

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

CAROLINA FONSECA DADALTO

CUIDADO DE SI E A PRODUÇÃO DE ARTESÃOS DE VIDA:

Narrativas no Campo da Saúde Mental

VITÓRIA
2011

CAROLINA FONSECA DADALTO

CUIDADO DE SI E A PRODUÇÃO DE ARTESÃOS DE VIDAS:

Narrativas no Campo da Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Campello Lavrador.

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Dadalto, Carolina Fonseca, 1983-

D121c Cuidado de si e a produção de artesãos de vidas : narrativas no
campo da saúde mental / Carolina Fonseca Dadalto. – 2011.

91 f.

Orientadora: Maria Cristina Campello Lavrador.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Foucault, Michel, 1926-1984. 2. Reforma psiquiátrica. 3.
Narrativa (Retórica). 4. Saúde mental. I. Lavrador, Maria Cristina
Campello. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

CAROLINA FONSECA DADALTO

**CUIDADO DE SI E A PRODUÇÃO DE ARTESÃOS DE VIDAS:
Narrativas no Campo da Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

COMISSÃO EXAMINADORA

PROF.^a DR.^a MARIA CRISTINA CAMPELLO LAVRADOR
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

PROF.^a DR.^a LEILA DOMINGUES MACHADO
Universidade Federal do Espírito Santo

PROF^o DR.^o JOSÉ RICARDO C. M. AYRES
Universidade de São Paulo

Dedico esse trabalho a todos que se permitem experienciar loucuras e fazem do cuidado de si e do outro uma prática da e para a vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e companhia.

A Cris, por todos esses anos de parceria e por ter disparado em mim um modo diferente de entender a vida e seus contornos. Por ter me apresentado Deleuze, Guattari, Foucault, Espinosa, o que tornou a vida mais respirável.

Aos parceiros do mestrado. Pelas leituras. Trocas. Empurrões. Encontros que fizeram tudo isso possível. Fernanda e Williana, obrigada pela força, pelo companheirismo, pelos convites constantes para ficar em Vitória, aos quais, poucos aceitei. A distância era longa, meninas! Priscila, que, com seu jogo do mundo, me impulsionou a construir novas táticas para essa partida. Nielson, presente mesmo quando ausente. Aos novos que chegaram, vocês também foram fundamentais nesse processo (Marcela, Fernanda, Márcio, Meirielen).

Aos meus amigos, colegas de trabalho que me ajudaram a construir, mesmo sem saber, cada linha deste trabalho. Amiga Soraia, você foi um “Bom Encontro” em São Mateus, sua presença, cuidado, garra e carinho me fazem acreditar na amizade. Amiga Dani, obrigada por seu cuidado, sua atenção, suas palavras e suas ações de incentivo e sustento. A estrada continua, amiga, e nós a construímos a cada dia. Márcia, obrigada pela confiança, pelo cuidado. Fabrício, suas palavras me tornaram mais forte. Luísa, obrigada por me ouvir dizer sobre isso tudo que está aqui, mesmo dizendo não entender. Pelos momentos alegres e pelos passeios de ambulância. Lilian e Carla, pela competência, pela responsabilidade, pela equipe. Por me fazerem entender que “e” isso “e” aquilo “e” aquilo outro são possíveis e não excludentes.

Tati, Robertinha e Jô pelo acolhimento, amizade e carinho. Baiana em terras cariocas, sua presença e alegria ajudam a tornar o mundo mais divertido e leal. Robertinha “ [...] e a vida é bonita e é bonita. Viver e não ter a vergonha de ser feliz.” Jô, pela presença sincera, firme e companheira sempre. “[...] amigas de tantos

caminhos, de tantas jornadas.” À família Dalvi por tornarem-se, por um tempo, minha família em Vitória.

À minha família. À minha mãe Nilza e ao meu Pai Dejair, obrigada pela possibilidade da vida. Pelo amor e dedicação. Pela paciência e investimento. Pela garra e sensibilidade. Por me ensinarem que a vida é uma luta constante e repleta de possibilidades. À minha avó pelo amor. Ao meu irmão. Sobrinhos e Cunhada.

A todos os professores, funcionários e alunos do Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional que, de um modo ou de outro, participaram de minha formação e ajudaram a tornar esse sonho possível.

À equipe do Programa de Saúde Mental por acompanhar esse processo e compor as linhas e experiências aqui narradas. Pela possibilidade da problematização.

Aos usuários do serviço por me permitirem contar suas histórias e me incomodar com elas. Ajudando a construir a possibilidade de outros mundos.

Muitos compuseram comigo e trouxeram material para a construção de minha caixa de ferramentas. Wagner, Darlan, Margareth, Philiane, em tempos diferentes, obrigada pelos diálogos e possibilidades de troca (Mirian, Roberta, Pablo).

Maik por estar comigo no início de um novo tempo em minha vida. Por me fazer acreditar de novo e de novo e de novo. Pelo amor.

Obrigada pelos encontros, embates, questionamentos, problematizações e construções.

RESUMO

Este trabalho se construiu em meio à problematizações das práticas no campo da Saúde Mental, considerando o contexto histórico-político da Reforma Psiquiátrica. Norteou as questões trabalhadas nesse estudo, o conceito – ferramenta proposto por Michel Foucault, denominado Cuidado de Si. Foucault, baseado nos gregos, propõe pensar o Cuidado de Si como exercício constante, uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo, uma forma de atenção. A fim de problematizarmos/pensarmos as práticas de atenção disponibilizadas aos usuários dos serviços de saúde mental e tendo como referencial a noção do Cuidado de Si, utilizamos como estratégia metodológica a cartografia. Assim, acompanhamos o cotidiano de um serviço de saúde mental no interior do Espírito Santo. Para contarmos os acontecimentos experienciados, apropriamo-nos da narrativa de Walter Benjamin. As histórias narradas neste estudo nos auxiliaram no exercício de pensarmos acerca do que temos ajudado a construir com nossas práticas profissionais. Que modos de vida têm se constituídos nesses espaços? E para além desses espaços? Que discursos têm permeado e sido construído com essas práticas? Os Encontros que aconteceram no decorrer deste estudo mostram que: pensar o Cuidado de Si como da ordem do relacional, afirmando que todos os participantes da relação sofrem afecções; e que todos estamos implicados de algum modo nas relações que estabelecemos, coloca-se como um desafio para o cotidiano dos serviços, considerando o modo como as relações profissionais têm se estabelecido no atual contexto sócio-econômico-político. Assim, entendemos que se faz necessária, portanto, uma análise das implicações dos sujeitos presentes nas relações e um mapeamento de quais forças-fluxos têm-nas perpassado. E ainda que, a partir dessas análises, é possível estabelecer com os sujeitos com os quais nos relacionamos práticas que potencializem os mesmos e suas vidas. Entendemos que pensar o Cuidado de Si nos serviços de saúde mental e pensar as vidas que ali estão é pensá-las para além daqueles espaços, uma vez que os mesmos necessitam funcionar como dispositivos, ou seja, como disparadores de outros modos de habitar os verbos da vida.

Palavras-chave: Cuidado de Si. Reforma Psiquiátrica. Narrativa.

ABSTRACT

This work was developed through the problematization of practices in the field of Mental Health, considering the historical and political context of the Psychiatric Reform. The question that guided this study worked was the concept – a tool proposed by Michel Foucault, entitled Self Care, Foucault based on Greek thinking. He proposes Self Care as a constant exercise, as an attitude - for himself, to others, to the world, a form of attention. In order to problematize / think about the care practices available to users of mental health services and taking as reference the notion of Self Care, we have used cartography as a methodological strategy. Thus, we have followed the daily life of a mental health service within Espírito Santo State, Brazil. We have used the narrative of Walter Benjamin to tell about the events experienced. The stories told in this study helped us in the exercise of thinking about what we have helped people to learn with our professional practices. What ways of life have been helped in these spaces? And beyond these spaces? Which speeches have been learned and permeated with these practices? Meetings that have happened during this study showed that: thinking about the Self Care as the relational order, stating that all participants of the relationship suffer affectations, and we are all somehow involved in the relationships we have established, there is such a challenge to the routine of services, considering how professional relationships have been established in the current socio-economic-political. Thus, we believe that is necessary, therefore, an analysis of the implications of the subjects that are present in relationships, and a mapping which has the forces permeate flows. And though these tests can be established with the subjects with which we relate practices that enhance them and their lives. We understand that thinking about the Self Care at the mental health services and consider the lives that are there for them is to think beyond those areas, since they need to act as devices, or as triggers of other ways of living the verbs of life.

Keywords: Self Care, Psychiatric Reform, Narrative.

Sentir é criar. Sentir é pensar sem ideias, e por isso sentir é compreender, visto que
o universo não tem ideias.

(Fernando Pessoa)

“Palavras – movo-me com cuidado entre elas que podem tornar-se ameaçadoras.”

(Clarice Lispector)

SUMÁRIO

1 PRIMEIRAS AFECÇÕES	12
1.1 DE OUTRO MODO	14
1.2 EXPERIÊNCIAS INCOMO(AN)DANTES	17
2 CONSTRUÇÃO DE UMA CAIXA DE FERRAMENTAS	26
2.1 FERRAMENTAS HISTÓRICAS	26
2.1.1 CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TERRITÓRIO TUPINIQUIM...28	
2.2 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS: DA CARTOGRAFIA À NARRATIVA	31
2.2.1 A ARTE DE CONTAR HISTÓRIAS	34
3 AS PRÁTICAS DE SI: PRODUÇÃO DE ARTESÃOS DA VIDA	40
3.1 CUIDADO DE SI E DO OUTRO: ALGUNS PRINCÍPIOS	40
4 OS JOGOS DE VERDADE NA PRODUÇÃO DE SUJEITOS	70
4.1 CONDIÇÕES PARA O ACESSO À VERDADE	70
4.2 DO INDIVÍDUO DA VERDADE AOS SUJEITOS DOS CONHECIMENTOS	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXO A - Termo de autorização da pesquisa	93

1 PRIMEIRAS AFECÇÕES

Amadurecência

O Teatro Mágico

Composição : Fernando Anitelli

A poesia prevalece!!!
 O primeiro senso é a fuga.
 Bom...
 Na verdade é o medo.
 Daí então a fuga.
 Evoca-se na sombra uma inquietude
 uma alteridade disfarçada...
 Inquilina de todos os nossos riscos...
 A juventude plena e sem planos... se esvai
 O parto ocorre. Parto-me.
 Aborto certas convicções.
 Abordo demônios e manias
 Flagelo-me
 Exponho cicatrizes
 E acordo os meus, com muito mais cuidado.
 Muito mais atenção!
 E a tensão que parecia nunca não passar,
 ?O ser vil que passou pra servir...
 Pra discernir...?
 Harmonizar o tom.
 Movimento, som
 Toda terra que devo doar!
 Todo voto que devo parir
 Nunca dever ao devir
 Nunca deixar de ouvir...
 com outros olhos!

Um carro cheio de malas, sonhos e expectativas vindos do interior do Espírito Santo para a capital. Trancinha no cabelo. Mãe. Avó. Primo. Primas. Amigos. Desconhecidos. Um pouco de timidez. Mas a certeza de que uma vida começaria a partir dali.

Universidade Federal do Espírito Santo, uma cidade cheia de outras cidades, vidas e mundos estranhos. Por vezes assustadores. Curso de Psicologia, um lugar cheio de pessoas “alternativas”. Será que eles irão me fazer mal?

Quero sair daqui vestida de branco para o mundo. Mas andanças pelas areias me fizeram sair de pés no chão. E mãos na terra.

Segundo período de Psicologia. Um cartaz: Seleção para alunos extensionistas. O trabalho seria no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, ou melhor, com pessoas que estavam saindo de lá. Uma entrevista. Muitas falas, idealizações. Será que sabia do que falava? Uma tia esquizofrênica. Abandono em Clínica de Repouso. Será que sabia onde estaria me “metendo”?

Muitas andanças pelas cidades. Crises e conflitos. Construções em meio ao caos. Em meio ao Transcol¹. Nos bancos das praças. Orientações. Orientações. Bate – papo. Passeios. Filmes. Sonhos. Novas possibilidades. Liberdade / Tutela. Flashes. Amigos. Companheiros de luta.

Uma dor de barriga de tanto comer banana da terra, estava com tanta vontade... Há mais de 30 anos não comia seu prato preferido. A vida em sua simplicidade.

Desde lá nunca mais recebi alta. Será que quero? O que é possível no mundo improvável dos delírios?

¹ Linha de ônibus que percorre os municípios da região denominada Grande Vitória. Durante o período de estágio nas Residências Terapêuticas, - posteriormente, esses serviços serão conceituados - esse era o meio de transporte que os estagiários utilizavam para chegar às Residências e também para passear com os moradores desses serviços. Muitas conversas e descobertas se davam nos espaços desses ônibus.

“Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero é uma verdade inventada.” (LISPECTOR, 1998, p. 20)

Ano de 2008. Seria o início de um outro percurso? Um retorno ao interior? Não me aguento. Processo de seleção. Entrada no mestrado e um retorno para “lugares dantes navegados”. Ou seriam “nunca dantes navegados”?

Um Bom Encontro: O Cuidado de Si. A Nau muda um pouco seu rumo, mas segue seu percurso. E reinventa seus caminhos. Histórias de vidas vividas.

1.1 DE OUTRO MODO

Ainda no período da graduação em Psicologia, estabeleceram-se os primeiros contatos com o campo denominado “saúde mental”. Refiro-me desse modo, pois neste estudo trataremos o termo acima referido do modo como vem sendo, convencionalmente, feito pelas políticas de saúde.

O início do contato com o campo da Saúde Mental deu-se no contexto da inauguração das primeiras Residências Terapêuticas do estado do Espírito Santo em outubro de 2004. Na ocasião, foram inauguradas duas Residências, uma feminina e uma masculina, todos os moradores eram ex-internos do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho – ES.

Minha vinculação inicial foi via HECCEIDADES: Programa de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental, cujas orientadoras eram a Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Campello Lavrador e a Prof.^a Dr.^a Leila Domingues Machado. Nele, atuei como aluna extensionista e, posteriormente, como estagiária, contratada pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA-ES. Vivenciei experiências no campo da saúde mental, durante a graduação, em um período de aproximadamente 04 (quatro) anos.

Durante a experiência de estágio percebíamos que, em muitos momentos, as práticas de atenção dispensadas pelos serviços ficavam engessadas/presas ao diagnóstico psiquiátrico do morador. E a vida dessas pessoas era reduzida, em alguns casos, a um código composto por letras e números. Sentíamos, ainda, que as práticas de tutela presentes no cotidiano dificultavam que maiores espaços de liberdade pudessem ser construídos. Considerando que as relações estabelecidas com os ditos “loucos” eram baseadas em “verdades” que versavam que eles eram incapazes, perigosos, sem condições de fazer suas próprias escolhas.

Sinto ainda a vontade de dizer que, em tantas outras, eram construídas com essas pessoas relações de troca em que todos podiam falar e ouvir, dizer das suas vontades, sonhos, amores e desamores, eram construídos espaços de liberdade, movimentos potentes.

Nós, estagiários, ocupávamos um lugar próximo ao denominado Acompanhante Terapêutico (AC) e, junto aos ex-internos do Hospital Psiquiátrico Aduado Botelho e agora moradores das Residências Terapêuticas, íamos descobrindo junto com eles o mundo que pulsava para além dos muros do Hospital. Era uma experiência única e bastante instigante, pois éramos incitados a (re)descobrir o mundo que nos rodeava cotidianamente e que para aquelas pessoas era completamente estranho e desconhecido. Segundo Lancetti (2009), a prática do Acompanhante Terapêutico se dá em transitar pelas cidades com pacientes com transtorno mental objetivando nesses movimentos o encontro, a conexão com pessoas, atividades, acontecimentos, imprevistos. O autor afirma ainda que, por vezes, essa é a única modalidade de tratamento que consegue acessar o sujeito, “nos primórdios os praticantes chamavam-se *amigos qualificados*” (LANCETTI, 2009, p. 30)

Era preciso construir com esses novos moradores do território esse mundo, a fim de que fosse possível habitá-lo, depois de décadas de “exílio”. Falar da moeda circulante, de qual pasta de dente era usada pela maioria das pessoas, discutir com a equipe sobre o desejo de uma senhora de 70 anos poder tomar uma “bebidinha” no bar ao lado da casa. Ouvir e ser afetada pelas histórias daquelas pessoas que,

por vezes, tentavam encontrar uma explicação ou pelo menos um motivo para tanto tempo de internação em um Hospital Psiquiátrico.

A postura assumida por muitos profissionais frente a essa realidade nos inquietava. Éramos um grupo ou companheiros de lutas que atuavam nas Residências Terapêuticas ou também denominadas Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs² e por nós denominadas Dispositivo-Casa, por considerarmos aquele espaço como disparador de modos outros de ser e estar na vida (LAVRADOR, 2006, p.166).

Por vezes, nos víamos capturados também por esse funcionamento que reduzia a vida e sua potência a codificações e protocolos. Contudo, as trocas de experiências que se davam nas conversas informais e nas supervisões coletivas, nos confrontavam com os posicionamentos tomados e nos permitiam analisá-los e reconfigurá-los. Muitas pontes e outros modos de vida foram construídos em nós, neles e conosco.

Ainda no período da graduação, participei de Iniciação Científica cujo objetivo era conhecer e mapear a rede dos serviços de assistência em saúde mental no município de Cariacica-ES, incluindo o Hospital São Lucas-ES. No período em que se deu a pesquisa, o referido Hospital era porta de entrada para pacientes em surto psiquiátrico no estado do Espírito Santo – ES. Nessa mesma pesquisa incluímos, ainda, as ações da Coordenação Estadual de Saúde Mental - ES. As orientadoras da pesquisa foram as mesmas do projeto de extensão, uma vez que esse projeto de pesquisa compunha o Programa HECCEIDADES.

Ao inscrever-me para o Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, meu objetivo inicial era dar continuidade à temática abordada no Projeto de Iniciação Científica de que

² Os SRT's foram legitimados com a Portaria n.º 106/2000 do Ministério da Saúde e têm por fim constituírem-se como um serviço substitutivo com caráter de moradia. Devem atender prioritariamente às pessoas que permaneceram internadas, durante muitos anos em hospitais psiquiátricos e que não contam com apoio adequado na comunidade e/ou na família (BRASIL, 2004b).

participei. Contudo, considere, nessa nova etapa, os serviços que compõem a rede de saúde mental na Macrorregião norte do Espírito Santo³.

Ao iniciar os estudos para o mestrado, “Encontrei-me⁴” com o conceito de Cuidado de Si proposto e debatido por Michel Foucault. E tal conceito passou a fazer sentido no contexto da proposta a ser estudada. “O bom existe quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso, e com toda ou com uma parte de sua potência, aumenta a nossa.” (DELEUZE, 2002, p.28) E foi isso que aconteceu. O Encontro com o Cuidado de Si potencializou minha estada nesse processo. Segui, construindo nele e com ele novas estradas no caminho do pesquisar.

Concomitante ao início dos estudos no Programa de Pós Graduação, atuei como psicóloga em um Ambulatório de Saúde Mental. E iniciei os estudos acerca do “perturbador” conceito de Cuidado de Si. Posteriormente atuei em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, lugar onde, de modo mais localizado, me propus à acompanhar processos e “contar as histórias” que compõem essa dissertação. Atualmente, atuo como coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad, no Espírito Santo renomeado de Centro de Tratamento ao Toxicômano – CTT. As experiências pós-formada ocorreram no município de São Mateus – ES.

A atuação nesses espaços, as conversas com outros profissionais, o cotidiano do serviço, as decisões que precisam ser tomadas produziram e têm produzido, disparado interferências em mim que potencializam as inquietações acerca das diferentes faces que assumem a assistência e as ações dos profissionais nesses espaços e nas Políticas de Saúde.

³ O estado do Espírito Santo é dividido em Macro e Microrregiões, essas últimas são: São Mateus, Colatina/ Linhares, Vitória, Serra/ Santa Teresa, Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante, Cachoeiro do Itapemirim e Guaçuí. (Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/Novo_PPA_inclusao_21_6_09.pdf. Acesso em 16 de Maio de 2011)

⁴ A palavra “Encontro” é utilizada aqui no sentido Espinosano, referindo-se aos encontros na vida, no mundo, com as pessoas, com as coisas. Esses encontros implicam momentos nos quais a mudança está posta o tempo todo, mesmo que não nos demos conta de imediato da metamorfose pela qual passamos. Entendemos que a cada encontro (com uma pessoa, um filme, uma música, um livro e outros) saímos perpassados de novas forças/fluxos que podem interferir na forma como entendemos os movimentos que nos cercam e também que nos escapam. Contudo, podemos estar tão endurecidos e fechados que nossa abertura aos afetos esteja limitada.

1.2 EXPERIÊNCIAS INCOMO(AN)DANTES

Vivenciando o cotidiano dos serviços de saúde mental nos quais atuei (CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, CAPS ad/CTT), diferentes cenas e situações me fizeram e fazem refletir, questionar acerca do que estamos fazendo das vidas e com as vidas que ali estão. Contudo, o que aqui importa não é o que aconteceu no serviço tal ou tal, mas as vidas e histórias que ali se fazem, os modos de vida, as intervenções que são produzidas naqueles espaços. Relato aqui algumas delas a fim de iniciarmos um caminho, ou melhor, como não sabemos onde ele começa e onde ele termina, apresento os relatos a fim de que possamos adentrar o cotidiano e mergulhar nesse pensamento que se faz e se produz na e pela vida. Assim, poderemos começar esta conversa.

No dia-a-dia dos serviços de saúde mental, nos quais algumas pessoas permanecem por cerca de 10 horas, alguns usuários não podem levantar da cadeira, que logo todos perguntam “Aonde você vai? Foge não. Senta de novo aí!” Fugir do quê? Por quê? Só se foge quando se está preso.

É popularmente sabido que, anatomicamente, ficar muito tempo sentado faz mal para a circulação e coluna. Será que as equipes dos serviços de saúde não sabem disso? Andar faz bem. Até para os “loucos”. Se os serviços substitutivos de saúde mental têm por proposta inicial criar espaços de diálogo, de troca de ideias, de produção de saúde, por que o movimento gera tanto incômodo? Sair dos lugares pré-estabelecidos, circular entre as vidas que ali se estabelecem permite trocas e construções de ferramentas e estratégias mais amplas.

O sangue precisa circular pelo nosso corpo para levar nutrientes a todos os órgãos, bem como eliminar os resíduos de modo que não ocorra uma intoxicação. Assim, também o somos. Precisamos circular, trocar vivências e eliminar ou compartilhar o que nos incomoda.

Nunca, pois, um animal, uma coisa, é separável de suas relações com o mundo: o interior é somente um exterior selecionado; o exterior, um interior

projetado; a velocidade ou a lentidão dos metabolismos, das percepções, ações e reações entrelaçam-se para constituir tal indivíduo no mundo. É, em segundo lugar, existe a maneira como essas relações de velocidade e de lentidão são efetuadas conforme as circunstâncias, ou esses poderes de ser afetado, preenchido. Pois eles o são sempre, mas de maneira muito diferente, dependendo de que os afetos presentes ameacem a coisa (diminuem a sua potência, amortecem-na, reduzem-na ao mínimo), ou confirmem, acelerem e aumentem: veneno ou alimento? (DELEUZE, 2002, p. 130 – 131)

Outro incômodo muito presente nos serviços ambulatoriais é o fato de alguns usuários do serviço se recusarem a participar das oficinas propostas. Os profissionais relatam sentirem-se desvalorizados e afrontados pela “desobediência” e “preguiça” de alguns usuários: “Fulano não faz nada! Nem sei para que vem aqui, não quer participar de oficina⁵!” Esse é um dos arranjos mais ouvidos nas reuniões de equipe, no dia-a-dia.

Entender que os serviços de saúde mental vão na contramão do modelo capitalista de produção é um desafio para esses serviços. Os CAPS trabalham, ou precisam trabalhar, em uma lógica de acordos cotidianos, contratos acerca do que e do por que isso ou aquilo será proposto, de regras compartilhadas. Afirmando processos de trocas e acordos, no qual todos têm o direito de falar e fazer escolhas. Com essas afirmativas não está sendo proposto aqui um *Laissez Faire* – deixar fazer. Entendemos que regras e normas são essenciais para a vida em sociedade, mas que no ócio ou em um bate-papo informal também produzimos ferramentas para a vida.

Concomitantemente percebemos que o acolhimento e a escuta dispensada por alguns profissionais aos usuários dos serviços produzem efeitos bastante potencializadores e que para o alcance desses resultados, as estratégias e tecnologias utilizadas são leves, mas por vezes bastante complexas.

Segundo Merhy (2002) as tecnologias leves correspondem as relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. [...] pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados

⁵Cumprir informar que os serviços de saúde mental em modalidade de CAPS têm por uma das atividades propostas, as oficinas terapêuticas que objetivam trabalhar alguns aspectos cognitivos, motores, lúdicos, ocupacionais, entre outros com os usuários dos serviços.

com a produção do cuidado. (MERHY e FRANCO, 2002, Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf Acesso em 16 de Maio de 2011)

“Aqui no CAPS fui acolhido e tratado como nunca fui em nenhum outro lugar, só aqui consegui sair dessa situação. Os profissionais daqui me ouviram.”

“Você pode conversar comigo um pouquinho, hoje não estou me sentindo bem [...] Foi bom conversar, parece que agora tudo está mais claro.”

Espaços de conversas informais, atendimentos sem agendamento prévio, oficinas terapêuticas, acolhimentos diários, grupos e muitas outras estratégias de atenção podem auxiliar na construção de modos de vida, no estabelecimento de encontros que tornam os sujeitos mais fortes e alegres.

Sabemos que estamos referindo-nos a um serviço de atenção diária. Nesses espaços são sim necessários uma organização e um planejamento das ações, contudo não podemos desconsiderar que, no cotidiano da vida, e também, no cotidiano dos CAPS's, imprevistos e situações não programadas acontecem; por isso precisamos construir ferramentas para lidarmos com elas – ainda que, por vezes, essas ferramentas se construam nos acordos cotidianos que estabelecemos entre profissionais e usuários dos serviços.

“Drª. eu tomo Rivotril...”.

“Ele anda sempre comigo para o caso de eu me sentir mal...”.

“Mesmo que eu não tome preciso saber que ele está aqui...”.

Essas são as falas iniciais de muitas pessoas que chegavam ao primeiro atendimento psicológico comigo. De modo especial, percebi isso nos homens que vinham ao atendimento.

Nas cidades do interior, os homens, quando vão fazer alguma consulta ou exame, em geral, colocam camisas com botões que têm um bolsinho em sua parte superior esquerda. Muitos desses homens colocam caneta e Carteira de Identidade nesse bolso. Entretanto, quando iniciaram participação em um Programa de Saúde Mental,

acrescentaram uma cartela de Rivotril e, quando chegavam ao atendimento, em muitos casos, antes mesmo de dizerem seus nomes tiravam a cartela da medicação do bolso da camisa e começavam a falar as frases escritas acima.

Essas cenas e tantas outras de algum modo me incomodaram; pressentia a reprodução de certo padrão de dependência de algumas formas de assistência.

Diante dessas e de outras situações vivenciadas, um questionamento começou a ser construído em mim: as práticas no campo da saúde mental têm ajudado a construir que modos de vida? O que estamos ajudando a produzir? Quais os efeitos das estratégias que estamos adotando e, por vezes, apenas reproduzindo?

Sentia e sinto em alguns momentos que nossas práticas têm ajudado a reproduzir postura de tutela, manicomializantes. Ou seja, posturas que não permitem que o outro reflita sobre as suas respectivas escolhas. Em outros momentos, sobrepomos ao outro os nossos desejos de profissional, as nossas expectativas, as soluções que avaliamos mais adequadas. No entanto, esquecemos que cada vida é singular e que, portanto, necessita construir caminhos singulares. Sendo assim, o nosso papel de profissional da saúde seria o de auxiliar nas escolhas dos materiais mais adequados para a construção do caminho e não o de usar a pá, a enxada ou o rastelo para construir o caminho do outro e muito menos “obrigar”, “induzir” que ele, simplesmente, caminhe por uma estrada já preparada.

Em outras tantas situações, sinto que estamos produzindo em nós e com os sujeitos que procuram os serviços de saúde mental práticas de liberdade, posturas afirmativas e potentes. Estamos produzindo vida.

Quais são os limites entre a tutela e o cuidado? Sempre que usarmos a palavra “Cuidado”, estaremos referindo-nos a noção de Cuidado de Si e do outro que afirma a construção de práticas de liberdade (FOUCAULT, 2006a).

Entendemos, também, que as práticas de cuidado perpassam pelo serviço, mas não se restringem a ele. Os sujeitos que estão nos serviços de saúde mental não

pertencem apenas àquele espaço. Assim, os serviços precisam configurar-se como um lugar de passagem, a fim de que o usuário possa construir e nutrir as relações que estabelece fora dali.

Além de usuários de um Programa de Saúde Mental, os Josés e as Marias que estão no CAPS também são pais, filhos, tios, homem, mulher, participantes de uma congregação religiosa, amantes do carnaval e torcedores do seu time de preferência. Logo, reduzir a ideia do cuidado ao serviço de saúde é reduzir a noção de vida.

Esses e muitos outros questionamentos invadem-me quando penso acerca do tema, mas outros se juntam a eles: como os usuários dos serviços sentem e vivenciam as práticas de assistência dispensadas? Sentem-se participantes da construção delas?

Quando afirmamos que somos invadidos por certos questionamentos, pensamentos e ideias, compartilhamos com Deleuze a ideia de que “[...] o pensamento só pensa coagido e forçado [...]” (DELEUZE, 1988, p.142). Assim, concluímos que esse modo de entender o pensamento afirma a possibilidade de tensões, de desterritorializações e, ainda, a construção de outros modos de conhecer e perceber o mundo e aquilo que o constitui.

Desse modo, o meu campo problemático teve seus primeiros contornos delineados nesta proposta de estudo: ‘sentir’, cheirar mais de perto, as práticas disponibilizadas às pessoas que frequentam o CAPS I localizado no município de São Mateus.

A partir do olhar atento a essas práticas e partindo do conceito de “Cuidado de Si” discutido inicialmente por Michel Foucault e posteriormente por outros autores, busquei cartografar, acompanhar algumas dessas práticas, alguns desses processos e quais modos de ser e estar na vida eles têm produzido. Para tanto, dialoguei com Walter Benjamin através de sua proposta de narrativa. E contei algumas histórias e relatos vivenciados nesse serviço durante o período em que estive nele como aluna de um curso de mestrado.

Cabe neste espaço colocar um desafio relevante que se colocou para essa proposta de estudo: como eu, trabalhadora dos serviços de saúde mental do mesmo município o qual me proponho estudar, falo desse lugar que de certo modo já conheço? Como falar de uma experiência estando na experiência e a compondo? Como falar de algo encarnado e que acaba por me emudecer, endurecer? Como construir estratégias para se libertar daquilo que se apega e que só se consegue sentir e, não raro, não se vê?

Percebo no processo que é preciso tomar cuidado com o já conhecido, pois nele habitam inúmeros pontos cegos que, por vezes, não são vistos, já que estão impregnados em mim. Qual o grau de distanciamento que devo adotar? O que ainda me inquieta? O que me paralisa?

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 2009b, p. 15).

Ao mesmo tempo, aprendi que, para compreendermos o funcionamento de dado serviço e as forças que o perpassam, é necessário vivenciá-los, experimentá-los. É necessário sofrer suas modificações e crises. E é nesse processo de experimentar o mesmo de modos diferentes, vivendo suas crises e cronificações, que escrevo este texto.

“Ando tão a flor da pele qualquer beijo de novela me faz chorar. Ando tão a flor da pele[...]” (Zeca Baleiro)

Este lugar que habitei no processo de construção desse trabalho exigiu exercícios e deslocamentos constantes. Tomei por proposta o que dizem Deleuze e Guattari, quando discutem a linguagem em sua obra *Kafka, por uma Literatura Menor*: o desafio é ser estrangeiro na própria língua, afirmando assim, a possibilidade de um polilinguismo na própria língua. (DELEUZE, GUATTARI, 1975, p.41). Proponho também, a possibilidade de um estranhamento do comum, do cotidiano.

É a mesma coisa que gaguejar, mas estando gago da linguagem e não simplesmente da fala. Ser um estrangeiro, mas em sua própria língua, e não simplesmente como alguém que fala uma outra língua, diferente da sua. Ser bilíngue, multilíngue, mas em uma só e mesma língua, sem nem mesmo dialeto ou patuá. (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 42-43).

Esse processo de estranhamento com aquilo que poderia ser corriqueiro deu-se também no processo da escrita. Alguns dos conceitos aqui trabalhados e algumas situações vivenciadas tiveram um início de encontro ainda no período da graduação, mas, por vezes, o encontro com esses conceitos aconteceu de modo superficial. Então, a fim de transpor aquilo que parecia já dado, iniciei o processo de escrita falando dos conceitos quase que intuitivamente, sem me preocupar muito com a “origem” deles, refiro-me a eles do modo em que estão em mim e depois sigo os ajeitando e dando um contorno mais inteligível ao leitor. A escolha desse modo de escrever tem por intenção tornar o texto mais leve e mais afetuoso, para que possamos, juntos, construir novas linhas e páginas após as considerações finais.

De que são feitos os dias?

- De pequenos desejos,
vagarosas saudades,
silenciosas lembranças.

Entre mágoas sombrias,
momentâneos lampejos:

vagas felicidades,
inatuais esperanças.

De loucuras, de crimes,
de pecados, de glórias
- do medo que encadeia
todas essas mudanças.

Dentro deles vivemos,
dentro deles choramos,
em duros desenlaces
e em sinistras alianças...

(Cecília Meireles)

2 CONSTRUÇÃO DE UMA CAIXA DE FERRAMENTAS⁶

2.1 FERRAMENTAS HISTÓRICAS

Partindo de uma perspectiva histórica acerca das práticas de atenção dispensadas aos que passaram pela experiência da loucura⁷, é possível indicar três formas distintas de compreender essas práticas – tal como descrito por Foucault em suas obras *A História da Loucura* (1972), *Doença Mental e Psicologia* (1975), *Microfísica do Poder* (1979) – e que estão diretamente relacionadas aos discursos que se destacaram nos contextos históricos diversos.

Até meados do século XVII, no que concerne a atenção dispensada ao louco, havia certa predominância do discurso religioso, no qual, por exemplo, aqueles que se propunham a assistir os ditos loucos nos espaços de confinamento não tinham como preocupação “curá-lo”, mas garantir sua própria salvação espiritual, já que as práticas estavam relacionadas a uma forma de expiar pecados e assegurar a salvação eterna. (FOUCAULT, 1979) Algumas das formas de tratar esse grupo de pessoas durante esse período eram: o exílio, a ação de embarcá-los em naus e deixá-los em ilhas distantes para que nelas permanecessem.

No período compreendido entre os séculos XVII e XVIII, os ditos loucos permaneciam “hospedados” em lugares denominados manicômios junto a outras categorias que eram consideradas perigosas pela sociedade, como: leprosos, prostitutas, moradores de rua, o que garantia, assim, a dita higienização dos espaços. (AMARANTE, 1995)

⁶ Ver (FOUCAULT, 1985, p.69-78)

⁷ Prefiro usar a expressão “experiência da loucura”, uma vez que, assim como Foucault (1972) descreveu muito bem em sua obra intitulada *História da Loucura*, o conceito de doença mental nos é apresentado como uma construção sócio-histórica e que marca definitivamente a história dos sujeitos. Ao falar de “experiência da loucura”, considero-a não como um estado definitivo e estático de vida, mas como uma das formas que a vida pode assumir, sendo que o sujeito pode passar por essa experiência e posteriormente construir outros modos de habitar os verbos da vida.

A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, que passa a ser denominada “doença mental”. Concomitantemente, é “inaugurado” o trabalho especializado a ser dispensado ao “Doente Mental”, a disciplina médica denominada Psiquiatria. Nesse período, de modo mais específico, são iniciadas as tentativas de “cura” para a doença mental, através da classificação das “doenças mentais” e do uso de terapêuticas biomédicas, como as sangrias, a lobotomia, a eletroconvulsoterapia ou, como mais comumente denominado, o eletrochoque, e o uso de psicofármacos.

Mais recentemente, outro discurso, o da Reforma Psiquiátrica, começou a disputar com o discurso médico a legitimidade nos jogos de verdade a respeito da loucura, do louco e de seu tratamento. Propõe-se um deslocamento da exclusividade do saber médico-psiquiátrico para discussões no campo da interdisciplinaridade; da noção de doença para a de saúde; dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade. Esse movimento iniciou-se na Itália, tendo como um dos precursores o psiquiatra italiano Franco Basaglia. O Movimento da Reforma se expande para o restante do mundo através de ações conjuntas entre profissionais dos serviços de saúde, familiares e usuários dos serviços. Mais adiante, trataremos de como esse processo se estabeleceu em território brasileiro.

Se esses diferentes discursos e práticas parecem distantes no tempo, como se houvesse uma progressão evolutiva de um para outro, percebemos que não há uma nítida ruptura entre eles, ao contrário, todos co-habitam o cotidiano dos serviços de saúde, de saúde mental, das relações, da vida. Sendo assim, faz-se necessário dialogar com eles a fim de se atuar e intervir no campo da saúde mental.

O trabalho em saúde mental, portanto, constrói-se, hoje, em meio à disputa dos discursos que refletem o embate interno no campo designado “Saúde Mental”. É um espaço tenso por estar habitado por diferentes posturas profissionais, conceitos de saúde – doença, bem como por diferentes formações discursivas. Assim, temos no mesmo espaço desde a crença de que o tratamento para com o louco é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que

não basta apenas conhecimento técnico-científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de outro modo de se relacionar com a loucura, com a vida, com os “manicômios mentais” em nós (FOUCAULT, 2006a; PELBART, 1993).

Desse modo, concordamos com Peter Pél Pelbart (1993) quando afirma a existência dos manicômios mentais. Não sendo, assim, suficiente colocar abaixo as estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos e outras instituições de asilamento. Mas nesse processo de Reforma é imprescindível reavaliarmos nossas crenças em verdades dogmáticas, pensamentos e posturas segregadoras e preconceituosas que são afirmadas todos os dias.

Movimentos contrários ao da Reforma Psiquiátrica se constituem a todo instante, na tentativa de desqualificá-la. Tal Reforma é classificada, por vezes, como desprovida de rigor técnico e como protagonista de ações irresponsáveis, uma vez que propõe a abertura dos portões da loucura reafirmando a importância do tratamento no território. Contudo, além do rigor técnico faz-se necessário reconhecer a importância das afecções presentes no processo de cuidado às pessoas que passaram pela experiência da loucura. E ainda reconhecer a necessidade de manter as relações afetivas que estão presentes nos territórios de afetos e relações dos sujeitos. Essa postura ajuda a evitar que haja uma tentativa de domínio sobre o louco e a loucura e ainda que esse domínio fique apenas a cargo, ou seja exclusivo, de uma categoria profissional. Isso corrobora assim, que a loucura é inerente à vida e que, além das diferentes categorias profissionais, aquele que passou pela experiência da loucura também pode dizer sobre ela.

É também nesse modo de pensamento que se constitui o processo da Reforma Psiquiátrica em terras brasileiras.

2.1.1 CAMINHOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO TUPINIQUIM

No final da década de 70, no território nacional, teve início uma intensa mudança de paradigmas no âmbito da Saúde Mental. Disparada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM),⁸ a busca por outras maneiras no trato da loucura tornava-se uma prerrogativa, uma bandeira era levantada para o início de uma batalha. De modo geral, o movimento questionou as práticas assistenciais e as condições de trabalho e propôs-se a colocar em questão o hospital psiquiátrico como lugar *do cuidado* por excelência (AMARANTE, 1995).

Ao longo dessas últimas décadas, foram criados serviços de substituição dos hospitais psiquiátricos, entre os quais destacamos os pioneiros: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁹ e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)¹⁰. Esses serviços tornaram-se referências para a formulação das primeiras portarias em saúde mental¹¹. Os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial foram, inicialmente, tomados como sinônimos e regulamentaram a implantação dos novos serviços em todo o país (AMARANTE *et al*, 2001). A partir desse contexto, as equipes de saúde mental foram sendo compostas¹² e começaram a funcionar dentro das Unidades Básicas de Saúde em parceria com as Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Posteriormente, foram implementados os Serviços Residenciais Terapêuticos, e outros modos de assistência foram estabelecidos, como a formação de cooperativas e a constituição do Movimento de Luta Antimanicomial,¹³ ações que compõem a rede de atenção à saúde mental.

⁸ Sobre esse assunto, ver AMARANTE, 1995.

⁹ O primeiro CAPS foi chamado Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira e inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo; foi também conhecido como CAPS da rua Itapeva. Propunha ser um serviço alternativo entre o hospital e a comunidade, funcionando 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira, com atendimento voltado a pessoas com transtornos mentais graves, abrangendo o espaço do próprio serviço (AMARANTE *et al*, 2001; LANCETTI, 2009). A Portaria de Criação dos Centros de Atenção Psicossocial é a Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. (BRASIL, 2002a)

¹⁰ O NAPS surgiu após uma intervenção na Clínica Anchieta, em Santos, SP. Tinha como proposta ser um serviço substitutivo ao modelo manicomial, com funcionamento de 24 horas e aberto todos os dias da semana. Possuía atendimento territorial e voltado à existência-sofrimento do sujeito em relação ao corpo social (AMARANTE *et al*., 2001; LANCETTI, 2009).

¹¹ Portaria 189/92a e 224/92b do Ministério da Saúde (BRASIL, 1991)/(BRASIL, 1992).

¹² A equipe de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde deve ser composta por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados (BRASIL, 2005).

¹³ É um movimento cujo lema é “Por uma sociedade sem manicômios”, cujo objetivo é não só pôr fim aos prédios e muros dos manicômios, mas propor uma mudança de olhar para a loucura, apostando que é possível conviver com a diferença. Disponível em: <<http://www.rizoma.net/interna.php?id=155&secao=neuropolitica>>. Acesso em: 07 nov 08.

De forma geral, todos esses serviços e ações têm por foco a não manutenção de práticas manicomiais¹⁴ e a assistência para com aqueles que passaram pela experiência da loucura dentro do território¹⁵ dos sujeitos, bem como a ampliação das possibilidades de assistência disponibilizadas.

Outro marco importante é a promulgação da Lei 10. 216/2001 (BRASIL, 2001) redigida inicialmente, por Paulo Delgado, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O texto final é diferente do originalmente proposto, contudo, como marco legal, a aprovação dessa Lei é de extrema importância para o Movimento, uma vez que auxilia no direcionamento e na justificativa de algumas ações, considerando que o Movimento da Reforma ainda é desconhecido por parte da população e de alguns profissionais.

Entendemos que não são as leis que provocam mudanças na sociedade, nem propomos aqui uma discussão acerca do que vem primeiro, mas sabemos que, em uma sociedade burocratizada, a regulamentação de algumas ações se faz necessária, a fim de que os profissionais tenham suporte para tomar decisões e deliberar ações.

Como apontado anteriormente, no contexto da Reforma Psiquiátrica são criados os serviços de substituição dos hospitais psiquiátricos, que têm por premissa afirmarem espaços de liberdade e de cuidado no território existencial dos sujeitos. Contudo, sabemos que o lugar físico não assegura ações de liberdade, mas as práticas cotidianas, as posturas assumidas pelos profissionais é que irão potencializar e/ou

¹⁴ As práticas manicomiais são ideias que se atualizam em ações que anulam o sujeito, isto é, que desconsideram o saber que ele tem, que dificultam os movimentos de mudanças produzidos, que calam o outro.

¹⁵ A expressão território emerge da experiência italiana de desinstitucionalização e refere-se à região de abrangência de um serviço, onde estão localizados os movimentos sociais, culturais, sindicatos, feiras, igrejas, clubes esportivos, comércio, escolas, universidades e outros serviços de saúde pública. O importante é que o serviço esteja aberto para interagir, conectar-se com o que está acontecendo na comunidade, estabelecendo parcerias, alianças e trocas com a comunidade (BRASIL, 2006).

enfraquecer esses espaços, uma vez que, reafirmando Peter (1993), precisamos ainda acabar com os manicômios em nós.

Sendo assim, é possível retomar aqui o conceito de dispositivo proposto por Gilles Deleuze. Quando o autor afirma que dispositivos

[...] não são nem sujeitos nem objetos, mas regimes [...] é necessário definir pelo visível e pelo enunciável, com as suas derivações, com as suas transformações, as suas mutações. [...] dispositivo comporta linhas de força [...] uma meada, um conjunto [...] composto por linhas de natureza diferentes [...] não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos [...] mas seguem direções, traçam processos que estão em desequilíbrio (DELEUZE, 1996, p. 83 – 85).

Entendemos que nenhuma estrutura contém em si ações de liberdade e ou de tutela, porém essas estruturas vão se constituindo nas relações que estabelecem. Logo, os serviços substitutivos não contém em si o cerne da liberdade; não sendo possível falar de certeza de posturas ou modelo de relações, mas sim afirmamos a possibilidade de diálogo com as ações que se configuram acerca do que estão produzindo, uma análise constante de nossas atitudes e suas produções.

É nesse contexto que pretendemos pensar a questão do Cuidado de Si. Contexto no qual há acolhimentos, mas há também por algumas vezes o incômodo com o movimento; em outras ocorre uma eleição de práticas privilegiadas de assistência, em outras, um trabalho que busca ouvir ativamente o outro e aquilo que ele traz para aquele dia. A fim de auxiliar nesse “perturbador” diálogo com o Cuidado de Si e com as práticas dos serviços de Saúde Mental, utilizaremos a arte de contar histórias proposta por Walter Benjamin, adotando para isso uma postura cartográfica.

2.2 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS: DA CARTOGRAFIA À NARRATIVA

Apostamos em um modo de fazer pesquisa que acompanhe processos e que, portanto, considere o movimento da vida; não em um método que aprisione ou

reduza os sujeitos e suas vidas às respostas para perguntas pré-formuladas e hipóteses já construídas. Assim, buscando ser coerente com a proposta de estudo desenvolvida, utilizei no processo de elaboração deste trabalho não uma metodologia de pesquisa, mas princípios metodológicos. Refiro-me, então, a uma postura e a certas estratégias que podem ser programadas, mas que também buscam acompanhar os movimentos que se constroem nos encontros que o campo problemático propicia. E foi com essa postura ético-estético-política, que habitei o campo de estudo aqui discutido.

O princípio metodológico escolhido foi a cartografia, recurso teórico prático proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) quando afirmam que o princípio da cartografia é “aberto, é conectável em todas as suas dimensões [...] pode-se concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação” (p.22). Ainda sobre a cartografia, Suely Rolnik afirma que:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias.

O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. [...] Vê-se que a linguagem, para o cartógrafo, não é um veículo de mensagens-e-salvação. Ela é, em si mesma, criação de mundos. **Tapete voador...** Veículo que promove a transcrição para novos mundos; novas formas de história. Podemos até dizer que **na prática do cartógrafo integram-se história e geografia.**

Isso nos permite fazer mais duas observações: o problema, para o cartógrafo, não é o do falso – ou - verdadeiro, nem o do teórico – ou - empírico, mas sim o do vitalizante – ou - destrutivo, ativo – ou - reativo. (ROLNIK, 1989, p.1-3) **[grifos nossos]**

É com essa linguagem, que em si mesma é criação de mundos, que pretendemos contar histórias de vidas que passaram e que, de algum modo, foram interferidas e interferiram no espaço do serviço de saúde mental e das pessoas que ali estavam.

Sabemos que as vidas não se encerram e nem se restringem a esses serviços, mas que os perpassam, que os compõem.

Considerando esse modo flexível, uma vez que as estruturas que utilizamos no pesquisar são porosas, maleáveis, ou seja, permitem trocas de humores com outras estruturas, afirmamos que também são construídas a partir de um rigor ético e teórico de pesquisar. Nossa estratégia consiste em contar histórias do cotidiano de um serviço de saúde mental. Essa escolha estratégica é pautada, sempre, nos princípios de acompanhar e estar atento àquilo que nos afeta e que afeta os outros.

O CAPS no qual habitamos por um período como participante das atividades, como cartógrafo das forças e processos ali presentes, está localizado na Microrregião São Mateus, inserida na Macrorregião Norte do estado do Espírito Santo. É a partir desse lugar que contaremos as histórias.

Buscamos aprender com Walter Benjamin a difícil arte de narrar histórias e “não temos aqui nenhuma mensagem definitiva para transmitir, que não existe mais uma totalidade de sentidos, mas somente trechos de histórias e sonhos” (GAGNEBIN 1994 apud BENJAMIN 1994, p.18). Sendo assim, propomo-nos, a partir dessas histórias contadas, a conversar acerca do cuidado de si e do que estamos ajudando a produzir com nossas interferências “técnico-afetivas”.

Também a escolha da estratégia metodológica não se deu fora do campo no qual estivemos durante o estudo, mas foi feita considerando-se esse campo e as interferências que ele produziu. Ou seja, a estratégia também sofreu alterações ao longo da construção dessa dissertação.

Inicialmente, escolhemos como instrumento facilitador para acompanhar os processos no CAPS a filmagem de algumas situações vivenciadas no cotidiano do serviço, bem como de conversas-entrevista realizadas com alguns usuários, escolhidos a partir de suas histórias de vivência no serviço. Foram filmados 03 (três) momentos diferentes (uma entrevista e dois momentos de passeio dos usuários e equipe do CAPS I).

A partir dessas experiências, percebemos que a filmagem apesar de ter produzido falas pertinentes ao tema proposto, fez com que se configurasse naquele espaço e nas pessoas que ali estavam formatação semelhante a de um palco de teatro para que pudesse ser realizada nele determinada apresentação/representação. Assim, a espontaneidade dos gestos e das falas foi camuflada por figurinos, texto decorado e aparência apresentável, a fim de que a peça pudesse ser apresentada/representada.

Considerando que falar de Cuidado de Si¹⁶ (FOUCAULT, 2006) é referir-se a construção de ferramentas cotidianas e que possuem aroma, sabor e texturas próprias, o instrumento da filmagem tornou-se inadequado para a proposta desse trabalho, uma vez que falar do cotidiano como ele se dá às vezes é referir-se também a aroma desagradável, cabelos revoltos e fala desconexa.

Assim, nesse processo de busca por outras estratégias, encontramos-nos com Walter Benjamin e sua *Arte de Contar Histórias*, e, a partir desse encontro, essa arte passou a andar conosco na reflexão sobre o que temos produzido, quais as práticas mais presentes em nossa rotina: as de cuidado e/ou as de tutela.

2.2.1 A ARTE DE CONTAR HISTÓRIAS

Uma analogia entre a arte de contar histórias e a técnica/arte do artesão pode ser feita no modo como escolhemos contar as histórias neste trabalho: considerando que em ambas os produtos preparados durante o “processo artístico” são únicos e levam um pouco das mãos que os modelam.

Jeanne Gagnebim (1994), ao prefaciá-lo em sua obra¹⁷ *Magia e Técnica, Arte e Política*, aponta que existem modos vazios, técnicos e em massa de contar histórias. Contudo, afirma haver modo grávido de sentidos e afetos, contados

¹⁶ Discutiremos de modo mais amplo esse conceito de Cuidado de Si no Capítulo 3 – As Práticas de Si: Produção de Artesãos da Vida.

¹⁷ Esse livro faz parte da coleção *Obras Escolhidas*, volume 1.

na temporalidade em que os fatos acontecem, referindo-se a um tempo do artesanato.

O artesanato permite, devido a seus ritmos lentos e orgânicos, em oposição à rapidez do processo de trabalho industrial, e devido a seu caráter totalizante, em oposição ao caráter fragmentário do trabalho em cadeia, por exemplo, uma sedimentação progressiva das diversas experiências e uma palavra unificadora. O ritmo do trabalho artesanal se inscreve em um tempo mais global, tempo onde ainda se tinha, justamente, tempo para contar. (GAGNEBIN, 1994 apud BENJAMIN, 1994, p.10-11)

A prática de narrar histórias considerando a perspectiva acima citada apresenta-se em processo de extinção, uma vez que se trata de uma troca de experiências constante em que nenhuma das partes é detentora de verdades pré-determinadas, mas os sujeitos se encontram e se afetam, e os conhecimentos se fazem na relação. (BENJAMIN, 1994) Desse modo, não há lugar para “A Verdade”, mas entende-se que há processos de vida que se estabelecem na própria vida e que vão produzindo seus objetos e conhecimentos sobre os mesmos.

Na arte de narrar histórias, bem como na arte do artesão, cada um tem seu estilo próprio e seu modo singular de tratar a matéria-prima. Mas nesse trabalho, para referirmo-nos aos tipos de narradores/artesãos, escolhemos adotar a subdivisão proposta por Benjamin quando o mesmo diferencia modelos de narradores.

Ele afirma que existem dois tipos de narradores. O primeiro é aquele que viaja por diferentes lugares e que, portanto, tem muito a contar acerca de suas diferentes experiências de viagens, “marinheiro comerciante”. E o segundo modelo é aquele que nunca saiu de seu país de origem e conhece seus costumes, valores e tradições, sendo que é a partir desse lugar “seu” que pretende contar suas histórias, como um “camponês sedentário.” Não há um contraponto entre esses dois lugares diferentes de narrar, mas eles podem trabalhar juntos uma vez que muitos camponeses já foram, em algum momento de suas vidas, aprendizes ambulantes. (BENJAMIN, 1994, p.198 -199)

Considerando a minha trajetória espaço-temporal de idas e vindas, descrita no início deste trabalho, é possível estabelecer uma afinidade entre ela e as formas de narrador que Benjamin propõe. Um ir e vir que proporciona o encontro de realidades

e tempos diversos e que, por vezes, provocam confrontos e novas construções de realidades. É nesse movimento que escrevo esta dissertação.

A proposta de narrativa aqui apresentada não objetiva encerrar e explicar por completo o cuidado de si, a saúde mental ou qualquer outro conceito ou tema apresentado. Mas intenciona contribuir para um disparar de novas construções, diferentes discursos e inquietações.

Cada um dos leitores das histórias e vivências aqui contadas é livre para incorporar a elas suas experiências, podendo interpretá-las ao seu modo, se assim o quiserem, uma vez que a narrativa precisa ter força própria e compor com outras histórias, atualizando-se a cada nova leitura.

Metade da arte da narrativa está em evitar explicações [...] o contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser e, com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação (BENJAMIN, 1994, p.203).

Cabe afirmar ainda que cada situação escolhida considera as experiências vivenciadas junto aos usuários dos serviços no cotidiano dos mesmos. “O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros.” (BENJAMIN, 1994, p. 201)

Entendemos por experiência, a correlação em uma cultura, em um determinado espaço-tempo, entre os campos de saber presentes, os tipos de normatizações estabelecidas e as formas de subjetividades produzidas. Ou seja, como uma marcação feita nos corpos que estão grávidos de sentidos e histórias, possuindo, caráter coletivo e co-relacional. (FOUCAULT, 2009b, p.10)

Sendo assim, as histórias aqui relatadas foram escritas e escolhidas por mim, sendo que os demais personagens receberam nomes fictícios ou foram denominados a partir de uma de suas características. Essa escolha objetiva também afirmar que as narrações não são verdades absolutas, mas poderiam ser protagonizadas por qualquer outra pessoa em qualquer outro lugar. Afirma-se a impessoalidade das situações sem, com isso, tornar menor ou menos importante o que aqui é contado.

Nas histórias contadas, buscamos falar com as pessoas e entre as pessoas (DELEUZE, PARNET, 1988). Intencionamos problematizar práticas e ações e não pessoas/indivíduos.

Ao contarmos as histórias ao longo do texto, fazemos a partir de como os fatos ocorridos se configuraram para nós; assim, não temos a pretensão de relatá-los fielmente. Entendemos que, se foi assim que ficaram gravados nos corpos de quem os conta, estabeleceram-se a partir de uma rede de afetos, de afecções. Essa postura faz parte da estratégia que escolhemos adotar para contar as histórias: a narrativa.

Nessa escolha, recortamos parte da realidade. Desse modo, precisamos tomar algumas precauções para lembrarmos que a parte recortada se conecta a outras partes compondo assim a realidade cotidiana. Sempre que falamos de algo, temos a consciência das limitações dessa fala e por isso deixamos brechas para que novas conexões e discursos possam ser feitos e novas e diferentes realidades possam ser compostas. Essa experiência é a todo tempo pessoal e coletiva.

Ela **[a narrativa]** não está interessada em transmitir o “puro em-si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1994, p. 205) **[grifos nossos]**

Outro ponto que deve ser esclarecido é o de que as histórias foram contadas ao longo do texto, de modo a nos ajudar no processo de elaboração do pensamento de algumas ideias. Pretendemos assim abrir os canais de pensamento para que sejamos forçados a pensar e perguntemos o que aconteceu depois. O que pode acontecer depois?

O pronome pessoal plural escolhido para escrever esta dissertação é também uma forma de reafirmar esse lugar coletivo da escrita, que compõe com diversos autores, colegas de trabalho, colegas de mestrado, usuários de serviços; e que, portanto, não pode ser atribuído apenas a um par de mãos, mas a muitos deles.

Seja em primeira pessoa (ou poderia dizer protagonizada por um eu, ou por um nós: aquele que fala), seja em segunda pessoa (tu ou vós: aquele com quem se fala), seja ainda em terceira pessoa (ele ou ela, eles ou elas: aquele de quem se fala), acreditamos que a narrativa é sempre a expressão de um coletivo singular. (LIMA, 2010, p. 29)

É com todos esses “cuidados” que, a partir das histórias narradas, pretendemos continuar falando de experiências do Cuidado. Este, no modo como se configura, traz em si mesmo uma questão, já que está inserido no campo das possibilidades. Assim, muitas realidades tornam-se possíveis, até mesmo as consideradas improváveis.

[...] Se eu pudesse trincar a terra toda
E sentir-lhe um paladar,
Seria mais feliz um momento...
Mas eu que nem sempre quero ser feliz.
É preciso ser de vez em quando infeliz
Para se poder ser natural...

Nem tudo é dias de sol,
E a chuva, quando falta muito, pede-se.
Por isso tomo a infelicidade com a felicidade
Naturalmente, como quem não estranha
Que haja montanhas e planícies
E que haja rochedos e erva...

O que é preciso é ser-se natural e calmo
Na felicidade ou na infelicidade,
Sentir como quem olha,
Pensar como quem anda,
E quando se vai morrer, lembrar-se de que o dia morre,
E que o poente é belo e é bela a noite que fica...
Assim é e assim seja...

(Alberto Caeiro - Do livro O Guardador de Rebanhos Heterônimo de Fernando
Pessoa)

3 AS PRÁTICAS DE SI: PRODUÇÃO DE ARTESÃOS DA VIDA

3.1 CUIDADO DE SI E DO OUTRO: ALGUNS PRINCÍPIOS

Michel Foucault, em sua obra *A Hermenêutica do Sujeito* (2006a), retoma historicamente a concepção de verdade dos gregos, construindo uma história acerca do Cuidado de Si, indo de Platão aos epicuristas e estóicos dos primeiros séculos da era moderna, conforme nos refere Mattar e Rodrigues (2010).

Nessa obra o autor descreve diferentes modos de entender o Cuidado de Si ao longo dos séculos; entre eles, afirma que alguns entendem que para cuidar de si é necessário primeiro conhecer-se, instalando assim a ideia do “conhece-te a ti mesmo”. Aponta também que determinados grupamentos sociais indicam técnicas bem definidas que favorecem o processo de cuidar de si, como: ouvir música, cheirar perfumes, ir ao médico regularmente, fazer atividades físicas com regularidades, comer apenas coisas saudáveis. Em outras situações, descreve a necessidade de um mestre para essa relação de cuidado de si. E em outras, expõe que alguns filósofos entendem que há uma divisão entre alma e corpo. E que uma maior valorização e atenção à primeira pode auxiliar no cuidado de si.

Contudo, Foucault expõe de modo bastante direto um modo de entender o “Cuidado de Si” a partir de uma perspectiva política e prática e que nos auxilia no modo de pensar o cuidado com a experiência da loucura e com a vida, possibilitando modos de vida mais potentes e afirmativos. Adota a forma de entender o Cuidado de Si, sob uma perspectiva grega denominada *epiméleia heautoû*, que pode ser entendida da seguinte maneira:

- Primeiramente, o tema de uma atitude geral, um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações com o outro. A *epiméleia heautoû* **[denominação do cuidado de si dado pelos gregos]** é uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo.

- Em segundo lugar, a *epiméleia heautoû* é também uma certa forma de atenção, de olhar. Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar, que se o conduza do exterior para... eu ia dizer “o interior”; deixemos de lado esta palavra (que, como sabemos, coloca muitos problemas) e digamos simplesmente que é preciso converter o olhar, do exterior, dos outros, do mundo, etc. para “si mesmo”. O cuidado de si implica uma certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. [...]
- Em terceiro lugar, a noção de *epiméleia heautoû* não designa simplesmente esta atitude geral ou esta forma de atenção voltada para si. Também designa sempre algumas ações, ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos. Daí, uma série de práticas que são, na sua maioria, exercícios [...] (FOUCAULT, 2006, p.14-15) **[grifos nossos]**.

Sendo assim, é possível afirmar que, ao retomar os gregos, Foucault propõe pensar o cuidado a partir de uma lógica relacional e que, portanto, não se dá por modelos pré-determinados, mas constrói seus modos na relação, já que as estratégias a serem utilizadas são produto dos encontros e dos afetos que se estabelecem. E, ainda, após construídas as formas, elas não são definitivas, pois se tratam de exercícios a serem realizados e que, com o decorrer do tempo e das experiências, vão se transformando.

Desse modo, nunca se sabe se é muito cedo ou muito tarde para iniciar o processo de Cuidado de Si. É importante durante toda a vida adotar essa postura exercitante e analisadora diante dos acontecimentos e ações da/na vida, uma vez que ocupar-se consigo não é uma parada em dado momento, mas sim um modo de viver, uma postura na vida. O cuidado de si é uma obrigação permanente e que deve durar toda a vida. (FOUCAULT, 2006a, p.106)

Essa postura que precisa se construir ao longo da vida dos sujeitos não se dá com o indivíduo isolado, mas se estabelece nos encontros entre indivíduos e entre indivíduos e objetos. Nessas relações, afetações mútuas podem acontecer e a partir delas outras e diferentes afetações, como que uma onda, ou uma corrente elétrica que passa entre os corpos e que os vai contagiando.

É possível nesse ponto, ainda dialogando com Foucault, falar da possibilidade de construção de uma cultura de si que aponta a possibilidade de ações de cuidado que se inter-relacionam, e não apenas de ações isoladas ou próprias desse ou

daquele grupo, mas um movimento único no qual cabem outros tantos movimentos. (FOUCAULT, 2006a)

A efetivação desse modo de si envolve pelo menos duas características: uma postura de luta e uma função terapêutica. A postura de luta possibilita ao sujeito a construção de armas e instrumentos para que ele possa lutar por toda a vida. A função terapêutica refere-se à construção com o outro de estratégias mais potencializadoras para sua existência. (FOUCAULT, 2006a)

Nessa perspectiva da cultura de si, não cabe a obediência a modelos pré-determinados e a regras e normas inquestionáveis. Mas é possível afirmar a possibilidade de normas e regras compactuadas, dialogadas entre os grupos, modelos que são construídos no processo. E não apenas fôrmas nas quais devemos encaixar-nos. (FOUCAULT, 2006a)

Assim, é possível considerar as regras e as normas prescritas como facultativas. Podemos afirmar a possibilidade de concordarmos, transgredirmos, recusarmos e ainda de criarmos outras regras morais em determinadas circunstâncias, fazendo da vida uma obra de arte (FOUCAULT, 2009b). Essa postura proporciona ao homem o exercício de problematização do já dado no que concerne a si mesmo e ao mundo.

Entendemos ainda que as regras e normas adotadas por um grupo social estão inseridas em contexto sócio-econômico-cultural e referem-se às crenças e valores presentes nos grupos. Portanto, são necessárias ao convívio em sociedade, mas precisam estar cotidianamente passíveis de negociações entre os pares.

Além dessas normas e regras nas quais tentam e tentamos a todo tempo nos encaixar, a prescrição de modelos de conduta é bastante presente nas sociedades e grupos sociais. Por vezes elas não são transmitidas através de documentos prescritos, mas como “orientações” para o alcance da felicidade. Sendo que cada um é “livre” para escolher o que quer fazer.

Desse modo, essas informações não estariam escritas em nenhum lugar, mas ajudariam a compor o imaginário social acerca da possibilidade de existência de um modo de vida feliz e desprovido de tensionamentos. Essa forma de transmissão de modelos e prescrições de “como fazer uma vida feliz” torna-se, por vezes, até mais complicada de ser problematizada, em relação àquela que está escrita, uma vez que cada indivíduo acrescenta nela, suas experiências individuais como se fossem universais, o que faz com que essas regras assumam caráter dogmático e atemporal e percam o caráter de sugestões de estratégias de vida. Tal forma prejudica a visão coletiva dos acontecimentos pois “culpabiliza” cada um por suas escolhas, como se esse sujeito não estivesse inserido também, assim como as regras, em um contexto sócio-econômico-cultural.

Essa postura de problematização e de escolhas que os indivíduos podem assumir no seu processo de constituição enquanto sujeitos insere - se também na perspectiva do Cuidado de Si, sendo, portanto, uma postura que requer exercício cotidiano e, vez ou outra, a interlocução com outros sujeitos e/ou objetos, o que afirma a troca de sentidos, experiências, materiais para a construção de ferramentas e não apenas uma “ensinagem” acerca de como se deve agir em cada caso.

Nessa interlocução constante com o outro, o sujeito vai construindo seu conhecimento sobre os fatos a fim de que possa escolher quais são os instrumentos mais adequados para cada momento. As atitudes que escolho ou as decisões que tomo passam a ser importantes a partir do momento em que me ajudam no processo de melhor me conhecer, melhor me ouvir e me sentir na relação com esses outros e seus mundos. Portanto, um sujeito que no período da Idade Média precisava ter ação moralmente aceita para ter acesso à verdade passa, na sociedade contemporânea, a ter maior possibilidade de ser um sujeito moderno que constrói suas próprias estradas do conhecimento e das verdades. Essa mudança na forma de encarar o processo de escolha e decisões dos indivíduos reafirma o que Foucault postula, quando se refere ao Cuidado de Si como certa forma de encarar as coisas e de ter atenção no mundo, uma vez que, é, a partir dessa atenção ao que nos cerca, que construímos as nossas ferramentas de vida. (FOUCAULT, 2006a)

Convidamos o leitor a prestar atenção na afirmativa acima retirada de texto de Foucault. As ferramentas e posturas são referentes à vida em toda a sua complexidade. Assim, o autor, ao referir-se a noção de Cuidado de Si e do outro, não o direciona a territórios específicos, a espaços ou a serviços de saúde, mas refere-se a um modo (ou a modos) de estar no mundo. Todavia, aqui nos propomos pensar e problematizar essa noção, nos serviços de saúde, mas entendemos e reafirmamos que os processos de saúde, as práticas de cuidado e de atenção à vida não se restringem a eles.

Convidando Machado e Lavrador (2009) para dialogar, podemos dizer que o Cuidado de Si nos serviços de saúde, na vida, pode ser traduzido como um voltar-se ao outro de modo ativo no espaço assistencial. Trata-se de uma prática territorializada sob uma perspectiva reticular e, portanto transdisciplinar, em uma tentativa de pensar o cuidado como uma postura ética, uma prática social, uma relação que se estabelece consigo e com o “outro”, uma avaliação contínua das circunstâncias. Configura-se como algo que é primordialmente relacional: os elementos que irão constituir essa relação estão nela mesma, perpassam-na e constituem-na; não há um *a priori* que coordene e sobreponha-se a elas, as ações e posturas são construídas nos encontros.

Esse cuidado é ativado pelo sensível, pelos afetos de intensidades que nos percorrem. Assim, podemos operar no plano de imanência, privilegiando esse mundo, essa vida, “avaliando” a cada momento, as composições de afetos que aumentam a potência de agir / sentir e as decomposições de afetos que restringem essa potência (MACHADO E LAVRADOR, 2009 p.520).

Dialogando ainda com esse pensamento do cuidado como ativado por afetos e intensidades, que, portanto, pode ser pensado dentro de espaços/serviços de saúde, desde que as posturas assumidas pelos que ali estão sejam pautadas em exercício aberto e de reconstruções constantes, concordamos com Ricardo Ayres, quando afirma que,

[...] o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde (AYRES, 2000, p.120).

Essas afirmações impulsionam a uma história acontecida no CAPS durante o período da vivência no serviço.

Uma mocinha¹⁸ de 17 anos chega ao CAPS após ter passado por inúmeros outros serviços de saúde e assistência do município. Após o acolhimento da mocinha a fala dos profissionais do serviço era a mesma: “Ela não é nossa, precisa ser atendida em tal lugar.” E a mocinha piorava a cada dia. Sua fala estava cada vez mais desconexa, ela cada dia assumia um personagem diferente: um dia era professora, em outro cabeleireira. Quando chegou ao CAPS era enfermeira: chegou toda equipada, com máscara, luvas, touca e uma roupa toda branca.

Na chegada da moça ao acolhimento, uma informação nos inquietava: sua mãe era participante antiga das oficinas do serviço, e ela não tinha conhecimento do estado atual da filha, uma vez que não mora e nem mesmo tinha contato com ela. A mocinha, até o início do acompanhamento do serviço de saúde mental, morava com o pai.

Mas a mocinha, entre uma história e outra, por vezes sem uma conexão aparente, relata episódios de agressividade provenientes do genitor. Como agiríamos com ela, se a legislação que regulamenta o funcionamento do CAPS I especifica de modo muito claro que o serviço atende pessoas que se encontram na faixa etária de 18 (dezoito) a 65 (sessenta e cinco) anos?

Então aquela mocinha também não era nossa!

E para tornar a situação ainda mais complicada, a mãe dela estava conosco todos os dias na oficina. E naquele momento apresentava quadro metaestabilizado. Ver sua filha naquele estado poderia significar jogarmos fora todo o trabalho de meses

¹⁸ Como referido no item 3.2.1. “A arte de contar histórias”, a escolha das denominações dos personagens apresentadas nesse texto se deu a partir de alguma característica dos mesmos, ou a partir do modo como eles nos afetaram nos encontros produzidos. A denominação da mocinha não se refere a uma infantilização ou afirma uma visão de ingenuidade da personagem, uma vez que sua história de vida é repleta de acontecimentos marcantes e que requerem tomadas de decisão de extrema relevância. Mas “mocinha” refere-se aos afetos que essa adolescente produziu em mim ao chegar ao CAPS. Percebi seu sofrimento marcado no corpo. Ela aparentava uma postura que parecia “suplicar” por acolhimento e cuidado, o que acabou por disparar em mim sentimentos maternos.

realizado pela equipe. Mas qual seria então o lugar da mocinha e de seu sofrimento? Será que essa não seria uma boa oportunidade de trabalharmos com a mãe da mocinha alguns outros pontos que ainda não havíamos conseguido?

Sabíamos que, caso essa menina não fosse acolhida e acompanhada pelo CAPS, havia uma enorme possibilidade de ter seu nome somado aos números de pessoas encaminhadas à internação. E isso nós não queríamos! Uma internação nessa idade pode ser catastrófica para a vida de uma menina.

Vamos então assumi-la! Combinou a equipe.

Mas como? Iniciamos com medicação, percebemos certa estabilização do quadro, mas não foi suficiente. Sentíamos isso. A mocinha foi inserida nas atividades diárias do CAPS; a equipe compartilhou as intensidades e os afetos que aquela mocinha trazia e junto a ela iniciou um processo de produção de novas intensidades e afetos.

Era claro para a equipe que havia algo de estranho na relação dela com o pai. Quando tinha que voltar para casa no fim da tarde, ela piorava. Algumas vezes, o pai não vinha buscá-la, e precisávamos levá-la para casa. Ninguém mais na família queria assumir a mocinha; era muita responsabilidade. Antes da atual crise, a mocinha era muito questionadora, iria dar muito trabalho. Melhor não!

Em um desses dias em que precisamos levá-la em casa, chamamos a ambulância, que era o transporte disponível no momento, e fomos. Confesso que estávamos bastante receosas: “e se o pai dela não estivesse em casa, como ela reagiria?”. Ao chegar à casa da mocinha, ele não estava mesmo. E ao olhar para o rosto dela, podemos perceber claramente a decepção da menina. Mais uma vez não a queriam.

O que faríamos agora? Para onde a levaríamos? Eu e a enfermeira do serviço nos olhamos como que tentando nos comunicar pelos afetos a fim de buscarmos um modo de proporcionar mais leveza àquela situação.

O que fazer para naquele momento conseguir amenizar a dor que se fazia presente no rosto daquela moça?

Retornamos à ambulância para voltar ao CAPS e lá decidimos o que fazer. A tristeza permaneceu na mocinha e também em nós. Percebemos que ela cantava uma melodia baixinha que não conseguíamos entender muito bem. Você gosta de cantar? Perguntamos a ela. Gosto sim. Então canta uma música que você goste. E assim fomos pelo caminho cantarolando algumas músicas. O motorista da ambulância parecia não estar entendendo muito bem o que estava acontecendo: o que uma psicóloga e uma enfermeira faziam cantando dentro de uma ambulância? Será que todo mundo ali havia enlouquecido junto? Será que isso pega? E naquele momento utilizamos a música para nos mantermos naquela viagem de volta ao CAPS tentando dar um outro tom para aquela canção, pelo menos naquele momento. Depois de algum tempo, o pai apareceu e levou a filha para casa.

Nos dias que se sucederam, a mocinha continuava dormindo na casa do pai, mas a equipe percebeu que aquela situação estava insustentável. Havia a suspeita de violência, cada dia era uma história diferente. Inúmeras conversas foram feitas, e percebíamos que o discurso da mocinha era desconsiderado pelo genitor, afinal ela estava “doida”, assim como a mãe. Ainda havia muito a fazer!

Junto à equipe da assistência social, decidimos propor à moça que fosse para um abrigo. Ela, para nossa surpresa, aceitou prontamente e ainda pediu que permanecesse lá até que fizesse 18 anos, que conseguisse um trabalho e que pudesse se sustentar. E, assim ela permanecia durante o dia no CAPS e à noite no abrigo. Houve uma melhora bastante significativa do quadro. Queria voltar à escola.

A equipe se mobilizou para cuidar da mocinha e tentar acolher o sofrimento que ela trazia/traz. Ao olhar para aquele rosto hoje, quase não nos lembramos de como a recebemos. Ainda há muito por fazer!

Redes de afetos, que por vezes transpõem o que está prescrito, legitimado, precisam compor as ações dos serviços para que o sofrimento que chega, as dores que se instalam possam ser acolhidas, circular e, quem sabe, ganhar novos contornos e tons.

Na história acima precisamos romper com normas estabelecidas, para que pudéssemos juntos a outros atores alcançar parte do que alucinações e delírios que se faziam presentes diziam. O processo de sofrimento impedia a mocinha de ter a possibilidade de construir outros caminhos para sua vida, de assumir outros caminhos. Para isso, a equipe precisou transpor as institucionalizações do serviço de saúde e, quiçá a própria ideia de saúde.

Para continuarmos a falar do cuidado de si e de suas diferentes facetas nos espaços dos serviços de saúde mental, é necessário indicarmos aqui o que entendemos por saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “saúde não é a ausência de doença, mas uma condição de perfeito bem-estar físico, mental e social.” (SEGRE, 1997, p.539)

Entendemos, no entanto, a vida como um processo de tensão constante. Assim, nem sempre esses fatores estão equilibrados e bem organizados, mas em grande parte das vezes se encontram em constante processo de desestabilização/estabilização. Nesse desequilíbrio permanente não retornamos a formas anteriores, porém vamos constituindo outros modos de vida, com diferentes elementos e componentes. Sendo assim, preferimos adotar uma forma de entender a saúde como proposto do George Canguilhem em sua obra *O normal e o patológico* (1990): saúde não como a ausência de doença, mas como a possibilidade de ficar doente e de poder recuperar-se. Sendo, portanto, entendida em uma dimensão coletiva e política, que afirma a saúde como um estado de instabilidade. Considera-se a vida enquanto tensão, potência de criação, movimento. Afirma-se, então, a possibilidade de outras formas de vida. (CANGUILHEM, 1990)

Logo, não é possível pensar em um padrão rígido de saúde, mas é necessário considerar as variações de cada organismo. Mesmo para algo tão claro e

padronizado como a pressão arterial que deve ser 120 por 80mmHg (12 por 08) é previsto alterações/variações. Algumas pessoas dizem “minha pressão é baixa, se estiver ‘12 por 8’ está fora do normal” e outras ainda “a minha é sempre alta, quando está boa, está ‘13 por 9’”. E os corações permanecem pulsando de modo mais ou menos rápido dependendo dos acontecimentos do dia.

Quando falamos de loucura, entendemos que ela está para além e para aquém do contorno que lhe tentaram dar, quando a denominaram de “doença mental”. Tentar explicá-la sob esse ou aquele campo de saber é imprudente é “dar um tiro no próprio pé”, como dizem na linguagem cotidiana. Tentar compreendê-la, enquanto pura e simplesmente doença ou saúde, é reduzir suas intensidades.

Derrisória pois que, querendo fazer a psicologia da loucura, exige-se da psicologia que ela atente contra suas próprias condições, que retorne ao que a tornou possível que contorne o que é para ela, e por definição, o insuperável. Nunca a psicologia poderá, dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia. E, contudo, uma psicologia da loucura não pode deixar de ir a essência, já que se dirige obscuramente para o ponto onde suas possibilidades se estabelecem; quer dizer que ela sobe sua própria corrente e encaminha-se para estas regiões onde o homem relaciona-se consigo próprio e inaugura a forma de alienação que o faz tornar-se homo psychologicus. (FOUCAULT, 1975, p.59)

Nós preferimos compreender a loucura como esse estado de tensão constante, como um modo de vida. Não estamos aqui negando o sofrimento que ela pode produzir, mas afirmando a possibilidade de lidar com ele, de dialogar com ele. Pensar o Cuidado de Si no campo da loucura é não apenas falar de tratamento, mas é falar de uma postura ético-estético-política, deslocando a loucura desse lugar historicamente construído. É buscar conviver com loucos e suas loucuras mais de perto. É estar poroso para os afetos que ela pode proporcionar e permitir-se dialogar com as desrazões da razão. É assumir uma relação que afirma diferenças, que se estende ao outro, é afirmar um Cuidado que é de si.

Nessa mesma perspectiva, é que também os serviços de saúde e a assistência oferecida por eles necessitam assumir uma estrutura porosa, que permite adaptações e improvisos para as situações do cotidiano. Digo estrutura, uma vez que, sendo um serviço, necessita ter organização de funcionamento, questões institucionais e burocráticas a serem resolvidas, agendas a serem organizadas,

horário de funcionamento. Mas os acontecimentos¹⁹ do cotidiano podem produzir mudanças nessa estrutura e, caso não haja espaços de interações, furos pelos quais possam passar os novos ares, instaura-se uma situação onde há grande possibilidade de contaminação da estrutura com as toxinas produzidas por ela mesma, podendo chegar ao rompimento.

Uma postura de cuidado implica deixarmos de lado, em algumas situações, nossos modelos pré-determinados, nossos saberes pré-construídos para colocarmos-nos junto ao outro e conosco em uma postura de “escuta ativa”, na qual as sensações possam ser ativadas em nós, conosco e com esse outro. Quando dizemos isso, não estamos deixando de lado nossos conhecimentos e vivências, mas estamos propondo que a história que está sendo vivida naquela relação, os elementos que aparecem no dado momento, venham antes das possíveis explicações/interpretações sobre eles.

O cuidado de si dialoga com as vidas e com seus diferentes momentos e não sobre a vida, como se estivesse fora dela. Torna-se, nessa perspectiva, co-extensivo à vida, constituindo-a, contribuindo na elaboração de seus contornos. Desse modo, pensamos essa postura como constituinte da vida, sendo possível falar de uma generalização dessa postura, ou seja, de uma vida que se constitui a partir da perspectiva do cuidado de si, retomando a ideia anterior que afirma a construção de uma cultura do Cuidado de Si. Cultura no que se refere a costumes, práticas, tradições sociais de um povo, generalizada à própria vida do sujeito e a dos outros homens/sujeitos daquele povo. (FOUCAULT, 2006a)

Foucault aponta que, nos séculos I e II d.c., ocorreu a tentativa de estabelecer um lado formador do Cuidado de Si, ou seja, um processo de “educar”, formar pessoas aptas, mestres que ensinassem o cuidado de si. (FOUCAULT, 2006a, p.115). Contudo, torna-se incoerente falar desse cuidado a partir de uma lei universal, ou que intenciona tornar-se universal.

¹⁹ Entendemos “acontecimento” a partir de uma perspectiva Foucaultiana de irrupção de uma singularidade histórica, sendo que na atualidade estão os traços para as possíveis rupturas e mudanças que virão acontecer. (REVEL, 2005)

O mestre, nesse caso, seria alguém que dialoga e incita o discípulo a problematizar a sua própria existência, ao modelo do que Sócrates fazia nas ruas ao interpelar as pessoas e provocá-las com questões inesperadas. Ou quando esse mesmo Sócrates relaciona-se com Alcibíades e o provoca a avaliar suas decisões e posturas. Ao nos referirmos ao mestre, não falamos de alguém que determina modos de agir, que possui modelos prontos a serem apenas executados. Discutiremos mais adiante a ideia de mestre na relação com o Cuidado de Si.

Entendemos que o cuidado se constitui no âmbito de um poder ativo, não cabendo nesse espaço/relação atitudes e posturas de dominação e violência ou até mesmo lugares pré-definidos (aquele que cuida e aquele que é cuidado), tais lugares sofrem deslocamento a todo tempo.

Uma situação bastante comum e que indica esse deslocamento constante se dá quando, nos serviços ambulatoriais, nos quais profissionais e usuários convivem cotidianamente, o profissional chega diferente do que comumente se apresenta. Ele, que tem por função institucionalizada assistir, cuidar do usuário do serviço, chega ao trabalho naquele dia meio triste ou quieto devido a alguma situação que tenha passado. Mas ele sabe que não pode deixar isso transparecer, afinal de contas, aquele é o seu lugar de trabalho, e ele está ali para “cuidar”. Mas o cuidado se estabelece nas relações. E se redes de afetos e intensidades se estabeleceram, aí é difícil se esquivar de algumas situações. Então, o profissional é surpreendido por um usuário do serviço que permanece a maior parte do tempo quieto, mas que naquele dia indaga sobre o porquê de seu olhar estar triste. “Aconteceu alguma coisa com você? Está triste hoje? Fica aqui um pouco na oficina com a gente! Aqui é legal, a gente conversa um pouco”. O profissional fica um tanto surpreso com aquele convite, nem sabe o que dizer direito. Tenta dizer que está tudo bem e sente-se incomodado com a troca de lugares. Tenta se estabilizar e voltar “para seu lugar de origem.”

Fica ainda mais fácil, desse modo, entender que falar de Cuidado de Si não se trata de uma verdade absoluta a ser implantada, de um lugar pré-estabelecido, ou de um conceito transcendente que não pode ser questionado. Mas é falar de ideias, de

posturas, de propostas que se dão no plano da imanência, portanto, no cotidiano das vidas, de todas as vidas. E essa vida é processo constante e inacabado. Assim é o homem que se constitui com e nessa vida/mundo.

Foucault (2006b) estabelece, de modo um tanto belo, analogia entre o Cuidado de Si e a atividade de um artesão. Em *Ditos e Escritos V*, ao falar acerca do Cuidado de Si como práticas de si, afirma: “Eis o que tentei reconstituir: a formação e o desenvolvimento de uma prática de si que tem como objetivo constituir a si mesmo como o artesão da beleza de sua própria vida” (FOUCAULT, 2006b, p.244).

A vida em seu processo de elaboração permanente também pode ser avaliada como obra de arte, como espaço relacional de pensamento e sentimentos que interagem e produzem formas e modos singulares de comportamento, de estar no mundo. Por mais que alguém tente reproduzir cópias das obras de arte, elas nunca serão iguais à original, pois, ao impormos nossa força sobre a matéria-prima, imprimimos nela nossa força, nosso formato da mão, nosso corpo, nossas características. Não seria possível pensar em alguém que tenha tamanha capacidade de deslocamento que se desloque de seu próprio corpo para adentrar na forma-corpo do outro. É possível, assim, afirmar a unicidade de cada vida, de cada obra de arte. E ainda que “[...] no momento em que finda o processo de realização de uma obra, abre-se um espaço-tempo para que outras possam ser criadas.” (LIMA, 2010, p.22)

Pensando nas atividades do artesão e no que há de específico na atividade desse trabalhador/artista, podemos dizer que ele acompanha o processo de produção por completo, desde observar a matéria-prima, conhecê-la, escolher qual a mais apropriada, extraí-la de determinado espaço e trabalhar com ela/nela, construindo a arte. O artesão estabelece com a matéria a ser transformada uma relação próxima: no corpo, sente o cheiro, a textura, a cor da matéria. Cada produto é único, não há como estabelecer uma produção em série. As obras-primas e ferramentas se constroem na/e pela relação entre o artesão e sua matéria. Podemos afirmar que até mesmo a máquina que é construída para fazer produções em série, peças idênticas produz “defeitos” próprios de cada peça.

Nesse ponto do texto é possível refletirmos acerca da ação/intervenção dos profissionais de saúde mental, bem como dos outros atores da rede e do território, sobre a vida dos sujeitos que adentram os serviços, sobre as matérias-primas que se fazem presentes. Podemos ir de ações pontuais, que não chegam a tocar a matéria, a ações que permitem encontrar-se e “sujar-se” com a matéria que chega para ser trabalhada.

Retomando a ideia de que o cuidado de si pode ser pensado como a prática do artesão, precisamos também retomar como essa prática/arte é transmitida às outras gerações. Aquele que faz não pega na mão do outro e faz por ele, mas demonstra sua arte e permite que aquele que a quer aprender imprima no conteúdo aprendido suas próprias ideias e estilo, escolha seu material de uso. Alguns artesãos até montam cooperativas; um aprende novas técnicas com o outro, mas cada um tem seu modo singular, seu estilo de trabalhar.

Nos serviços de saúde, os profissionais por vezes insistem em manter estratégias ultrapassadas ou apenas reproduzir modelos, produzindo em alguns casos o enfraquecimento dos afetos, despotencializando as partes envolvidas. Mas, se estamos falando de uma arte que é movimento e mudança, os espaços para novas técnicas e diferentes ferramentas precisam estar abertos, mesmo que isso provoque mudanças no equilíbrio aparente da situação. Afinal, o sujeito que chega ao serviço e que permanece nele intenciona uma mudança da situação atual, para que consiga dar conta de sua vida, e é nesse processo que atuamos.

Chego ao CAPS e me deparo com um homem de meia idade²⁰, cabelos grisalhos, um tanto concentrado nos acontecimentos do serviço, que pouco interage verbalmente com o restante do grupo. Ele chegava logo na primeira hora de abertura do serviço, participava de algumas atividades na mesa de oficina e depois

²⁰ Escolho chamá-lo assim, pois inicialmente ele se apresenta a meu ver como um homem sisudo, sistemático, devido aos acontecimentos da vida. E isso me remete, por motivos que desconheço agora, a homens em torno de 50 anos que, devido a situações da vida, precisaram manter uma estrutura rígida e que se reserva do contato com o que estava ao entorno, dirigindo-se ao outro apenas quando de extrema importância.

ia para seu canto. Permanecia ali durante quase todo o dia olhando para os que estavam ao redor.

Em um desses dias rotineiros do serviço e sem uma programação específica, resolvi propor aos usuários e à equipe que fizéssemos semanalmente uma sessão de cinema e que quem quisesse poderia trazer e sugerir filmes a fim de que pudéssemos assistir juntos. Todos os que ali estavam toparam a ideia.

Mas, para minha surpresa, aquele homem de meia idade, que quase não conversava comigo e com os outros ao redor (e quando estimulado apenas respondia ao que era perguntado), começou a conversar e a dizer que assistir a filme era o que mais gostava de fazer. Disse que em casa tinha uma coleção de DVD's e algumas listas de títulos de filmes. Acordei com ele que, então, a partir dali, nós conduziríamos juntos aquela atividade. Deveríamos sempre consultar os outros participantes da oficina, acerca de qual seria o filme da semana e, no dia da sessão, deveríamos preparar o espaço para recebê-los.

Alguns técnicos da equipe entenderam que seria possível estabelecer o vínculo com aquele homem com essa estratégia.

No dia seguinte, ele trouxe para a oficina revistas, cópias de filmes e uma lista repleta de títulos dos mais variados estilos. Assim, semanalmente, íamos juntos preparando a sessão de cinema. Com direito a pipoca e guaraná.

E o homem de meia idade, após essas atividades, iniciou um processo de maior interação com o serviço e as pessoas que ali estavam. A equipe percebeu também que ele passou a se posicionar de modo mais afirmativo e ativo em suas decisões em outras atividades do CAPS. Adotou uma postura mais colaborativa e participativa em relação aos outros usuários do serviço.

Contudo, cerca de um mês e meio do início de nossas atividades de cinema, a mãe do homem de meia idade procurou a equipe do CAPS para dizer que seu filho não estava bem. Inicialmente, ficamos bastante surpresos, pois nos momentos em que

estava no CAPS, ele apresentava melhora significativa no que diz respeito a autonomia, interação, movimentação no serviço. O que não estaria bem em casa?

Buscamos, então, entender junto à mãe o que estava acontecendo em casa que a estaria preocupando. E ela disse que ele estava muito falante, em tudo queria dar a sua opinião, não ficava mais assistindo à televisão o dia todo, queria sair, ir à praia, conversar, ser ouvido; por isso, ela achava que ele estaria piorando, uma vez que um de seus diagnósticos era de transtorno bipolar. Estaria ele entrando em uma fase de mania?

Conversamos com a mãe e explicamos a ela o processo que vinha se dando junto a seu filho no CAPS. Acrescentamos que, com isso, estávamos tentando trabalhar com ele, a partir de algo de que ele gostava, uma postura mais afirmativa, provocando-o a tomar algumas decisões coletivas

Depois dessa conversa, ficamos alegres. As nossas investidas estavam surtindo efeito, mesmo que algumas pessoas ainda não entendessem e que alguns membros da equipe ficassem preocupados com a possibilidade da fase maníaca. Muitos outros apostavam no processo que ali se constituía.

A preocupação da família, no entanto, permaneceu mesmo após a conversa. E as nossas sessões de cinema também. O homem de meia idade foi também construindo seus espaços de autonomia e de vida fora do CAPS. Afinal, o espaço do serviço é apenas uma faceta de sua vida, ainda havia muito a explorar.

Pelas últimas informações que obtivemos, ele passa lá de vez em quando para uma consulta e outra, participa de algumas atividades, mas por vezes prefere ir à praia, passear pelo centro da cidade, ajudar alguns parentes que estão passando por problemas, fazer amigos, viver em outros espaços.

Essa narração nos leva a pensar o cuidado a partir de uma perspectiva ética, estética e política, uma vez que o Cuidado de Si define-se como enfrentamento/embate permanente e que deve ser construído a cada nova matéria-prima, como na

atividade de um artesão. Quando essa matéria torna-se inadequada para o que estamos querendo produzir, precisamos trocar a argila, aumentar a temperatura do forno, trazer mais lenha, misturar outras matérias, aprender novas técnicas. É assim também nos serviços de saúde: para conseguirmos lidar com os acontecimentos do dia-a-dia, faz-se necessária a presença de armas e estratégias adequadas. As demandas que aparecem são muito diferentes, e ficar apenas repetindo a mesma fala, reproduzindo oficinas, torna o cotidiano insosso, sem cor.

O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos e aqui, mais uma vez, em consideração do destino da alteridade em suas modalidades extremas. Mas essa escolha ética não mais emana de uma enunciação transcendente, de um código de lei ou de um deus único e todo-poderoso. A própria gênese da enunciação encontra-se tomada pelo movimento de criação processual (GUATARRI, 1992, p.137).

Convidamos Suely Rolnik para a conversa, podemos dizer com ela que:

[...] ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir dessas diferenças. Ao falarmos do estético [...] falamos de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. E por fim o político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir (ROLNIK, 1993, p. 6-7).

Contudo, precisamos estar atentos para o fato de que criar, trazer para a relação os mais variados materiais de expressão implica uma maior responsabilização dos sujeitos pelo processo, pois ele passa a conter os afetos de quem o compõe. É preciso saber se é isso que queremos.

A fim de pensarmos essa ideia de responsabilização dos sujeitos no processo, trazemos nesse momento o conceito de implicação discutido por René Lourau na obra que tem Sonia Altóe como organizadora, *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral*. Entendemos, assim como Lourau, que todos estamos implicados nas relações, considerando essa implicação como referente às forças que estão em jogo nas relações que estabelecemos: as formas sociais, os modos de vida que são produzidos nessa ou naquela relação, as possibilidades e impossibilidades das relações. Assim sendo, considerando que os seres humanos se constituem nas e a partir das relações que estabelecem e que essas relações se

constituem a partir de jogos de forças e poder, todos nós estamos implicados de algum modo. (ALTÓE, 2004, p.188-192)

Nesse caso, o que pretendemos observar é como tem se dado essa relação de implicação. Temos nos estabelecido na relação de modo passivo e/ou ativo: o que tem prevalecido? Em qual momento se faz presente mais ou menos, uma ou outra postura? Entendemos que o que se faz relevante é analisar as implicações desses sujeitos que têm exercido, que têm ocupado o papel/lugar de profissionais nos serviços de saúde mental. Quais são as forças instituídas e instituintes que têm perpassado as relações? Que clínica estamos compondo?

Vivenciamos nos espaços dos serviços cada vez mais um movimento de passividade dos profissionais, certo “amornamento” das relações, como se tentássemos cada vez menos nos envolver no que está acontecendo ao redor.

Contudo, esquecemos ou até mesmo desconhecemos que essa postura também produz vidas e realidades, e é isso que precisamos nos propor a analisar cotidianamente. Não estamos com essa afirmação tentando propor uma ideia bastante difundida de que, independente dos acontecimentos, precisamos nos colocar nas relações profissionais com um aparente “alto astral”, como se isso fosse indicativo de estarmos “mais ou menos implicados”. Afirmar essa ideia é, a nosso ver, comportarmo-nos como um cachorro que fica correndo em círculos em torno do próprio rabo; é tratar de um falso problema. Assim, o que afirmamos ao propormos, junto com Lourau, a análise das implicações presentes é ampliarmos as reflexões e olharmos para os elementos/forças presentes na relação. Temos a clareza de que a clínica em saúde mental pode ser bastante desgastante para o profissional que se propõe fazê-la. Além disso, a realidade das equipes de saúde é a de que elas estão cada vez mais escassas em relação às demandas que chegam aos serviços. Que não há estrutura física adequada em muitos casos. Sabemos ainda que “não se trata aqui de qualquer cuidado. É um cuidado específico: o cuidado da loucura, com a loucura, na loucura, e ainda, para a loucura” (LIMA, 2010, p. 28). E são também esses fatores que precisam ser apresentados nas análises das implicações que necessitam ser realizadas com certa frequência.

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rejeições, referências e não referências, participações e não-participações, sobremotivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais ... –, mas a análise dessa implicação. [...] Assim, a oposição entre o aspecto ativo (ativista) da sobreimplicação e o aspecto passivo da implicação (sempre já existente) é mera aparência que convém superar (ALTOÉ, 2004, p. 191).

A afirmação dessa postura nos remete novamente ao conceito de ética, uma vez que nos propõe pensar e refletir sobre o que acontece no cotidiano, não tendo assim a pretensão de afirmar essa ou aquela postura ideal, mas nos afirmarmos aqui e agora, no momento em que aos acontecimentos se processam. E retoma ainda a noção de Cuidado de Si como prática, exercício constante e que se constitui nas relações que os sujeitos estabelecem.

“O cuidado de si implica sempre uma escolha de modo de vida, isto é, uma separação entre aqueles que escolheram esse modo de vida e os outros” (FOUCAULT, 2006a, p. 139). Então, torna-se mais claro dizer acerca do Cuidado de Si como da ordem dos encontros. Além disso, é possível afirmar que elementos de todos os participantes compõem os encontros e as novas vidas formadas a partir deles. Falamos de uma perspectiva de movimento, na qual é sabido que o “já dado”, o natural se fazem presentes, mas nos propomos ir para além e para além desses, propomo-nos a fazer novas e diferentes experimentações.

Ainda no que concerne ao estudo do Cuidado de Si, Foucault, referindo-se ao texto de *Alcíades* escrito por Platão, afirma que existem três condições que determinam o Cuidado de Si: um tempo, a razão de ser e a forma do Cuidado de Si (FOUCAULT, 2006a). Nesse estudo nos ateremos de modo mais atento a condição do tempo do Cuidado.

Retomando as ideias descritas acima, do Cuidado no que se refere a essa condição do tempo do cuidado e como uma prática que perpassa toda a vida, direcionamos mais uma vez essa ideia para os espaços dos serviços de saúde mental e para as relações que estabelecemos a todo o momento nesses serviços. Ali também é possível falar de “um tempo”, não apenas cronológico ou lógico, mas um tempo dos

afetos, tempo que os corpos precisam para terem suas poeiras assentadas após os encontros cotidianos. Tempo de assimilar as novas construções que se fazem. É preciso ouvi-las, senti-las, incorporá-las e, ao mesmo tempo, cuidar do outro e de si, ou de si e do outro. Deve-se afirmar as singularidades de cada um, mas entendendo que elas por vezes se confundem. Os materiais provenientes dos encontros das singularidades pertencem a todos os participantes e co-participantes da relação, sendo desse modo, que as ferramentas da e para a vida são construídas. É possível falar de “um tempo do Cuidado” uma vez que ele precisa se estabelecer e se dar no “Encontro” dos corpos, no sentido Espinosano do termo, afirmando assim as afecções e intensidades que se fazem.

É justamente um tempo, ou uma duração, que é singular ou intrínseco a cada experiência, e necessário para cuidar do problema, para que haja um ponto e outro, enfim, para que haja a experiência ela mesma, para que ela se passe em nós e nos dê passagem à outra experiência: é o que estamos chamando de tempo do cuidado. No entanto, esse tempo só pode ser vivido quando acompanhamos o processo (e nos acompanhamos nele): o cuidado do tempo. O que se passa em uma experiência e faz com que ela nos passe é, portanto, o tempo do cuidado e o cuidado do tempo: é preciso tempo para cuidar da experiência, e é preciso cuidar da relação com o tempo para que se tenha tempo para cuidar (LIMA, 2010, p. 27).

Falar de cuidado de si é falar de vidas que se encontram, é falar de embates, potências, sorrisos, gritos, choros, conversas, procedimentos, passeios. É falar de uma vida²¹ impessoal ou de vidas impessoais que ao se encontrarem produzem faíscas e, assim, já não são como antes. Encontros de corpos que de modo cotidiano vão se (trans) construindo e construindo novos corpos, novos e diferentes modos de vida.

Contudo, esse modo de entender a relação de Cuidado vai, muitas vezes, na contramão das urgências, dos “incêndios” que precisamos conter/apagar todos os dias nos serviços públicos de saúde mental. Esse tempo - de respirar os afetos,

²¹ Deleuze publica em 1995 escritos que nomeia de “A Imanência: uma vida...”. Neles propõe pensar “uma vida” como pura imanência estando para além e aquém do bem e do mal ou qualquer outra ideia que a possa reduzir. Estabelece diferença entre “uma vida” e “a” vida usando como recurso os artigos que precedem a palavra “vida”. Pensa “uma vida” repleta de multiplicidade que insiste em escapar. “Uma vida está em toda parte, em todos os momentos que tal ou qual sujeito vivo atravessa e que tais objetos vividos medem: vida imanente que transporta os acontecimentos ou singularidades que não fazem mais do que se atualizar nos sujeitos e nos objetos.” (DELEUZE, 1995)

encarnar as intensidades, vivenciar junto ao usuário o processo que ele traz para o serviço, entendendo que isso demanda tempo, idas e vindas, abraços e (des)abraços - é por vezes abafado.

Logo, os serviços ambulatoriais que têm por princípio percorrer lógica de funcionamento e de tempo diferenciada da que comumente é vivenciada na sociedade capitalista atual têm suas propostas de atividades compactuando com a lógica da produção e da pressa durante a maior parte de sua atuação. O que acaba por ocasionar, em muitos casos, mergulhos em mares tempestuosos e revoltos, gerando afogamentos constantes. Sem que haja tempo de recuperar o fôlego.

Naquele dia, eu era responsável pelo acolhimento²² do serviço, o dia estava bastante tranquilo. Contudo, no meio da tarde, a equipe do corpo de bombeiros adentrou o serviço trazendo uma mulher de cerca de 30 anos que estivera “jogando-se” em frente aos carros que passavam pelo centro da cidade.

Quando fui “convidada” a realizar aquele acolhimento, lembrei que já haviam sido realizadas inúmeras reuniões e conversas por telefone com as equipes do Corpo de Bombeiros e da Central de Ambulâncias do município e que em todas elas havíamos combinado e informado que, em situações como essas, de crise aguda, as pessoas deveriam ser encaminhadas aos serviços de urgência e emergência do Hospital Geral da região ou ao Pronto Atendimento Municipal. E esse encaminhamento deveria ser observado com ainda mais rigor, quando a pessoa que estivesse passando pela crise não fosse usuária dos serviços ambulatoriais de saúde mental. É relevante comentar que, dependendo da intensidade da crise, não possuíamos os recursos adequados para o atendimento e que não havíamos estabelecido com a referida pessoa nenhum vínculo. E é sabido que em algumas situações de crise é um tanto difícil estabelecê-lo.

²² Denominamos “acolhimento” o atendimento nos serviços sem prévio agendamento, podendo ser o primeiro atendimento para avaliar a inserção do usuário no serviço ou algum atendimento de urgência de pacientes que já estão inseridos no serviço. Os acolhimentos são organizados por plantão, em cada dia um profissional de nível superior e que compõe a equipe é responsável pelo acolhimento do usuário e da situação.

Mesmo com todos esses questionamentos, fui à recepção ver o que havia acontecido. E ali entendi: naquele momento não cabia uma discussão acerca do assunto, uma vez que encontramos uma mulher²³ completamente prostrada na cadeira e que mal respondia ao que eu perguntava. Ela já havia sido atendida em outros serviços de urgência, mas a tinham “encaminhado” para o CAPS.

Convidei-a para entrar no consultório comigo e percebi que ela estava bem suja e parecia fraca. Perguntei se havia comido, e ela respondeu que não. E nosso diálogo começou assim: com um copo de suco e um pão.

Ela me contou que morava na rua e uma vez ou outra dormia na casa de uma conhecida. Disse também que estava nessa situação por escolha, pois o pai tinha uma casa, mas ela não se relacionava bem com sua família. A mulher disse estar cansada dessa vida de não ter com quem ficar, nem onde morar e que naquele momento nada mais fazia sentido. Por esse motivo se atirava na frente dos carros.

Percebi que ela estava com o rosto machucado e, quando perguntei o que era, disse-me que tinha crises convulsivas na rua e que não tinha mais os remédios. Conversamos por cerca de 01h30min (uma hora e meia).

Por fim perguntei a ela se poderíamos ir à casa de sua família tentar uma conversa e que, se ela quisesse, poderia ser atendida pelos outros técnicos do serviço e que, se todos “concordassem”, ela poderia passar o dia conosco nas oficinas até que se sentisse melhor.

Sabemos que o protocolo para esses casos de tentativa de suicídio diz que o sujeito deve ser internado e medicado. Mas naquele momento não era possível uma coisa nem outra, não havia a presença de um médico para fazer as devidas prescrições. Eu precisava tentar alguma coisa. Algum vínculo precisava ser estabelecido.

²³ Chamo-a assim, pois é essa a imagem que construí dela ao longo do tempo que permaneceu no CAPS. Uma pessoa forte e que lutava para manter-se de pé, sem perder a sensualidade que atribuímos às mulheres. E ainda porque ela sempre dizia que queria encontrar um “homem” para protegê-la. Afirmava, ao meu entender, a dicotomia homem/mulher, com suas características bem demarcadas: aquele que protege e aquela que é protegida.

A mulher, já um pouco mais ereta na cadeira, disse não acreditar que a família a iria acolher, justificando que eles não gostavam dela. Insisti mais um pouco, e ela aceitou ir comigo e com mais uma técnica do CAPS. Eu disse que poderíamos estar com ela na conversa com a família, se assim ela quisesse. Poderíamos explicar o que havia acontecido e ainda a nossa proposta de tratamento. Não tínhamos a menor ideia do que iríamos encontrar, mas naquele momento precisávamos tentar alguma coisa.

Nesse momento a equipe do Corpo de Bombeiros já havia ido embora.

No fim da conversa, antes de sairmos para a casa de sua família, ela me disse que na verdade não queria morrer, mas queria que todos aqueles problemas acabassem e que queria um lugar para dormir sem precisar pedir favor a ninguém. Conversamos sobre o Programa de Habitação do município e que poderíamos junto à assistente social do serviço tentar uma possibilidade.

Fomos à casa de seus pais. Ela foi nos mostrando o caminho. Quando chegamos lá, ela não quis sair do carro. Entrei primeiro e conversei um pouco com seu pai e sua mãe. Eram pessoas de fala simples e que diziam não entender a situação de sua filha; tratavam-na com muito carinho, mas por vezes ela ficava agressiva e xingava todo mundo. Expliquei um pouco de onde eu era e a situação em que sua filha se encontrava.

Convidei Mulher para entrarmos, e ela consentiu. Sentamos na sala, e a família a acolheu. Expliquei novamente, agora na presença dela, o que havia acontecido e que éramos de um serviço de saúde mental e estávamos ali para trabalharmos juntos a partir de então. Falamos sobre a possibilidade de participação nas oficinas e sobre a necessidade do envolvimento da família. A mãe convidou-a para ficar ali naquela noite e disse que havia uma janta gostosa.

Deixei os telefones dos serviços de urgência e emergência com a família para o caso de precisarem, e combinamos que no outro dia de manhã ela e seu pai iriam

ao CAPS para que pudéssemos de fato iniciar o acompanhamento. Percebi que ela estava mais à vontade em casa e fui embora.

Nos dias que se passaram, Mulher ia todos os dias ao CAPS, participava das atividades e ia interagindo com o grupo. Contudo, foi se apoderando do lugar e começou a demandar novas coisas: reclamava do suco com pão, pois gostaria de tomar café; reclamava das atividades; saiu da casa dos pais e voltou para a rua; foi inserida no Programa de Habitação do município. Essas posturas, por vezes agressivas, começaram a incomodar parte da equipe, que se sentia acuada com as atitudes daquela mulher que tinha unhas enormes e um comportamento bastante sexualizado.

Como cuidar de uma moradora de rua que apresenta comportamentos com caráter agressivo em um serviço ambulatorial onde a maioria das pessoas está domesticada? Como entender que às 17h00min, quando o serviço fecha e todos vão para suas casas, Mulher vai para a rua? Esses e tantos outros questionamentos incomodavam a equipe.

Por diversas vezes escutei “sua filha chegou”, “foi você quem a trouxe para cá”. Mas em outras tantas, parte da equipe acolhia os episódios de agressividade, que logo eram amenizados. Uma estratégia de doses de medicação assistida foi construída com ela, para evitar que ficasse com grande quantidade de remédios na rua. Sabemos que poderia ser perigoso para ela.

Tentamos por diversas vezes que ela voltasse para a casa de sua família enquanto não saía a casa do Programa de Habitação, mas ela quis permanecer na rua e, às vezes, quando encontrava um namorado dormia na casa dele.

No CAPS, atualmente, vai algumas vezes, participa de algumas atividades e vai embora. Permite que a acompanhem apenas de longe. Como acolher alguém que escapa aos protocolos de acolhimento?

A impressão que temos é que o CAPS funciona para Mulher como um recarregador de bateria: sempre que se sente descarregada, busca o serviço por um tempo e depois desaparece. E assim ela vai construindo sua história. Sua casa ainda não foi conquistada, mas ela habita por enquanto as ruas de São Mateus.

Essa e algumas outras histórias ocorridas no CAPS nos impulsionam a pensar e ir para além dos protocolos estabelecidos, para que nos coloquemos as situações de fato. Não estamos com isso negando a necessidade de protocolos e regras de funcionamento, mas estamos convidando a nós mesmos a vivenciar a situação como ela se põe e a perceber a vida ou as vidas trazidas nas situações cotidianas (e que nem sempre estão nos protocolos). Entendemos que essa postura pode gerar desgaste e cansaço por parte dos profissionais, mas estar em uma situação requer que nos afetemos com as forças que ela produz, que nos desgastemos com ela e que tenhamos tempo para recuperar o fôlego, mesmo sabendo que poderemos ser surpreendidos por uma nova onda. Mas esses são desafios que surgem para os profissionais e devem ser avaliados no lugar em que acontecem. Que analisemos as implicações. Que analisemos os processos de construção das redes. Que avaliemos nossas práticas.

Outros desafios referente ao funcionamento dos serviços se colocam: a cronificação das ações, o endurecimento dos profissionais, a repetição constante das oficinas e das técnicas, que, por já estarem “decoradas”, não auxiliam na potencialização das vidas. Às vezes repetimos para podermos elaborar, como afirmam alguns autores, mas a repetição pela repetição pode nos fazer ainda mais alienados.

Assim como em um relacionamento afetivo, em que o cotidiano e a rotina podem atuar anulando e amornando os sujeitos, também em serviços ambulatoriais de atenção diária, nos quais as pessoas que ali estão são as mesmas por algum tempo, corremos um enorme risco de cair na rotina, amornar a relação. Desconsidera-se, assim, as novidades que o cotidiano pode proporcionar-nos. O que podemos fazer para dar conta desse processo que poderíamos dizer que é quase “natural”, considerando que em diversos momentos os profissionais não conseguem planejar e monitorar as ações? De tempos em tempos, podemos fazer novas luas-de-mel,

viagens, sentarmos juntos para conversarmos sobre o que estamos produzindo com as ações propostas, o que tem nos potencializado mais ou menos. Ouvir o outro acerca de como está sendo participar dessa ou daquela atividade. Construir junto. Os serviços ambulatoriais – CAPS têm por proposta funcionar como disparador de processos e movimentos potentes e, portanto, são reconfiguradores no que concerne ao que se propõe em saúde mental. É na contramão dessa proposta que se dá o estado de cronificação.

Insistente pedido de retorno para casa após voltar de uma “clínica de repouso”. Um movimento de descobrir o mundo e juntar inúmeros fragmentos de cada parte desse mundo em seu corpo: óculos, brincos coloridos, sandálias de flores, um modo de vida em curso, por vezes anulado durante o “repouso”. Mas alguma coisa a impedia de gargalhar, um sorriso bonito, mas sempre escondido por uma mão que insistia em cobrir a ausência de dentes.

Um belo dia, ao chegar ao CAPS, deparo-me com aquela mulher com um sorriso largo estampado no rosto e que insistentemente não mais cabia dentro dos lábios. E ela²⁴ mostra a prótese dentária que havia recebido. Mas colocar uma prótese pode ser considerado cuidado? Afinal, isso é apenas mais um procedimento técnico realizado pelos serviços de saúde. Nesse caso, não era apenas isso, mas a escolha, o colocar a “dentadura” havia se dado no coletivo, a partir da escuta, na mão da construção de ferramentas. “... Agora só preciso voltar para minha casa, quero um lugar meu!”

E ela continua em sua busca por um lugar que possa chamar de seu.

Mas em outro dia, um funcionário do CAPS olha para ela e diz: “É! Hoje você não está bem, né?”. Até aquele momento ninguém sabia o motivo pelo qual ela estava tão quieta naquele dia. Então, ela chama um enfermeiro e pede para não ser

²⁴ Ela – Pronome pessoal feminino singular. Os pronomes são palavras cujo significado é apenas categorial, sem representar nenhuma matéria extralinguística. Na narração dessa história, não consigo atribuir à personagem nenhuma denominação específica. O que ela trouxe nos Encontros que tivemos escapa a qualquer categoria específica. Denominá-la “Ela” é apenas uma tentativa de contorno.

internada novamente. Ele, sem saber o que estava acontecendo, pergunta por que ela estava dizendo aquilo. Então ela conta o que haviam dito para ela e lembra que, quando não esteve bem da última vez, foi internada. E estava com medo de novamente estar ficando mal. Conta que a internação havia sido muito ruim, não queria viver tudo de novo.

Os dias foram transcorrendo.

Ela segue indo ao CAPS todos os dias e tentando achar um lugar para chamar de seu. Ela e nós vamos descobrindo que podemos não estar bem, mas que não seremos colocados em “repouso” por isso.

O processo de estar com o outro, acompanhá-lo na construção de ferramentas, no processo de percepção de si, coloca-nos alguns limites que precisam ser observados. Que distanciamento precisamos manter desse outro, garantindo a preservação do ser? “[...] qual é, pois, a ação do outro que é necessária à constituição do sujeito por ele mesmo?” (FOUCAULT, 2006a, p.166). Necessário se faz, portanto, não se embolar/misturar com outro, mas estar na relação como alguém que contribui com o processo do sujeito/usuário. Posicionando-se a partir de um distanciamento do outro como sujeito, mas aproximando-se com alteridade, de modo impessoal. Não determinando as ações do indivíduo, mas estando com ele para que, tornando-se sujeito, escolha suas ferramentas.

Considerando que esse estudo e as histórias aqui narradas acontecem em uma cidade do interior do estado do Espírito Santo e que estamos falando de alguns desafios do Cuidado no campo da Saúde Mental, outros questionamentos se instituem. Como pensar essa relação de cuidado mantendo certo distanciamento em cidades de pequeno porte, nas quais em muitos momentos os profissionais dos serviços esbarram na rua, no ônibus, no supermercado, nos momentos de passeio com o usuário do mesmo serviço, bem como com os respectivos familiares, sendo que também nesses espaços são indagados e convocados a ouvir relatos e histórias? É-se solicitado a apresentar material para a construção de ferramentas para a vida? Como sair das armadilhas de servir de modelo para ações de tomada

de decisão? Que estratégias podemos usar para sair do lugar de mestre do conhecimento em seu sentido clássico e ocupar o lugar de colaborador da formação do sujeito?

Entendemos assim como Foucault que

Não se pode cuidar de si sem passar pelo mestre, não há cuidado de si sem a presença de um mestre. Porém, o que define a posição do mestre é que ele cuida do cuidado que aquele que ele guia pode ter de si mesmo. [...] O mestre é aquele que cuida do cuidado que o sujeito tem de si mesmo e que, no amor que tem pelo seu discípulo, encontra a possibilidade de cuidar do cuidado que o discípulo tem de si próprio. (FOUCAULT, 2006a, p. 73-74).

Assim, pensar nesse papel do mestre é pensar em alguém que auxilia no cuidado da relação com outro. E não de alguém que tutela e determina as estratégias desses outros. Percebemos que há uma tênue linha que separa uma postura da outra e que elas não se instituem apenas por desejo consciente desse ou daquele sujeito. Mas esse lugar de detentor do saber – o pensamento de que é o profissional que irá dizer acerca da vida e das possibilidades de quem é “cuidado” – também é produzido pelo contexto social. O que podemos fazer é escolher se queremos alimentá-lo, nutri-lo ou delinear-lo de outro modo.

Foucault (2006a) define a possibilidade de três tipos de relação de mestria: a mestria do exemplo, na qual o outro é esse exemplo de comportamento; a mestria de competência que se refere à transmissão de conhecimentos e; por último Foucault descreve a possibilidades da “mestria socrática, sem dúvida, mestria do embaraço e da descoberta, exercida através do diálogo” (FOUCAULT, 2006a, p. 158). Em todas elas, pressupõe-se que haja uma ignorância que precisa ser superada, sendo que é possível passar desse estado de ignorância para o de não-ignorância através do uso da memória (FOUCAULT, 2006a).

Contudo, o mesmo autor propõe pensarmos essa relação com o mestre de modo diferente, não apenas entendendo o outro como ignorante ou mal-formado; ou acreditando que a aquisição desse ou daquele conhecimento o tornará menos ignorante ou melhor formado. Mas retomando o período helenístico e romano de início da formação do Império, em que se afirma que a presença desse outro na

relação do Cuidado de Si é de fato essencial, não no sentido de encaixar os indivíduos nessa ou naquela forma ou de descrevê-lo e reduzi-lo a um código pré-determinado. A função desse mestre é de cuidar da relação. De auxiliar esse outro na sua constituição enquanto sujeito. De acompanhar de modo ativo o processo de construção das estratégias de vida do outro a fim de que possa experienciar os bons e maus encontros que a existência produz.

O indivíduo deve tender para o status de sujeito, [...] Doravante, o mestre não é mais o mestre de memória. Não é mais aquele que, sabendo o que o outro não sabe, lho transmite. [...] o mestre é um operador na reforma do indivíduo e na formação do indivíduo como sujeito (FOUCAULT, 2006a, p.160).

Desse modo, pensar essa relação não é pensar naquele que sabe e que de um modo ou de outro irá transmitir a verdade para aquele que não a detém. É, antes, pensar em uma relação em que conhecimentos e saberes são produzidos nos encontros.

Sou como você me vê.

Posso ser leve como uma brisa ou forte como uma ventania,

Depende de quando e como você me vê passar.

(Clarice Lispector)

“[...] a única verdade é que vivo.

Sinceramente, eu vivo.

Quem sou?

Bem, isso já é demais.”

(Clarice Lispector)

4 OS JOGOS DE VERDADE E A PRODUÇÃO DE SUJEITOS

4.1 CONDIÇÕES PARA O ACESSO À VERDADE

Como afirma César Candiotto (2008), pensar o princípio do cuidado de si a partir de uma perspectiva Foucaultiana – da ordem do relacional, inserido em dado momento histórico e podendo estar presente em todas as instâncias sociais, portanto, não sendo privilégio de alguns – exige apropriação, postura diferenciada do conhecimento. Desse modo, podemos iniciar esse capítulo com uma afirmação: é a construção do conhecimento que nos dá acesso a “A Verdade”.

Mas do que se trata essa verdade? Consideramos aqui a verdade como um compilado de conhecimentos inquestionáveis, propondo-se permanecer imutável ao longo do tempo. Apresenta caráter cientificista, ou seja, possui método e objeto bem definidos. É baseada no dualismo cartesiano, de certo ou errado, bem ou mal, branco ou preto, normal ou anormal. A preposição “ou” indica que nesse modo de pensar a escolha de uma opção automaticamente exclui a outra, ou seja, não é possível que as duas, três ou várias habitem o mesmo espaço. Não há espaço para as contradições, para a dúvida, para os processos, para “isso e aquilo”. Todas as respostas precisam ser objetivas e “certeiras”.

Considerar o conhecimento e a verdade como algo da ordem do relacional, estando inserido em dado contexto histórico, não foi e continua não sendo algo comum a todas as formas de pensamento, de modo especial no que tange ao campo da saúde mental.

O chamado louco foi também denominado de desarrazoado (sem razão) e, como para o modelo platônico conhecimento implica uma razão racionalista, louco não é passível de apresentar algum tipo de conhecimento que possa ser considerado.

Assim, como afirma Foucault, acerca da forma de pensar o conhecimento na Idade Moderna:

De todo modo, porém, é do interior do conhecimento que são definidas as condições de acesso do sujeito à verdade. As outras condições são extrínsecas. Condições tais como: 'não se pode conhecer a verdade quando se é louco' (importância deste momento em Descartes). Condições culturais também: para ter acesso à verdade é preciso ter realizado estudos, ter uma formação, inscrever-se em algum consenso científico. E condições morais: para conhecer a verdade, é bem preciso esforçar-se, não tentar enganar seus pares, é preciso que os interesses financeiros, de carreira ou de status ajustem-se de modo inteiramente aceitável com as normas de pesquisa desinteressada, etc (FOUCAULT, 2006a, p. 22-23).

Embora a luta iniciada por Franco Basaglia (1982; 1985) exija e proponha, inicialmente, que construamos modalidades singulares de pensamento e de ação para dar visibilidade aos "invisíveis", para contrapor-se à institucionalização das novas instituições (BAPTISTA, 2009, p. 13), percebemos que esse modo de pensar o conhecimento, apesar de referir-se a outro contexto histórico, apresenta traços presentes no cenário atual. Reafirma-se a ideia de alguns pensadores de que não é suficiente extinguir, colocar ao chão os manicômios e Hospitais Psiquiátricos, mas o desafio é colocar os diferentes discursos para dialogarem, em espaços de conversa nos quais todos possam ser ouvidos em suas diferenças; apostamos que há sempre algo a dizer, mesmo que isso seja feito através do não dizer.

Em uma sociedade na qual são eleitos discursos verdadeiros, sendo que são esses os que são passíveis de consideração e destaque, como é possível falar em cuidado de si, como algo da ordem da relação entre os sujeitos, se apenas alguns desses sujeitos têm seus discursos legitimados? Quais estratégias estão sendo construídas por nós para tornar visíveis os discursos ilegítimos?

Em uma sociedade como a nossa, conhecemos, é certo, procedimentos de exclusão. O mais evidente, o mais familiar também é a interdição. Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa. Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: temos aí o jogo de três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, formando uma grade complexa que não cessa de se modificar (FOUCAULT, 2009a, p.9).

Em meio a esse contexto de embates e lutas, em que afirmações e discursos são ignorados por serem provenientes de sujeitos desprovidos de condições de acesso a verdades, ouvimos muitos afirmando “vamos dar o direito ‘deles’ se expressarem, eu permito que ‘eles’ falem”. O direito de falar não pertence a alguém que por ser bastante “democrático” o concede a outrem, mas todos temos como direito fundamental o direito de ir e vir, o direito de se expressar. Como, também, ninguém tem a capacidade de “dar” o direito de fala a alguém, ou o poder de permitir ou impedir que alguém fale a não ser que seja por meio de instrumentos de violência.

Considerando esses questionamentos e situações descritas no campo da saúde mental, na vida, deparamo-nos com uma proposta bastante interessante e que nos auxilia no modo de pensar a relação do Cuidado de Si. Foucault (2006a) nos propõe pensar acerca de relações de pensamento filosófico:

[...] esta forma de pensamento que se interroga, não certamente sobre o que é verdadeiro e sobre o que é falso, mas sobre o que faz com que haja e possa haver verdadeiro e falso, sobre o que nos torna possível ou não separar o verdadeiro do falso (FOUCAULT, 2006a, p. 19).

Assim, o que importa nesse processo de construção de discursos e modos de vida não é simplesmente se uma afirmação ou um conhecimento é falso ou verdadeiro, mas o que ele tem ajudado a produzir, qual grau de potência ele dispara. Podemos dialogar com Espinosa quando fala das relações entre o bem/mal e bom/mau; ele afirma que o importante é perceber quais composições têm se dado.

Não existe o Bem ou o Mal, mas há o *bom* e o *mau*. “Para além do Bem e do Mal ao menos não significa para além do bom e do mau.” [...] Bom e Mau têm pois um primeiro sentido, objetivo, mas relativo e parcial: o que convém à nossa natureza e o que não convém. [...] será dito bom (ou livre, ou razoável, ou forte) aquele que se esforça, tanto quanto pode para organizar os encontros, por se unir ao que convém à sua natureza, por compor a sua relação com relações combináveis e, por esse meio, aumentar sua potência. [...] Dir-se-á mau, [...] aquele que vive ao acaso dos encontros, que se contenta a sofrer as consequências. (DELEUZE, 2002, p. 28-29)

Conclui-se que o que nos move é a potência que essa ou aquela afirmação produz e não apenas o que de científico ou comprovado ela nos traz. É necessário lembrar aqui que essa relação é sempre coletiva, portanto, quando nos referimos ao eu ou ao nós, o estamos fazendo a partir de uma perspectiva relacional e não “umbigóide”/individualista.

Considerando-se esse processo de questionar acerca das situações vivenciadas e impostas pela vida, construindo-se obras-primas com as matérias que temos e assumindo a postura de um artesão, Candiotta (2008) propõe que há um caminho a ser percorrido, como uma transformação do saber nas estratégias que irão constituir o cuidado de si. Contudo, em nossa sociedade atual, afirma que para que as enunciações (*lógoi*) se transformem em armaduras do sujeito (*paraskeué,*) é necessário que sejam princípios aceitáveis de comportamento: só então são qualificadas de verdadeiras (p.96). Retoma-se, então, o que Foucault diz acerca de algumas condições para o estabelecimento da verdade.

É possível dizer, como afirma Ayres (2004b), que, nos encontros que se estabelecem entre o que busca a assistência e aquele denominado “cuidador”, haverá como recursos *as verdades, os artefatos*, que podemos entender como as ferramentas que são trazidas para a relação, mas que o fundamental a ser estabelecido nessa relação é a *interação* entre os sujeitos. Ricardo Ayres propõe que esses três elementos são diferentes entre si, mas devem ser vistos como indissociáveis. Afirma que:

Tal distinção será relevante na exata medida em que nos permita ver que a tarefa de aperfeiçoar o Cuidado não diz respeito apenas a melhorar a aplicação de verdades e a construção de objetos, mas exige também tratar que as verdades e artefatos que mediam esses encontros intersubjetivos sejam passíveis de apropriação crítica, escolha circunstanciada e utilização livre por aqueles que buscam a assistência (AYRES, 2004b, p. 16).

Muitas vezes calamos o outro, buscando sintomas que se encaixam nesse ou naquele diagnóstico, antes mesmo de ouvir a nós e ao outro. Em outras ocasiões, prendemo-nos às estruturas de atenção e assistência pré-fabricadas e não nos permitimos construir na relação as estratégias apropriadas para dada situação.

Em outras ainda, ouvimos de alguns trabalhadores da saúde que o uso de medicamento vem sendo a única forma de atenção dispensada, mesmo sabendo que em alguns casos ela não é necessária. E o mesmo profissional justifica a ação dizendo que não há disponível nenhuma outra forma de atenção. Contudo, essa estratégia é disponibilizada a fim de que o sujeito possa “sentir” que está

“recebendo” algum tipo de atenção. Mais uma vez precisamos retomar a noção de Cuidado de Si e a narrativa de mais uma história.

Dona flor, usuária do CAPS, apresenta comportamento caracterizado pelos profissionais de saúde como cíclico. Por vezes está bem, limpinha e arrumada, mas de uma hora para outra percebemos que ela chega ao serviço com odor bastante desagradável, cabelos sujos, tremor no corpo, hálito com cheiro forte, enfim, incomodando os outros usuários do serviço com o seu mau cheiro. Quase que com a mesma instantaneidade, volta a aparecer no CAPS, bem arrumada e com aspecto limpo. A família de Dona flor quase nunca comparece ao serviço. Mas o que será que faz com que esse comportamento de auto-cuidado seja tão rapidamente modificado? A enfermeira, por diversas vezes, já conversou, orientou quanto à higiene pessoal. As medicações estão sendo administradas corretamente. A equipe acompanha Dona flor, porém ela está há pouco tempo no serviço.

Na segunda vez em que esse comportamento de prejuízo do auto-cuidado apareceu, ela nos contou que seu novo companheiro, com que estava morando há cerca de um mês, havia terminado o relacionamento com ela e estava com outra mulher. Diante desse e de outros fatos relatados por Dona Flor e das análises da equipe que a acompanha, pudemos identificar uma relação direta entre os comportamentos de prejuízo do auto-cuidado e o rompimento nos relacionamentos de Dona Flor. Assim, depois de algum tempo e de sucessivos atendimentos, conversas, dias nas oficinas, percebemos que Dona Flor estava melhorando. Sua aparência estava mais agradável, ela havia voltado a se cuidar, tomar banho. Será que as intervenções técnicas do serviço estavam surtindo efeito? Sim, estavam, mas um outro fator estava ajudando: Dona Flor havia encontrado um novo namorado. E estava muito feliz.

E assim, outros amores e desamores surgiram na vida de Dona Flor. Entretanto, quando o desamor chega, ainda é acompanhado de mau cheiro, falta de banho, episódios de delírio. Continuamos trabalhando e refletindo com Dona Flor sobre essas relações.

O que tudo isso tem a haver com CAPS e com as intervenções que os técnicos fazem ali? Temos que lidar também com “dor de cotovelo”? Com decepções amorosas? Sabemos que muitas outras coisas, fatos e interferências podem estar perpassando esses comportamentos. E o apaixonar-se também faz parte da vida. E se os serviços se propõem a trabalhar com vidas, com esses acontecimentos, também é possível construir ferramentas da e na vida a partir deles.

Se o cuidado de si consiste em construir com o outro uma relação de pensamento filosófico, a fim de que ele possa avaliar as mais diversas situações que se colocam em sua vida, como podemos pensar em um serviço com “técnicos capacitados” que não conseguem perceber que uma conversa, um estar junto também constitui práticas de atenção? Que práticas de si estão sendo construídas? Que modos de vida esse tipo de postura e pensamento vêm produzindo? De quais discursos as políticas de saúde estão apropriando-se? Que verdades temos produzido?

Ora, a ideia de “procedimentos bem definidos” e “destinados a produzir certos resultados” já não implica um certo “fechamento” de meios e fins, contrário à ideia de emancipação do usuário como sujeito da sua assistência? Em outros termos, será possível preservar o sentido forte de “espaço relacional” quando se fala do uso de “procedimentos bem definidos” visando “certos resultados”? (AYRES, 2000, p. 118).

Foucault (2006a) afirma que a subjetivação histórica do cuidado de si configura uma ética do saber e da verdade. Assim, é possível dizer que os conhecimentos úteis ao homem têm a capacidade de produzir modos de vida. E ainda, que esses modos de vida não estão escondidos no interior do indivíduo, mas se constroem nas relações que ele estabelece.

O que temos percebido, contudo, é que nessa sociedade alguns discursos são considerados e outros não; há uma supervalorização das técnicas e normas em detrimento das tecnologias leves.

Entendemos com Ayres (2004a) que as práticas de assistência produzem formas de ser e estar na vida. Assim:

[...] precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais,

nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos (AYRES, 2004a, p.84).

Além disso, admitindo-se que toda palavra é Palavra de Ordem e que, portanto, produz modos de vida, processos de subjetivação, modelos de subjetividade, produz mundos e sujeitos, é possível considerar a importância e o papel das relações e dos sujeitos que teriam institucionalmente por função “cuidar”.

Podemos afirmar que o modo como essas relações estabelecem-se é bastante desafiador nesse campo da saúde mental; a efetividade dessa interação/ relação está para além da “frequentemente paternalista ‘sensibilidade’ dos profissionais e das ‘reais’ necessidades dos usuários” (AYRES, 2004b, p. 15). É nos encontros que estabeleceremos interação com os usuários; que construiremos com ele e entenderemos as necessidades que ele traz para a relação e não apenas o colocaremos em nossas fôrmas de atendimento e procedimentos.

É possível, nessa perspectiva, estabelecer um contraponto entre o cuidado de si e o modelo cartesiano de entender os conhecimentos, as verdades, a vida. Ou seja, não há uma única maneira de lidar com a questão da verdade. Pensar em um campo de produção de verdades estático ou cartesiano é imprudente e contraditório. É limitar a vida, os corpos e as possibilidades de Encontros.

Entendemos que as práticas de cuidado podem ser facilitadas quando os profissionais de saúde assumem uma postura de escuta ativa junto ao outro, uma vez que se torna mais propícia a produção de estratégias e ferramentas para lidar com as situações que se apresentam. Em contraposição a isso, nas práticas em que assumimos a responsabilidade do outro, o fazer do outro, uma postura caritativa, pode haver o tamponamento dos canais de liberdade.

“[...] qual trabalho devo operar em mim mesmo, qual a elaboração que devo fazer de mim mesmo, qual modificação de ser devo efetuar para poder ter acesso à verdade?” (FOUCAULT, 2006a, p. 233)

A proposta de pensamento filosófico nos remete a outra ideia que precisa ser discutida: os conceitos de ética e moral. Consideramos - os não como instâncias opostas e que competem entre si, mas como posturas que necessitam ser complementadas. A moral refere-se a um conjunto de normas e regras já dadas e que objetivam organizar um determinado grupo social, podendo assumir um lugar rígido e inquestionável.

Por “moral” entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as Igrejas etc. Acontece dessas regras e valores serem bem explicitamente formulados em uma doutrina coerente e em um ensinamento explícito. Mas, acontece também delas serem transmitidas de maneira difusa e, longe de formarem um conjunto sistemático, constituírem um jogo complexo de elementos que se compensam, se corrigem, se anulam em certos pontos, permitindo, assim, compromissos ou escapatórias. (FOUCAULT, 2009b, p.33)

A ética nos permite refletir e remodelar essas normas e regras de acordo com as mudanças que se processam, redefinindo-as. “A consideração dos gêneros e das espécies implica ainda uma ‘moral’; enquanto a *Ética* é uma etologia que, para os homens e para os animais, considera em cada caso somente o poder de ser afetado.” (DELEUZE, 2002, p. 33)

Afirmando o cuidado de si como intrínseco e extrínseco concomitantemente e considerando as ações, pautadas no plano da ética, como disparadora de afetos alegres, logo, potencializadora de vida, é possível dizer aos sujeitos para os quais foi atribuída a função do cuidar, que se faz necessário elaboração de indagações constantes a fim de avaliarmos o que temos produzidos.

Vivemos em uma sociedade na qual interesses e valores diferentes se fazem presentes, portanto, é passível de entendimento que precisamos respeitar normas e regras de convivência e que essa postura produz verdades e modos de vida. Contudo, precisamos entender esses valores e interesses como transitórios. Eles precisam ser ativadores/disparadores de modos de vida mais libertários e afirmadores de diferenças. Todavia, o que percebemos e vivenciamos em nossa sociedade é um afunilamento de modos de vida; uma separação do que é aceito e do que não é, reduzindo a vida e suas possibilidades a modelos pré-determinados e

esperados. Abafando-se o inusitado. Controlando e limitando por vezes a possibilidade do caos.

4.2 DOS INDIVÍDUOS DA VERDADE AOS SUJEITOS DOS CONHECIMENTOS

Considerando os escritos acima acerca da produção de discursos e verdade e as possibilidades que podem ser dar a partir de um diálogo com os acontecimentos e não apenas a escolha de verdades inquestionáveis e imutáveis, afirmamos que a possibilidade desse diálogo pode favorecer a produção de certos modos de vida, mais ou menos oxigenados, mais ou menos abertos ao inusitado. Portanto, uma postura de cuidado requer a afirmação de uma atitude ética que se encontre com os acontecimentos e a partir desses encontros possa dizer e construir pensamento e vida com eles e não sobre eles.

As práticas de cuidado de si pautadas nesse pensamento filosófico podem auxiliar na produção de espaços libertários e vidas emancipadas, o que afirma a singularidade delas.

[...] como uma categoria reconstrutiva, isto é, como um constructo filosófico que busca refletir, de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca das possibilidades de reorganização das práticas de saúde, orientada pelos valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência (AYRES, 2004b, p. 16)

Dialoga-se com Ortega (2008), quando ele refere - se a práticas de si ou práticas ascéticas ou ainda práticas de cuidado de si, reafirmando que tais práticas implicam, disparam processos de subjetivação, ou seja, modos de ser e estar na vida, uma vez que o sujeito irá constituir-se nessa relação entre os jogos de verdade que se fazem presentes, afetando as relações entre os sujeitos e as relações desse sujeito para consigo. (FOUCAULT, 2009b, p. 13)

Contudo, as práticas de si atuais, ou as modernas ascetes, como afirma o mesmo autor, “reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidado corporais, médicos, higiênicos e estéticos na

construção das identidades pessoais, das bioidentidades” (ORTEGA, 2008, p. 31-32).

Esse modo de funcionamento, ao contrário das práticas de si “clássicas que possuíam uma dimensão político-social fundamental, visando sempre ao outro e a cidade, eram expressão do amor pelo mundo. A presença do outro e do mundo garantiam a realização do cuidado de si” (ORTEGA, 2008, p. 45). As práticas de si atuais produzem vontade à adaptação, posturas de conformismo com as normas impostas, caráter disciplinador e de esvaziamento dos espaços públicos, despolitização.

Através de quais *jogos de verdade* o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser vivo, ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminoso? Através de quais *jogos de verdade* o ser humano se reconheceu como homem de desejo? (FOUCAULT, 2009b, p.13)

Esse processo de jogos de discursos e verdades se estabelece também na construção da forma desse homem/louco enquanto sujeito. Para que o louco possa um dia chegar ao status de sujeito e tenha direito e acesso a Verdade e, logo, acesso a si mesmo, é necessário negar seu próprio processo, adotando roupagem inadequada ao seu tamanho.

“Ter acesso a verdade é ter acesso ao próprio ser.” (FOUCAULT, 2006a, p. 235-236)

Ousamos afirmar que, ao se ter acesso a essa “Verdade”, é “alcançada” a cura do louco; ao tomar para si o discurso verdadeiro, o louco/homem e/ou homem/louco pode tornar-se sujeito. Tal como os negros eram considerados, no período da Idade Média, curados de sua doença/cor quando tinham sua pele esbranquiçada pelo vitiligo. Assim se processa também com o louco: a reorganização do discurso, a arrumação da aparência e a obediência às normas o tornam capaz de discursar e, quem sabe, até ser ouvido.

Essa forma de pensamento é afirmada no contexto da espiritualidade

[...] a verdade jamais é dada de pleno direito ao sujeito [...] Postula a necessidade de que o sujeito se modifique, se transforme, se desloque, torne-se, em certa medida e até certo ponto, outro que não ele mesmo, para ter direito a [o] acesso à verdade. A verdade só é dada ao sujeito a um preço que põe em jogo o ser mesmo do sujeito. Pois, tal como ele é, não é capaz de verdade. (FOUCAULT, 2006a, p. 19-20)

O que propomos aqui não é a necessidade ou a possibilidade de acesso a uma verdade para além do sujeito, mas uma verdade que se constitui através das práticas e ações desses sujeitos, construindo, assim, uma ideia de necessidade de conhecimento dos objetos e de construção deles (e não de acesso à verdade). A modificação dos sujeitos irá acontecer nos processos da vida, mas para isso não é necessária a negação deles e de seus modos de vidas, mas a afirmação das possibilidades que compõem a vida.

Pensando ainda as práticas de assistência que têm constituído os serviços abertos de Saúde Mental no Brasil, podemos afirmar, de modo geral, que os tratamentos se dão em torno do uso de psicotrópicos e de psicoterapias. E, ainda, que, ao referirmo-nos a esse campo de conhecimento, é quase que unanimidade que o uso de medicamentos, mais especificamente os psicotrópicos, é algo imprescindível na assistência daquele que passou pela experiência da loucura, ou do “portador de transtorno mental”, seja leve, moderado ou severo. Questionar tal Verdade é considerado uma ofensa e quase uma “blasfêmia” para alguns trabalhadores desse campo, porque, em alguns casos, essa prática é vista como um meio de fazer com que esse “louco” alcance a categoria de sujeito. Essas afirmações não têm por intuito exaltar essa ou aquela tecnologia de assistência, mas entender quais são as intenções, as implicações que têm perpassado essa ou aquela escolha.

A partir de nossa vivência e práticas cotidianas, podemos afirmar ainda que há uma prevalência de escolhas por tecnologias relacionadas à modelagem de uma determinada forma de ser (relacionada a um corpo primordialmente orgânico), portanto, cada vez mais, tem ocorrido uma redução das associações de assistência às práticas com o corpo em seu sentido amplo.

Outro viés percebido nesse movimento é o de que “ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como

práticas de saúde” (ORTEGA, 2008, p.31). Ainda ao referirmo-nos ao tema saúde, logo voltamo-nos para a noção de corpo, e um corpo apenas biológico, como se todas as atividades citadas acima não constituíssem também esse corpo. “Os problemas deixam de ser humanos, em seu sentido mais amplo, para tornarem-se orgânicos, numa distinção radical entre mente-corpo-socius.” (AMARANTE, 1999, p.51)

Essa noção de corpo biológico e que precisa ser colocado em determinado modelo se contrapõe à ideia de corpo que nos traz Espinosa, quando afirma que “Não sabemos o que pode o corpo [...]” Tentamos dominá-lo, colocá-lo em formas, movê-lo, controlar suas alegrias e seu impulso, o medicamos, o amarramos, mas não sabemos do que ele é capaz, não conseguimos delimitar suas potências e falências. (DELEUZE, 2002)

A relação apontada acima de que alguns profissionais assumem prioritariamente práticas de assistência à saúde com caráter medicamentoso, baseadas em tecnologia rígida e em utilização apenas de processos pré-definidos, ratifica, a nosso entender, essa afirmação de redução das práticas de atenção à saúde a práticas do corpo biológico. Essa postura parece indicar a necessidade de observação de reação neuroquímica, confirmação científica, que confirme que há um tratamento. Contudo, a vida, “o corpo ultrapassa o conhecimento que dele temos, e o pensamento não ultrapassa menos a consciência que dele temos.” (DELEUZE, 2002, p.24)

Quem tenha lido as páginas deste livro, que estão antes desta, terá sem dúvida formado a ideia de que sou um sonhador. Ter-se-ia enganado se a formou. Para ser sonhador falta-me o dinheiro.

[...]

Mas, enfim, também há universo na Rua dos Douradores. Também aqui Deus concede que não falte o enigma de viver. E por isso, se são pobres, como a paisagem de carroças e caixotes, os sonhos que consigo extrair de entre as rodas e as tábuas, ainda assim são para mim o que tenho, e o que posso ter.

Alhures, sem dúvida, é que os poentes são. Mas até deste quarto andar sobre a cidade se pode pensar no infinito. Um infinito com armazéns embaixo, é certo, mas com estrelas ao fim... E o que me ocorre, neste acabar de tarde, à janela alta, na insatisfação do burguês que não sou e na tristeza do poeta que nunca poderei ser.

(PESSOA, 2006, p. 420-421)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que permeou este estudo foi a de pensar e problematizar as práticas de assistência no campo da saúde mental e quais modos de viver e estar no mundo elas têm ajudado a produzir junto àqueles que por um motivo ou outro passam a frequentar os serviços de saúde mental. Durante todo o texto tentamos deixar claro que as práticas de cuidado às quais nos referimos perpassam os serviços de saúde mental, mas não se restringem a eles. Sendo assim, ao falarmos acerca das práticas disponibilizadas nos serviços, arriscamo-nos também a dizer das nossas práticas na, com e para a vida; uma vez que os sujeitos que frequentam esses serviços também ocupam diversos outros papéis e estão inseridos em diferentes serviços e estabelecimentos

Essa e outras questões que aparecem no desenrolar do texto foram problematizadas a partir do princípio do Cuidado de Si proposto por Foucault. Esse princípio nos convoca a nos incomodarmos com as nossas ações e a estarmos mais atentos “ao pensamento e ao que se passa no pensamento”. Entendendo esse pensamento como produto e produtor de discursos e verdades, portanto, ele também necessita ser problematizado, já que não é atemporal e dogmático. Entendemos ainda que estar atento a esse pensamento é estar atento também a nós e aos outros; e com esse processo nos constituirmos enquanto sujeitos de nossas ações e de nossas vidas. Platão, no texto em que Sócrates dialoga com Alcibíades, descreve uma parte desse processo.

Sócrates – Quer seja coisa fácil, quer difícil, Alcibíades, o que é certo é que, conhecendo-nos, ficaremos em condições de saber como cuidar de nós mesmos, o que não poderemos se nos desconhecemos.

Alcibíades – É muito certo.

Sócrates – Então dize - me: de que modo será possível descobrir a essência íntima do ser? Com esse conhecimento saberíamos o que somos, o que sem ele nos será impossível. (PLATÃO, 1975, p. 237)

Escolher adotar essa postura se coloca como um desafio, pois refere - se a exercícios que precisam ser praticados insistentemente e que por vezes podem gerar deslocamento, desterritorialização, perturbando as estruturas já fixadas. Como

nos afirma Foucault “[...] parece claro haver, para nós, alguma coisa um tanto perturbadora no princípio do cuidado de si.” (FOUCAULT, 2006a, p.16)

Cumprir dizer que problematizar algo, não consiste em questionar por questionar ou apenas fazer perguntas cujas respostas já conhecemos, mas consiste em analisarmos e nos confrontarmos com as verdades em nós, com as nossas zonas de conforto e também com os nossos espaços de caos, de turbulência. Faz-se desse movimento de ir e vir, de (des) construção – já que muitas vezes não conseguimos definir onde começa uma e termina a outra – uma prática constante nos serviços, nas atividades profissionais, nas relações de amizade, de “afetos, na vida.

Esse é o tempo/espaço de findar um percurso, de findar um processo de escrita, de voltar o olhar, ou melhor, o corpo inteiro para o que foi escrito nas páginas anteriores e buscar entender o que fizemos/escrevemos nelas, os motivos pelos quais o fizemos. E, ainda, é o momento de estarmos atentos ao que tudo isso fez em nós.

O processo de escrita deste trabalho, as experiências inco(m)odantes aqui narradas produziram e continuam a produzir um incômodo que insiste em problematizar o que estamos ajudando a fazer de nossas vidas e das vidas que passam e compõem com as nossas. Entendemos que pensar o cuidado de si é pensar sobre as relações que estabelecemos com os outros e conosco. É nos percebermos nas relações. É experienciarmos os afetos produzidos. É analisarmos as nossas implicações nas relações que estabelecemos, nas escolhas do que fazemos. É sentir o pulso. É trazer discursos diferentes para dialogarem. É desnaturalizar o natural. É trazer para o comum o que insistimos em colocar no lugar de incomum. É dialogar com a loucura que compõe a vida.

Assim, essas considerações finais não nos levam às certezas confortantes e que objetivam por fim às questões aqui colocadas. Mas, como nas narrativas apresentadas, ansiamos por continuar a nos permitir pensar e repensar cada linha deste estudo. A ampliar os canais que oxigenam e trazem outros ares para as nossas práticas. E que a partir desses anseios possamos produzir outras e

diferentes questões que poderão encontrar contornos no cotidiano das vidas. Onde nossas práticas têm nos levado? O que tem levado/sustentado as nossas práticas? Até onde nos permitimos incomodar? O que os incômodos aqui produzidos nos permitem? Quais desgastes e composições temos experienciado no corpo?

Também não temos a pretensão de acreditar que a partir destes escritos não acontecerão afogamentos nas fortes ondas que perpassam o serviço, ou mesmo que não nos acomodaremos com as ações já dadas, com as atividades prescritas. Mas afirmamos que, como prática cotidiana e que precisa estar presente por toda a vida, o Cuidado de Si compôs com os sujeitos que de algum modo perpassaram este estudo. Compôs com a minha vida e com as vidas que após este trabalho passaram a habitar em mim. E que, assim, incita-me a convidar outros para esse processo que é co-extensivo à vida.

O cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência. (FOUCAULT, 2006a)

Muito há o que escrever, o que pensar sobre as práticas de si e do outro, sobre as construções de modos de vida e as forças que perpassam essas construções. Pois sabemos que todos esses processos estão inseridos em um determinado contexto sócio-histórico e político e que, portanto, precisam ser repensados e construídos cotidianamente. Certamente ainda há muito a dizer. Mas algumas coisas já foram ditas aqui, alguns caminhos e estradas foram delineados.

Sabemos que precisamos de material para construir as nossas ferramentas, assim como o artesão necessita de sua matéria-prima. Sabemos também que trazemos algumas ferramentas prontas em nossa maleta. Porém estamos atentos ao fato de que essas sofrerão o desgaste do tempo e do uso e que, portanto, precisarão não apenas serem substituídas por outras, mas, em algumas situações, poderão ceder parte de sua estrutura para a composição de outras ferramentas mais adequadas para aquilo a que se propõem. Arriscamo-nos assim a sermos artesãos da vida, num processo constante que é de si e do outro.

Para que tudo isso continue sendo possível, faz-se necessário “nos abriremos às forças intensivas, à Diferença, ao intempestivo, ao improvável, à turbulência, ao inatural. Com a prudência necessária para avaliar e redobrar essas forças [...]” (LAVRADOR, 2006, p. 183). Faz-se necessário nos permitirmos confrontar conosco e nos colocarmos como aprendizes da existência, uma vez que “me dei conta de que não posso pretender ser o dono da verdade.[...] que o mundo em que vivemos é um mundo de acordos e ações.” (MATURANA, [20--]).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALTOÉ, Sonia (Org) **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- 2 AMARANTE, Paulo. Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Régia; COSTA, Eliane Silvia. (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999. p.51.
- 3 _____. (Coord.) **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- 4 _____ *et al.* Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In: VILELA, Jacó; CEREMZO, Ana Maria; RODRIGUES, Antônio Carlos; CONDE, Heliana de Barros (Org.). **Clio-psyché hoje**: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. p. 51-63.
- 5 AYRES, José Ricardo. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. In **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev, 2004a.
- 6 _____ Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 15-29, 2004b.
- 7 _____ Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação - Debates**. São Paulo, v. 6, p. 117 – 120, fev. 2000.
- 8 BAPTISTA, Luis Antonio. **O Veludo, o vidro e o plástico**. Niterói: Editora da UFF, 2009.
- 9 BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1985.
- 10 _____. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1982.

- 11 BRASIL. **Portaria nº 189, de 1º de Janeiro de 1992a**. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/6887.html>>. Acesso em: 10 fev. 2009.
- 12 _____. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992b**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.
- 13 _____. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 04 de out. de 2009.
- 14 _____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- 15 _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 16 _____. **Portaria nº 1065, de 4 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>. Acesso em: 11 mai. 2009.
- 17 _____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Equipe de Referência e Apoio Matricial**. série B. Textos Básicos de Saúde, 2006.
- 18 BENJAMIN, WALTER. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura história da cultura. Obras Escolhidas v.1. Tradução de Sérgio Paulo

- Rouanet. Prefácio Jeanne Marie Gagnebin. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.
- 19 CANDIOTTO, César. Subjetividade e Verdade no Último Foucault. In: **Trans/Form/Ação**. São Paulo, v. 31, n.1, p. 87-103, 2008.
- 20 CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- 21 DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Kafka, por uma Literatura Menor**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- 22 _____ . **Mil Platôs: Vol. 1**. Rio de Janeiro: Editora 34 Letras, 1995.
- 23 DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- 24 _____ . **O mistério de Ariana**. Lisboa: Editora Vega, Passagens, 1996.
- 25 DELEUZE, Gilles. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.
- 26 DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- 27 ESPÍRITO SANTO. **POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - PPA 2010 – 2013 Orientações aos Gestores Municipais**. Vitória, 2009. (Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/Novo_PPA_inclusao_21_6_09.pdf. Acesso em 16 de Maio de 2011.
- 28 FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.
- 29 _____ . **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

- 30 _____ . **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 31 _____ . **A Hermenêutica do Sujeito**. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.
- 32 _____ **A ordem do Discurso**: aula inaugural no Cóllege de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 18ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2009a.
- 33 _____ **História da Sexualidade**: O Uso dos Prazeres. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. São Paulo: Editora Graal, 2009b.
- 34 _____ O Cuidado com a Verdade. In: MOTTA, Manoel Barros (Org.) **Michel Foucault - Ditos e Escritos V**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006b. p. 240-251.
- 35 FOUCAULT, Michel; DELEUZE, Gilles. Os intelectuais e o poder (Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze). In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 69-78.
- 36 GUATARRI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- 37 LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 4ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2009.
- 38 LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e Vida na Contemporaneidade**. 2006. 194 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.
- 39 LIMA, Fernanda Ratto de. **A Clínica entre o Cuidado do Tempo e o Tempo do Cuidado**: A Experiência do Cuidado de Si. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Niterói, 2010.
- 40 LISPECTOR, Clarice. **Água Viva**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1998.

- 41 MACHADO, Leila Domingues, LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Por uma clínica de expansão da vida. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP, v. 13, supl.I, p. 515 – 521., 2009.
- 42 MATTAR, Cristine Monteiro, RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **O Cuidado de si como prática de Liberdade**: contribuições para uma discussão sobre a ética em Michel Foucault. (Texto não publicado), 2010.
- 43 MATURANA, Humberto. **Entrevista com cientista e biólogo Humberto Maturana**. Disponível em: <http://www.leilanavarro.com.br/palestrante_entrevista.php?identrevista=3> Acesso em: 30 Jul. 2011.
- 44 MERHY, Emerson e FRANCO, Túlio. **Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 16 de Maio de 2011.
- 45 ORTEGA, Francisco Javier. **O corpo Incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- 46 PELBART, Peter Pál. **A Nau do Tempo-Rei**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- 47 PESSOA, Fernando. **Livro do Desassossego**: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. ZENITH, Richard (Org.). São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- 48 PLATÃO. **Diálogo – Fedro Cartas – O Primeiro Alcibíades**. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Volume V. Pará: Coleção Amazônica, 1975.
- 49 REVEL, Judith. **Foucault – Conceitos Essenciais**. São Paulo: Ed. Claraluz, 2005, p.13 -15.
- 50 ROLNIK, Suely. Pensamento, Corpo e Devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. In: **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo, v.1 n.2, p. 241-251, 1993.

- 51 _____ **Trechos de Suely Rolnik: Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo.** São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.
- 52 SEGRE, M, O conceito de saúde. In: **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.31, n.5, p. 538-42, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>>. Acesso em: 16 de Junho de 2011.
- 53 TAKEUCHI, Maria. **Liberdade aos diferentes.** Disponível em: <www.rizoma.net/interna.php?id=155&secao=neuropolitica>. Acesso em: 10 de fev. 2009.

ANEXO A – Termo de autorização da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Maria Cristina Campello Lavrador
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“As práticas de cuidado no campo da saúde mental: Um olhar sobre a Microrregião São Mateus ES”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **198/10** intitulado: **“As práticas de cuidado no campo da saúde mental: Um olhar sobre a Microrregião São Mateus ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES