vimos que a Espanha tem um outro projeto pra dependência química e a promotora realmente observou, ela viu, ela permitiu que a gente fechasse a unidade de dependência química, e que aquilo que nós fazíamos tinha sentido e, apesar da cobrança dos

⁶⁴ Ver BEANASAYAG, 2009.

⁶⁵ Banco do Nordeste do Brasil, sediado na capital cearense, dispõe de espaço e programações culturais permanentes.

outros, de "n" planos de saúde que trabalhavam conosco pra que a gente abrisse uma unidade de dependência química, a gente disse que não abriria porque a gente achava que esse era um projeto coletivo, não ia ser um projeto de uma instituição só pra fazer. E aí a gente volta e faz isso em Kumari como um projeto coletivo de um CAPS ad e agora nós estamos fazendo em Guaçu, a abertura de um CAPS ad dentro desse novo pacto social. Então assim, é um resultado, tanto a abertura do CAPS ad de Kumari, como a abertura do CAPS ad de Guaçu, como um resultado desse processo de supervisão, estudo, muito estudo, muita humildade, reconhecimento do nosso não-saber, reconhecimento que nossos saberes não dão conta dos clientes que nós encontramos na atualidade, seja na clínica pública ou privada [...] Então nós em 2006, 2007 contratamos um psiquiatra social que foi dr. J.J.C.S., um psicanalista, um sociólogo para discutir esse fenômeno que estava acontecendo, depois nós encontramos os filósofos europeus, o que trouxe todo um sustentáculo, todo um arcabouço teórico pra tudo isso que nós identificamos na supervisão (supervisora Hannah).

Frente às dificuldades inúmeras encontradas no campo da Saúde Mental, em sua vasta experiência como supervisor (e também como técnico), Tales desabafa seu desapontamento ao constatar a não implicação “do ser humano hoje em dia” com o outro e com os seus fazeres, o não envolvimento com os processos de mudança, a falta de participação das equipes na construção histórica da reforma da Saúde Mental. Os elementos de esperança, por nós mencionados anteriormente, entretanto, apresentam-senaquilo o que o próprio supervisor nomeia como “apontar para as estrelas”. Reconhecendo-se desencantado, Tales insiste que a orientação para os aspectos possíveis de serem modificados ou inventados, faz-se imprescindível para que não nos encaminhem para o mergulho num abismo cada vez mais profundo. Concordamos com a colocação da supervisora Philippa que, fazendo despontar os mesmos elementos de esperança, conclui que estamos avançando em nossos projetos, na elaboração dos questionamentos corretos, em nossa implicação ética com os princípios do dispositivo CAPS:

Eu acho que a gente consegue às vezes pelo menos do ponto de vista teórico, eu acho que a transposição do campo teórico pra prática cotidiana. Ele (processo de mudança) não é algo que se faz assim de uma hora pra outra. Eu acho que é. [...] Então, eu acho assim, muita paciência com os processos de cada um e com os processos do grupo. Eu digo: a gente está no caminho... Hoje a gente consegue já pensar e fazer uma série de coisas que não seriam possíveis antes. Eu vejo isso em mim, em perguntas que eu me faço hoje e que não seriam possíveis de serem feitas antes, algumas coisas mesmo que mesmo do ponto de vista teórico elas não fariam

sentido pra o olhar cotidiano, elas não serviam de ferramenta pra olhar o cotidiano e em algum momento aquilo faz sentido hoje. Eu acho que é um processo [de acompanhar esse movimento], mas não de uma forma passiva, propositiva mesmo, se propondo e discutindo. A gente, o serviço é tensionado o tempo inteiro nas discussões, nos estudos de caso, naquelas coisas que provocam mais os profissionais. Então é isso que vai provocando essa desterritorialização também, sabe? Que vai obrigando você a outras práticas, a outros modos de produção de cuidado mesmo no cotidiano do serviço.

Em nosso entender, face à constatação desta realidade da atenção psicossocial por vezes tão obscura e indubitavelmente desafiadora, *apontar estrelas para não des-encantar* traduz-se numa analogia cujo significado opera no apontamento de uma ética radical que funcione como parâmetro para nossas ações, como a via de reconhecimento da alteridade e como sustentáculo de nossa mais pertinente esperança.

5 À VISTA DE UM HORIZONTE: A RADICALIDADE ÉTICA COMO PARÂMETRO

Chegamos ao encerramento de nossa investigação renovados no que nos anima a darmos continuidade à nossa atuação no campo da Saúde Mental. Certamente nossos olhos estarão mais atentos, nossa compreensão mais apurada e nossos conhecimentos servirão a uma prática mais qualificada e próxima de uma ética centrada no privilégio do outro.

Percorremos a trajetória desafiadora de compreender a dimensão ética, a qual nos soou inicialmente quase inapreensível em seu aspecto conceitual e abstrato. No entanto, a experiência hermenêutica como instrumento metodológico mostrou sua adequação aos objetivos propostos, ao permitir o desvelamento dos preconceitos, o mergulho na historicidade dos autores, textos e discursos e a busca pelos elementos de alteridade.

Nosso objetivo central de compreender as dimensões éticas no Centro de Atenção Psicossocial em sua relação com as demandas tardomodernas em Saúde Mental, mostrou-se viável na medida em que nos debruçamos sobre o diálogo entre os conceitos que nos fundamentaram e a análise dos discursos dos supervisores clínico institucionais. As demandas tardomodernas em Saúde Mental puderam ser tomadas como a experiência da alteridade-louco-usuário que chega ao CAPS em sua exigência imediata por respostas. Constituídas a partir de uma subjetividade esboçada em sua relação com aspectos sociais, culturais e históricos, as demandas revelaram-se numa associação inegável com a dimensão ética que se dá a conhecer no funcionamento do sistema de saúde mental, na posição dos técnicos ante as solicitações dos usuários, na relação dos profissionais com os princípios que sustentam a Reforma da Saúde Mental, nos encontros de supervisão, na análise dos dispositivos de substituição ao modelo manicomial, no sentido que os diversos atores sociais concedem à ética em seus conhecimentos e fazeres.

Destacando o objetivo específico de caracterizar as demandas tardomodernas em Saúde Mental a partir dos horizontes apresentados pelos supervisores de CAPS, inferimos que estas se apresentam nos serviços como *sintomas* de uma situação sócio-histórica específica, cujos elementos de imediaticidade, narcisismo e alheamento à alteridade lhes conferem modos próprios de expressão, como a intensificação da medicalização social, o aumento de quadros psicopatológicos específicos e de sintomatologias mistas, a exaustão e a incompreensão dos técnicos ante os elementos de complexidade característicos ao processo de constituição social que subjaz o sofrimento psíquico contemporâneo.

O alcance do segundo objetivo específico, de compreender a dimensão ética em sua relação com o CAPS no âmbito da prática de supervisão clínico institucional, revelou-nos o lugar ocupado pela dimensão ética nos Centros de Atenção Psicossocial, estando esta atrelada a questões pessoais, relacionais, de vinculação dos sujeitos com os princípios centrais que regem a filosofia dos serviços e, fundamentalmente, à capacidade dos técnicos de questionarem seus saberes e práxis, assim como em sua condição de abertura à escuta ética do sofrimento do outro.

Os supervisores, que também se apresentaram como figuras de referência no que concerne ao processo de Reforma da Saúde Mental no estado, exprimiram uma contribuição significativa ao nos emprestarem sua visão ampla e aprofundada, embora não imune a limitações, acerca dos fenômenos subjetivos, estruturais, de gestão e sociais encontrados nos CAPS, cuja compreensão emerge como indispensável. Reconhecendo os pontos obscuros e a condição de não-saber, os supervisores, inegavelmente, puderam nos inserir numa discussão ética, que pode ser definida como o próprio exercício de questionamento, o pôr em xeque dos saberes, posturas e fazeres dos sujeitos envolvidos na construção de uma cultura antimanicomial reconhecedora do lugar do outro adoecido ou em sofrimento.

As dificuldades apresentadas pelos supervisores, no desenvolvimento das ações de Saúde Mental, serviram à revelação de um contexto composto por inúmeros entraves, cuja complexidade e criticidade devem ser necessariamente consideradas na discussão ética que viabiliza o questionamento do mesmo para a criação do novo. Os horizontes desenhados, a partir da posição hermenêutica, suscitaram a antiga discussão que busca delimitar as fronteiras entre o sofrimento e o adoecimento psíquicos, sendo que, na atualidade, são os diferentes contornos do sofrimento psicológico humano que parecem desafiar a todos em sua compreensão.

Se o sofrimento humano sempre existiu, desde a dimensão do trágico na Antiguidade Clássica até a concepção patológica com o advento da ciência, é na modernidade tardia que se salienta sua face de alteridade, causando desconhecimento e estranheza por seus modos inéditos e diversificados de manifestação e expressão. Desse estranho *Rosto do Outro*, irrompe nossa insuficiência e toda a sensação de impotência generalizada daqueles que constatarem a impossibilidade de esboçar respostas ao que lhes é demandado, respostas estas que não se deve querer direcionar para a solicitação da resolução imediata e objetiva dos sofrimentos humanos, mas voltar-se para a altura da alteridade, pois somente a partir desse vislumbrar do outro é que se tornam possíveis a escuta e o posicionamento éticos.

A discussão ética, sempre aparentemente abordada pelas questões conceituais e políticas que se elaboram no campo da Saúde Mental, aparece em geral subjacente às entrelinhas dos discursos e práticas expressadas sem, no entanto, ser colocada numa perspectiva de maior relevância e compromisso. A responsabilidade pelo outro, longe de ser tomada em sua amplitude e complexidade, é usualmente colocada como algo inerente aos discursos disciplinares e à práxis, sobre o qual muito pouco se tem a acrescentar.

Todavia, nossa investigação vem demonstrar o quanto a dimensão ética atravessa os diversos modos de cuidado do sofrimento humano, e que sua negligência implica na precariedade destes cuidados e no alheamento à alteridade, que pode ser compreendido como a psicopatologia em si, esta que repercute nos modos de vida individual e social, contribuindo para a configuração de uma sociedade adoecida e fracassada em seus propósitos de convivência e produção humanas. Disso deduzimos que a filosofia *levinasiana* representa o apontamento de uma ética da alteridade radical, a qual desponta como um parâmetro possível para o contexto de atuação dos CAPS e da Saúde Mental como um todo.

Uma ética tomada como sinônima à *moral* ou uma ética inferida nas entrelinhas (dada como a priori de todas as intenções e ações humanas), mas não tomada em sua radicalidade de reconhecimento do outro, não serve aos princípios de transposição de uma cultura *manicomial* para uma cultura *antimanicomial*. Não permite a escuta e o esboço de respostas pertinentes às demandas tardomodernas de sofrimento e adoecimento psíquicos. Não dá vazão ao questionamento das *moradas* disciplinares, dos dispositivos de poder e saber. Somente permite e insiste na reprodução dos mesmos fazeres, reprimindo os potenciais humanos de invenção e transformação.

Os aspectos investigados e as inferências realizadas neste estudo conduziram-nos à elaboração de novas questões, tal como propõe o exercício hermenêutico em si, as quais poderiam ser algo de novas pesquisas que objetivassem a compreensão de aspectos caros ao campo da Saúde Mental. Dentre às perguntas surgidas, destacamos:

- i. Qual o papel da supervisão clínico institucional? Como esta prática vem se desenvolvendo no estado do Ceará? Qual a identidade do supervisor como sujeito político?
- ii. Como se pode incluir o outro como alteridade nos processos de avaliação dos CAPS e/ou nas ações de Educação Permanente?

- iii. Que aspectos políticos e ideológicos estão operando nos dispositivos substitutivos de Saúde Mental? Como chegar à proposição de intervenções e reposicionamentos no cotidiano dos serviços?
- iv. De que forma a identificação das demandas tardomodernas podem instigar à criação de novas intervenções mais responsivas nos serviços de Saúde Mental, em que se considere a responsabilidade pelo reconhecimento do outro-alteridade?

A filosofia *levinasiana* representou, para nós, o apontamento de uma ética da alteridade radical que desponta como referência para o contexto de atuação dos CAPS e da Saúde Mental como um todo. Dessarte, a radicalidade ética, se não deve tomada como um modelo aplicável ou como uma lógica praticável dentro de determinados padrões e rotinas – às custas de ser destituída de seu sentido mais amplo e de sua real complexidade – pode, entretanto, ser tomada como parâmetro, tal como desejamos assinalar neste estudo, no que diz respeito ao papel e à atuação dos serviços substitutivos como os CAPS, especificamente em sua responsabilidade primeira pelo sofrimento do outro-alteridade.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- AGAMBEN, G. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ALENCAR, H. F.; FREIRE, J. C. O lugar da alteridade na psicologia ambiental. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 305-328, 2007.
- ALMEIDA, A. M. G.; MORAES, B. M.; BARROSO, C. M. C.; SAMPAIO, J. J. C. Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.) **Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra capa Ltda, 2008.
- AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. **Concepções e práticas de atenção à Saúde Mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BARROS, M. M., JORGE, M. S. B.; PINTO, G. A. Prática de Saúde Mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. de Atenção Primária à Saúde (APS)**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p.72-83, 2010.
- BAUMAN, Z. **Vida em fragmentos: sobre ética pós-moderna**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- BENASAYAG, M. **L'Epocadellepassionitristi**. Milão: Feltrinelli Editore, 2005.
- BENASAYAG, M. Sofrimento psíquico contemporâneo: construindo novos paradigmas. **II Seminário Internacional de Intercâmbio em práticas de Saúde Mental**. Fortaleza, 23 de abril, 2009.

BENASAYAG, M. O Sofrimento psíquico na idade da técnica. Conferência. **XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria**. Fortaleza, 30 de outubro, 2010.

BENASAYAG, M. **El sufrimiento psíquico en la contemporaneidad**. Brasil, fevereiro de 2011. [Conferência].

BENEVIDES, R. **A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?** *Psicologia & Sociedade*; v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

BETTO, F., BARBA, E., COSTA, J. F. **Ética**. Rio de Janeiro: Garamond, 1997.

BEZERRA JR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em Saúde Mental. *In*: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

BIRMAN, J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. **Estados gerais da psicanálise: II Encontro Mundial**. Rio de Janeiro, 2003. [Conferência].

BRASIL. **Saúde Mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental (1990 – 2004)**. 5. ed. Brasília: 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de Saúde Mental e do Plano Crack para pequenos municípios. Portaria 4135 de 17 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/crack_peq_municip.pdf>. Acesso em: março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em dados 9**, ano 6, n. 9, julho de 2011a.

BRASIL. Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. Dispõe incentivo financeiro para os programas de Qualificação dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23377>. Acesso em: 18 março de 2011b.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Forense universitária: Rio de Janeiro, 2009.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009.

CARVALHO, L. B., BOSI, M. L. M., FREIRE, J. C. Dimensão ética do cuidado em Saúde Mental na rede pública de serviços. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 700-706, 2008.

CARVALHO, L. B., FREIRE, J. C., BOSI, M. L. M Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **O jeito cearense de fazer o SUS: um guia para gestores municipais**. Fortaleza, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução Nº 16 de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/resolucao_2000_016.html>. Acesso em: 18 março 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre a realização de Pesquisa com seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 18 março 2011.

DANTAS, M. A. **Sofrimento Psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão**. Curitiba: Juruá, 2009.

DELGADO, P. G. G. (1994) Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

EHRENBERG, A. **La faticadiessere se stessi. Depressione e società**. Turim, It.: Einaudi, 1999.

EHRENBERG, A. Leschangements de larelation normal-pathologique: à propos de lasouffrancepsychique et de lasanté mentale. **Esprit**, p. 133-156, mai, 2004.

ÉTICA E DEONTOLOGIA. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/profissional/etica/>>. Acesso em: 25 de abril de 2012.

FERREIRA NETO, J. L. A Saúde Mental e o movimento antimanicomial. In: FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clínica, social e mercado**. São Paulo: Escuta, 2004a.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clínica, social e mercado**. São Paulo: Escuta, 2004b.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. Dissertação (Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2007.

FIALHO, M. Exposição sobre o Projeto da Escola de Supervisores Clínicos institucionais no Ceará. **I Seminário Cearense sobre Supervisão Clínica Institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)**. [Palestra]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 29 e 30 de abril de 2011.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias**: da epistemologia à Ética nas práticas e discursos. Petrópolis: Vozes, 1995.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito**: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ, 2005.

FREIRE, J. C. As Psicologias na modernidade tardia: o lugar vacante do outro. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, p. 73-94, 2001.

FREIRE, J. C. **O lugar do outro na modernidade tardia**. São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secult, 2002a.

FREIRE, J. C. A ética social numa visão mundial. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 57-63, 2002b.

FREIRE, J.G. A Psicologia a Serviço do Outro. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003a.

FREIRE, J. C.; MOREIRA, V. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. **Psicologia em Estudo**. V. 8, n. 2, p. 93-98, 2003b.

FREIRE, J. C. Cuidar da saúde do outro como dimensão ética. In: TEIXEIRA, L. C. (org.); BUSCHER-MALUSCHKE (org.). **Os sofrimentos e seus destinos**: Psicologia, psicanálise e políticas de saúde. Brasília: Universo, 2008.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: 2008.

GALIMBERTI, U. **Psiche e Tecne**: O Homem na Idade da Técnica. São Paulo: Paulus, 2006.

GARCIA, M. L. P.; JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, p. 765-774, 2006.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades. 2ª ed. São Paulo: UNESP, 1993.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira frente à Ética Radical de Lévinas. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOULART, M. S. B. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del-Rei, v. 1, n. 1, 2006.

HADDOCK-LOBO, R. **Da existência ao infinito**: ensaios sobre Emmanuel Lévinas. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOMEM, M. L. Entre próteses e prozacs: o sujeito contemporâneo imerso na descartabilidade da sociedade de consumo. **Estados gerais da psicanálise: II Encontro Mundial**. Rio de Janeiro, 2003.

HUTCHENS, B.C. **Para compreender Lévinas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. Mestrado (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

KRISTEVA, J. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. V. 2. São Paulo: Hucitec, 1990.

LEMOS, P. M.; CAVALCANTE JÚNIOR, F. S. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em Saúde Mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-242, 2009.

LEMOS, P. M.; FREIRE, J. C. **Os contornos tardomodernos do sofrimento e do adoecimento psíquico**: proposições éticas para o Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 303-321, ago. 2011.

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1980.

LÉVINAS, E. **Ética e Infinito**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1988.

LÉVINAS, E. **Entre Nós**: ensaios sobre alteridade. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, A. F. **Hermenêutica da Tradição ou Crítica das Ideologias?** O debate entre Hans-Georg Gadamer & Jürgen Habermas. UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ., Londrina, v. 9, n. 1, p. 55-62, 2008.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso:** a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP, EDUC, 2010.

LIMA, A. F., GONÇALVES NETO, J. U., LIMA, M. S. Las leyes de drogas em Brasil y su relación em la producción de políticas de identidade: um análisis de los procesos de estigmatización e promoción de la alteridade, desde la perspectiva de la psicología social crítica. **Salud & Sociedad**, v. 2, n. 2, p. 135-149, 2011.

LIPOVETSKY, G. **A sociedade pós-moralista:** o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos. São Paulo: Manole, 2005.

LIPOVETSKY, G. **A sociedade da decepção.** São Paulo: Manole, 2007.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MATUMOTO et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface** – comunicação, saúde e educação, v.9, n.6, p. 9-24, 2005.

MENDONZA, B. A. P. **O papel da comunicação no programa de assistência ao doente mental:** modelo de reforma psiquiátrica de Quixadá – CE. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/3/3d/012_-_Babette_Mendoza_-_S.pdf>. Acesso em: 23 de outubro de 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONORKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 71- 112, 1997.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Benefício de prestação continuada.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: dezembro de 2011.

MONTENEGRO, A. F. **Psicologia do povo cearense.** Fortaleza: Casa José de Alencar / Programa editorial, 2000.

MOREIRA, V. **Más allá de la persona:** Hacia una Psicoterapia Fenomenológica Mundana. Santiago do Chile, Ed. Universidad de Santiago, 2001.

- MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004.
- MOREIRA, V.; FREIRE, J. C. Depressão: uma desordem dos afetos ou a ordem dos desafetos? In: MOREIRA, V. **Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Annablume, 2009.
- MOURA FÉ, N. Evolução da reforma psiquiátrica no Ceará. **III Jornada de Saúde Mental de Cascavel**. Cascavel: 27 a 29 de maio de 2004a. [Conferência de Abertura]. Manuscrito.
- MOURA FÉ, N. **Sobre o II Encontro dos CAPS do Ceará: considerações pertinentes**. [Trabalho apresentado na Reunião Bipartite na Secretaria de Saúde do Ceará]. Fortaleza, 04 de agosto de 2004b. Manuscrito.
- MOURA FÉ, N. **O exemplo de Apolo**. Fortaleza, 11 de novembro de 2005a. Manuscrito.
- MOURA FÉ, N. **O fim da cultura manicomial**. Fortaleza, 09 de setembro de 2005b. Manuscrito.
- OLIVEIRA, C. F. **O asilo São Vicente de Paulo e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)**. 2011. Tese (Programa de Pós-graduação em História) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2011a.
- OLIVEIRA, M. A. Exposição dialogada sobre experiências de supervisão clínico institucional na visão do supervisor. **I Seminário Cearense sobre Supervisão Clínico Institucional no Sistema Único de Saúde (SUS)**. [Palestra]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 29 e 30 de abril de 2011b.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- REDUZIR LEITOS PSIQUIÁTRICOS, MAS COMO REPOSIÇÃO DE VAGAS. **Diário do Nordeste**. Fortaleza, 22 de abril de 2012. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=789683>>. Acesso em: 22 de abril de 2012.
- RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.
- RIBEIRO, S. L.; LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a Saúde Mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 203-220, 2008.
- RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- RODRIGUES, A. G.; CARNEIRO, H. F. Prisioneiros em campo aberto: violência e sofrimento psíquico. **IX Encontro de Pós-graduação e Pesquisa**. Universidade de Fortaleza: 19 e 20 de outubro de 2009.

ROLNIK, S. **Uma insólita viagem à subjetividade fronteiras com a ética e a cultura.** Disponível em: <<http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf.html>>. Acesso em: abril de 2012.

ROSA, L. C. S. **O Nordeste na reforma psiquiátrica.** Teresina: EDUFPI, 2006a.

ROSA, R.R. **“Doença não marca hora, não marca dia”:** acolhimento e resolutividade em uma equipe saúde da família. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006b.

SAAR, S. R. C.; TREVISAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão:** processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro :FIOCRUZ, 1998.

SAMPAIO, J. J. C. A saúde mental em Quixadá nos últimos 18 anos e a permanente necessidade de se reinventar. **XIX Jornada Quixadaense de Saúde Mental e Cidadania.** Quixadá: 22 de setembro de 2011. [Conferência de abertura]. STOCKINGER, R. C. **Reforma psiquiátrica brasileira:** perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes, 2007.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Organização de Centros de Atenção Psicossocial: proposta a partir das experiências de Quixadá e de Sobral. In: SAMPAIO, J. J. C., GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará.** São Paulo: Hucitec, 2010.

SAMPAIO, J. J.; CARNEIRO, C.; RUIZ, E. M.; LANDIM, L. P. Falando de saúde na terra dos monólitos. In: CARNEIRO, C. C. (Org. et al). **Acolher Cidadão:** estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza: Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, Ed. UECE, 2006.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará.** São Paulo: Hucitec, 2010.

SFEZ, L. **A saúde perfeita:** críticas de uma utopia. Edições Loyola, 1996.

SIDEKUM, A. **Ética e alteridade:** a subjetividade ferida. Rio Grande do Sul: Unisinos, 2002.

SILVA, M. B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVA, E. A. **Dores dos cuida-dores em Saúde Mental:** um estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos trabalhadores de Saúde Mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília . Brasília, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SLOAN, T.; MOREIRA, V. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas, SP: Papirus, 1994.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara S.A., 1984.

TESSER, C. D. Medicalização Social: O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.61-76, 2006.

TÓFOLI, L. F. **I Encontro de Saúde Mental da Região Norte de Ceará**. Sobral: 20 a 22 de agosto de 2008. [Slides].

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE**, Revista de Políticas Públicas, vol. 6, n.2, Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, p. 34-42, 2005/2007.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIALDI, M. S. **O que é o centro de atenção psicossocial?** Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas. Mestrado (Escola de Enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

VELOSO, Caetano. Dom de Iludir. Intérprete: Caetano Veloso. In: VELOSO, C. **Totalmente demais**. Rio de Janeiro: Polygram, 1986. 1 Disco. Faixa 11 (2'24'').

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez., 2008.

I SEMINÁRIO CEARENSE SOBRE SUPERVISÃO CLÍNICO INSTITUCIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 29 e 30 de abril de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista aplicado com os supervisores clínico institucionais de CAPS

Roteiro de entrevista semi-estruturada

- (1) Como se dá a atividade de supervisão em CAPS? Em que esta consiste?
- (2) O que os usuários buscam quando procuram um CAPS? Nos dias de hoje, quais são as principais demandas trazidas por estes usuários?
- (3) Ocorrem dificuldades da parte dos profissionais / técnicos diante dessas demandas trazidas pelos usuários? Se sim, quais são essas dificuldades e como elas interferem no seu exercício profissional e / ou no serviço em si?
- (4) Levando em conta a finalidade do CAPS (seus propósitos, sua filosofia) quais são as questões éticas identificadas neste campo?
- (5) Em algum momento, em supervisão, já realizou (ou levou os profissionais / técnicos a realizar) uma reflexão ética sobre o CAPS (ou sobre a sua atuação neste serviço)? De que forma isso aconteceu?

APÊNDICE B – Formulário de identificação e caracterização do supervisor

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO SUPERVISOR

1. Identificação do supervisor

1.1. Nome completo: _____

1.2. Telefones: _____

1.3. E-mail: _____

1.4. Formação acadêmica: _____

1.5. Principal (is) ocupação (ões) atual (ais): _____

2. Atuação como supervisor:

2.1. Tempo de atuação como supervisor de CAPS (em anos ou meses): _____

2.2. Em que (quais) CAPS exerce a prática de supervisão atualmente: _____

2.3. O que o (a) levou a tornar-se supervisor de CAPS:

() O tempo de atuação como técnico de CAPS

() O tempo de atuação no processo de reforma psiquiátrica

() A indicação de outros profissionais / coordenadores / gestores

() Outro: _____

2.4. Como se caracteriza seu vínculo empregatício como supervisor:

() Não tenho nenhum tipo de vínculo / Autônomo

() Contrato temporário

() Celetista (Carteira Assinada)

() Concursado

() Outro: _____

3. Observações:

APÊNDICE C– Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: **Demandas tardomodernas em Saúde Mental: considerações éticas no Centro de Atenção Psicossocial**

Pesquisadora: Patrícia Mendes Lemos

Caro (a) supervisor (a) de CAPS,

Solicitamos, através deste termo, a sua participação voluntária como informante da pesquisa em questão, a qual constitui o projeto de dissertação da pesquisadora, atividade obrigatória do curso de Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Sua participação terá como objetivo contribuir para a construção do conhecimento científico na área da Psicologia em sua interface com a Saúde Mental, não implicando em nenhum ônus (pagamento) pessoal.

O seu consentimento significa a participação através da realização de uma entrevista que abordará questões sobre a sua atuação como supervisor do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o uso das informações fornecidas para a análise e compreensão do fenômeno pesquisado.

As entrevistas serão realizadas e gravadas pela pesquisadora e terão caráter confidencial, garantindo o seu anonimato, sendo que os dados de identificação fornecidos serão utilizados apenas para fins de inclusão no grupo de informantes, não sendo de forma alguma expostos no relatório final desta investigação.

A pesquisa vem sendo desenvolvida desde março de 2010 e tem previsão de término para março de 2012. A qualquer tempo, durante o processo investigativo, o informante poderá solicitar o seu desligamento, apenas informando a sua decisão à pesquisadora pelo telefone (85) 9646.0073 ou pelo e-mail ptmenl_78@hotmail.com. Estes contatos servirão também ao esclarecimento de quaisquer dúvidas.

As entrevistas serão realizadas em lugar distinto daquele onde o informante exerce suas atividades como supervisor para garantir a neutralidade no repasse das informações solicitadas. O local mais apropriado deverá ser acordado entre a pesquisadora e o (a) supervisor (a), para o benefício de ambos.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos a serem utilizados obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*. Nenhum destes procedimentos oferecerá riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, pode-se entrar em contato com o COMEPE (Comitê de Ética em Pesquisa da UFC) através do telefone (85) 3366-8338.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento que implica na sua participação nesta pesquisa, livre e consciente dos aspectos esclarecidos acima. Para tanto, favor preencher os itens que seguem.

SENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista o que foi apresentado acima, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto minha autorização para o uso das informações por mim fornecidas e aceito participar desta pesquisa.

Nome e assinatura do participante voluntário da pesquisa

Local e data: _____, _____ de _____ de 2011

Patrícia Mendes Lemos
Aplicadora TCLE

José Célio Freire
Prof.Orientador

APÊNDICE D – Quadro *Fusão de Horizontes*

Quadro Fusão de Horizontes			
Horizontes Éticos (Pressupostos Teóricos)	Horizontes apontados pelos Supervisores (Dimensão ética no CAPS)	Temáticas de Fusão (Tripé de Análise)	
<p>Diferenças entre dimensões éticas e morais</p> <p>Relação da ética com a concepção de homem</p> <p>Ética contemporânea</p> <p>Ética da “patologia social”</p> <p>Ética emerge da vivência de quem cuida</p> <p>Deontologia</p> <p>Diferença entre experiência e saber ético</p> <p>Além da técnica</p> <p>Justiça: reconstrução da subjetividade violentada</p> <p>Ética como resposta ao outro</p> <p>Profissionais: ações desvinculadas da vivência concreta; afastamento do compromisso ético com o processo histórico-político</p> <p>Responsabilidade radical</p>	<p>1. <i>Questões éticas apontadas no processo de supervisão (Dimensões macro e micro)</i></p>	<p>1. “Jaleco para quê?": da deontologia aos limites éticos do sistema de Saúde Mental</p>	
	<p>Conflitos na equipe / profissional x pessoal</p> <p>Posturas de profissionais, gestores / problemas de formação profissional</p> <p>Condições precárias de trabalho</p> <p>Adoecimento dos profissionais</p> <p>Deontologia: Sigilo</p> <p>Falhas na implantação do serviço e no sistema de saúde / dificuldades de acesso do usuário</p> <p>Relação entre ética e supervisão</p>		
		<p>2. <i>Relação Ética e Demandas tardomodernas</i></p>	<p>2. “O homem antropomórfico”: as demandas tardomodernas e a exigência ética do outro</p>
		<p>2.1 <i>Organização geral das demandas</i></p>	
		<p>Polêmica do apoio matricial / Relato de experiências</p> <p>Rede de Saúde Mental? / Atenção Primária / Trabalho em rede</p> <p>Tipologia de demandas: receitas, benefício social, família, medicamentos, acolhimento, etc.</p> <p>Demanda do serviço x Demanda livre</p> <p>Comunicação como ferramenta de organização</p> <p>Adesão dos usuários</p>	
		<p>2.2. <i>Caracterização e definição das demandas tardomodernas</i></p>	
		<p>Demanda grande não esperada</p> <p>Demanda social / de sofrimento</p> <p>Carência cultural</p> <p>Transformações no mundo contemporâneo</p> <p>Cidadania / Autogestão / Falta de política de Estado</p> <p>Dificuldades diferentes para diferentes demandas</p> <p>Fenômenos contemporâneos: dependência química e sofrimento psíquico</p> <p>“Embaçamento” em perceber o usuário</p> <p>Há uma demanda própria de CAPS ou prioritária?</p> <p>Para sofrimento: grupos?</p>	
		<p>3. <i>Dimensão ética no CAPS</i></p>	<p>3. “Apontando estrelas para não desencantar”: o lugar da ética no Centro de Atenção Psicossocial</p>
		<p>Questões da natureza da atenção psicossocial</p> <p>Incompreensão dos fenômenos contemporâneos</p> <p>Compromisso com o projeto CAPS / “equipe desejante” (comprometida)</p> <p>Compromisso em responder à demanda / Responsabilidade / Para além da técnica</p> <p>Reconhecimento do não-saber</p> <p>Inércia das equipes</p> <p>Novas experiências / Intervenções transformadoras</p> <p>Mal-estar oculto / Relações de poder</p> <p>Permanência da lógica manicomial</p> <p>“Apoiador” / supervisor como suposto saber</p>	

ANEXOS

ANEXO A – Ofício expedido ao NUSAM/CE informando sobre a realização da pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

OFÍCIO Nº 002/11/P58

Fortaleza, 18 de maio de 2011.

Sra. Supervisora ,

Solicitamos a V.Sa. sua colaboração no sentido de fornecer alguns dados úteis para a realização da pesquisa intitulada "*Demandas Tardo-Modernas em Saúde Mental: Considerações Éticas no Centro de Atenção Psicossocial*", que vem sendo desenvolvida pela aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Patrícia Mendes Lemos, sob a orientação do Prof. Dr. José Célio Freire.

As informações a serem solicitadas pela mestrandia (que entrará em contato com este Núcleo) referem-se a: 1) número atualizado de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) existentes no estado e os municípios em que se encontram 2) número, nomes e contatos (e-mails e/ou telefones) atualizados de todos os supervisores cadastrados em atual exercício no Estado do Ceará e 3) os indicadores de Saúde Mental do Estado. Estas servirão para o contato com os supervisores dos Caps, que serão entrevistados sobre sua prática em supervisão, bem como para a etapa documental da pesquisa.

Esclarecemos, ainda, que o uso das informações será restrito à realização desta investigação, com fins unicamente científicos. Os pesquisadores estarão disponíveis para a divulgação dos resultados da pesquisa quando do seu término (previsto para março de 2012). Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail ptmenl_78@hotmail.com ou pelo telefone: (85) 9646.0073..

Atenciosamente,

Cássio A. Braz de Aquino
Prof. Cássio Adriano Braz de Aquino

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFC

A Sra.

Supervisora do Núcleo de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (NUSAM/SESA/CE)
Virna de Oliveira Gomes

ANEXO B – Parecer de aprovação do comitê de ética (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará (UFC)



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 115/11

Fortaleza, 24 de maio de 2011

Protocolo COMEPE nº 097/11

Pesquisador responsável: Patrícia Mendes Lemos

Título do Projeto: “Demandas tardo-modernas em saúde mental: considerações éticas no centro de atenção psicossocial”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 19 de maio de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO C – Imagem *O contador antropomórfico* de Salvador Dalí

