

O COTIDIANO DE USUÁRIOS DE CAPS:

EMPODERAMENTO OU CAPTURA?*

*Rafael de Albuquerque Figueiró***

*Magda Dimenstein****

RESUMO

A reforma psiquiátrica tem investido na criação de serviços e qualificação técnica. Consideramos que a atenção técnica/especializada tem limitações para atender diversas demandas dos usuários e muitas formas de cuidado podem ser produzidas entre os mesmos. Este artigo discute a ajuda mútua e o empoderamento entre usuários de CAPS na perspectiva de ressaltar essa dimensão instituinte da reforma. Fazendo uso da entrevista e da observação participante percebemos que o modo de funcionamento e a gestão dos CAPS, bem como a concepção terapêutico-clínica da equipe, tendem a barrar as possibilidades de ajuda mútua entre os usuários, dificultando o empoderamento dos mesmos.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; ajuda mútua; empoderamento; CAPS.

THE DAILY LIFE OF USERS OF CAPS:

EMPOWERMENT OR CAPTURE?

ABSTRACT

The psychiatrist reform has invested in service creation and the qualification of the technicians. We believe that attention specialist has limitations to meet various demands of users and many forms of care can be produced among the users. This article discusses the mutual aid and empowerment among users of CAPS investing in this dimension of instituting reform. Making use of mapping and participant observations, we see that the mode of operation and management of CAPS, and the design of therapeutic and clinical technical team, they tend to spread the opportunities for mutual support among users, making the empowerment of those.

Keywords: Psychiatrist reform; mutual help; empowerment; CAPS.

* Agradecimento ao CNPq que financiou essa pesquisa por meio de bolsa de Mestrado concedida ao primeiro autor.

** Psicólogo, mestre em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pesquisador da área de saúde coletiva.

E-mail: rafaelpsiufn@hotmail.com

*** Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Pesquisadora do CNPq. Doutora em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: UFRN, CCHLA, Deptº de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP 59.078-970.

E-mail: magda@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica brasileira tem tido avanços significativos nas últimas décadas. Podemos perceber investimentos em equipamentos, recursos humanos e políticas de atenção em saúde mental. Porém, o desafio que se coloca na atualidade diz respeito ao aumento da participação dos usuários nesse processo. Como torná-los protagonistas do processo de reforma psiquiátrica? Levando em consideração que a atenção profissional não atende às diversas questões presentes no cotidiano dos usuários (necessidades culturais, de lazer, econômicas etc.), acreditamos ser necessário investir mais fortemente em novas estratégias e atores capazes de agenciar forças instituintes¹ a esse movimento, como os usuários, por exemplo, para que se possa alavancar o processo de reforma psiquiátrica, não só em nível de uma atenção técnica/especializada, mas no que diz respeito a uma maior participação e empoderamento² desses sujeitos (Vasconcelos, 2008).

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa de mestrado que discute o papel dos CAPS no empoderamento dos usuários. Aqui pretendemos focar na dinâmica de tais serviços substitutivos e na possibilidade de ajuda mútua³ entre os usuários e consequente empoderamento dos mesmos. Utilizando a observação participante do cotidiano dos serviços e de entrevistas, a pesquisa buscou investigar possíveis práticas de ajuda mútua entre usuários, bem como o contexto em que ocorrem e os efeitos na vida dos usuários. Além disso, auxiliado pela metodologia das rodas de conversa (AFONSO; ABADE, 2008), buscamos captar a postura dos profissionais perante a tais atitudes.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Na intenção de mapear as diversas forças, intensidades e relevos presentes no cenário da pesquisa, bem como sua relação com o pesquisador, definimos a cartografia enquanto método-guia em nossa inserção no campo. A cartografia, antes de ser um método, se situa como uma discussão metodológica, propondo uma revalorização da dimensão subjetiva em pesquisa (KIRST et al., 2003). Nesse sentido, o trabalho de campo consistiu prioritariamente na observação sistemática do cotidiano de dois CAPS II e na conversa com técnicos e usuários dos serviços. As observações foram realizadas entre os meses de dezembro de 2008 e março de 2009.

As equipes participantes desse processo de pesquisa eram compostas por vigias, terapeutas ocupacionais, educador físico, auxiliar de serviços gerais (ASG), auxiliares administrativos, psicólogas (sendo que uma exercia o cargo de coordenadora e a outra realizava a dupla função de psicóloga e administradora), enfermeiras, psiquiatras, arte-educadora, farmacêutico, auxiliares de farmácia, nutricionista, técnicos de enfermagem. Além disso, profissionais que trabalhavam na cozinha, prestando serviço por meio de empresa terceirizada. Ao todo foram observados 32 turnos (por turno entendemos uma manhã ou uma tarde), distribuídos da seguinte forma: 15 turnos pela manhã e dois à tarde no

CAPSA; 13 turnos pela manhã e dois à tarde no CAPSb. Além disso, participamos de 22 reuniões de equipe, sendo 12 no CAPSA e dez do CAPSb e três assembleias (duas no CAPSA e uma no b).

Nossa participação consistiu da presença nas oficinas (muitas vezes realizando, juntamente com os usuários, as atividades propostas); nas assembleias que reuniam usuários, técnicos e familiares; nos momentos das refeições e de intervalo entre uma oficina e outra, quando partilhávamos de conversas e diálogos informais com alguns usuários e, às vezes, com técnicos. Além desses momentos referentes à dinâmica interna do serviço, foi possível acompanhar algumas ações externas como passeios, bem como alguns eventos comemorativos, dentro e fora dos CAPS.

Por fim, foi proposta uma roda de conversa⁴ com os técnicos dos serviços (ao todo, participaram nove técnicos do serviço), permitindo que esses agentes expusessem seus discursos, já que é por meio desses que uma instituição pode ser analisada (ALTOÉ, 2004). Essa atividade girou em torno da temática da ajuda mútua entre os usuários, tentando perceber como os técnicos se posicionam diante dessa questão, além de promover uma devolução à equipe dos resultados da pesquisa. As rodas de conversa consistiram, pois, em um tipo de dispositivo que pretendeu criar condições de diálogo entre os participantes, propiciando um momento de escuta e de circulação da palavra (AFONSO; ABADE, 2008), promovendo a reflexão e discussão sobre um determinado tema. Mais importante do que transmitir informações/conclusões, interessava provocar discussões sobre questões pontuais.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Nossas observações do cotidiano dos usuários nos CAPS indicaram a falta de práticas de ajuda e/ou suporte mútuo entre os usuários. As poucas iniciativas que observamos se deram de forma bastante pontual, geralmente no momento das refeições em relação a algum usuário que apresentava determinada dificuldade de realizar uma tarefa sozinho. Na tentativa de compreender este fenômeno, percebemos que a dinâmica dos serviços, em particular a heterogestão das atividades e a concepção de terapêutico-clínica que norteia profissionais e serviços, tende a barrar possíveis articulações entre os usuários, dificultando atitudes de ajuda mútua e empoderamento. Tentaremos, a seguir, discutir esses dois eixos de análise.

1. HETEROGESTÃO DO COTIDIANO

A desarticulação vista no CAPS pode, talvez, ser explicada pelo modo como esse equipamento opera e intervêm na vida cotidiana dos usuários. A sua dinâmica serve para refletir sobre a apatia e a desarticulação vista entre seus usuários. Nesse sentido, um primeiro ponto a ser explorado aqui diz respeito à heterogestão que, no CAPS, acaba fazendo funcionar um dispositivo de poder e, conseqüentemente, de saber, sobre aquele coletivo.

Ao fazermos uma retrospectiva histórica percebemos que tal modo de funcionamento vem ganhando espaço na sociedade. Particularmente na idade moderna, a figura do especialista / *expert* se destaca, passando a ocupar lugar

central nas tomadas de decisão e na gestão dos coletivos. Os problemas que antes pertenciam ao cotidiano de determinado grupo, e por este eram resolvidos, passam a ser da alçada de determinados profissionais que, por meio da legitimação do fazer científico, têm seu saber/fazer validado (BAREMBLITT, 1992). É nesse sentido, que a análise institucional advoga a favor da autoanálise e autogestão dos/nos coletivos (em oposição à heterogestão), acreditando na capacidade que estes têm de administrar suas próprias demandas, favorecendo, ou fazendo com que sejam mais bem-sucedidos os processos revolucionários. É nesse sentido que colocamos em discussão a questão da heterogestão.

A posse dos meios de regulação e funcionamento do serviço, ou seja, o controle sobre a vida cotidiana dos usuários é um elemento que opera um dispositivo de gestão de suas vidas, pelo menos enquanto usuários do serviço, que muitas vezes, age na direção da desarticulação e do enfraquecimento desse coletivo. O que se percebe nos CAPS pesquisados é uma estrutura rígida, um funcionamento estático e definido pelos técnicos, quando são os usuários quem deveriam ter maior possibilidade de gestão e invenção das atividades, já que são as suas vidas que estão em jogo.

Durante a realização de nossas observações nos deparamos com um momento em que os técnicos propuseram se reunir para planejar as oficinas, repensar o que vinha acontecendo até então, pensar outras estratégias para avançar nos projetos terapêuticos de cada usuário. O serviço estava vazio, sem usuários e essa seria a condição durante toda a semana. Segundo a coordenação, o serviço fecharia as portas aos usuários e faria apenas expediente interno. Nestes dias de planejamento, andamos pelos corredores, percebemos o silêncio, sentimos falta dos usuários, do burburinho, das risadas, do cheiro de cigarro. Como pensar o cotidiano de um equipamento em condições irreais? Irreal no sentido de extracotidiano, já que tal conjuntura, a presença exclusiva de técnicos, não faz parte da realidade de um CAPS, e, em nossa opinião, nem deve fazer. Um equipamento de saúde só tem sentido com a presença de seus usuários, principais atores (ou pelo menos assim deveria ser) daquele espaço. Tal concentração de poder na figura do técnico tem sido apontada por autores como Vieira Filho e Nóbrega (2004), colaborando para a manutenção das relações de tutela diante da loucura, o que nos provoca enorme incômodo enquanto pesquisadores e militantes da reforma psiquiátrica.

O incômodo se justifica também por acreditarmos que aquelas pessoas possuem um saber valioso sobre suas situações de vida (VASCONCELOS, 2003), sendo capazes de colocá-los em prática em seus cotidianos para pensar não só sua condição de saúde e respectivo tratamento como em suas próprias vidas. A proposta da ajuda e dos grupos de ajuda e suporte mútuos,⁵ por exemplo, poderia favorecer o empoderamento desses sujeitos (VASCONCELOS, 2003). Tais assertivas encontram amparo em diversos autores que defendem que determinados coletivos, em particular aqueles compostos por sujeitos que vivem uma mesma problemática, possuem um potencial de ajuda e melhoria da qualidade de vida de seus integrantes (ROOM, 1998; DESSEN; BRAZ, 2000; DAVISON et al., 2000; JAPUR; GUANAES, 2001; RASERA; JAPUR, 2003; ROEHE, 2004; PINHEIRO, et al., 2008; CHIEN et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2008).

Acrescente-se a isso que as pessoas encarregadas de gerir o cotidiano dos serviços e, por que não, a vida dos usuários, são profissionais de diversas áreas, cada vez mais especializados (seguindo as exigências do mercado) agindo de formas cada vez mais específicas e sobre recortes da realidade cada vez mais distantes da realidade cotidiana daqueles sujeitos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Dessa forma, o que acontecia ali era a invalidação da capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, refletirem sobre seu próprio tratamento, em última instância, gerirem sua própria existência. O usuário encontrava-se ali infantilizado diante de seu processo de tratamento (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), o que dificulta qualquer posição de autonomia e empoderamento perante questões que dizem respeito à sua vida. Segundo Guattari (1986, p. 41), esse processo de infantilização seria uma das funções mais importantes do processo capitalístico de subjetivação: “Pensam por nós, organizam por nós a produção e a vida social”. A infantilização consistiria na necessidade de mediação pelo Estado de toda e qualquer iniciativa e pensamento, construindo, assim, uma relação de dependência dos indivíduos diante dos aparelhos do Estado. Dependência essa que é uma das características essenciais da subjetividade capitalística (GUATTARI, 1986).

Nesse sentido, defendemos um modo de funcionamento do serviço que seja mais flexível, mais permissivo à possibilidade de co-gestão dos CAPS por seus usuários, permitindo, assim, que estes se apropriem desses dispositivos, (re) criando-os e criando condições de funcionamento que atendam da melhor maneira possível suas demandas.

Para perceber como esse planejamento das oficinas se situou bem distante dos desejos e da realidade dos usuários, cabe aqui retomarmos a pergunta feita por uma usuária do CAPS: “Por que essa mudança nas oficinas?”. A resposta dada pelo técnico também serve de analisador: “É porque ‘nós’ pensamos em propor algumas coisas novas..., segundo ‘nossa concepção’, era necessário fazer algumas mudanças.” (grifo nosso). Vale lembrar que a terceira pessoa do plural, aqui, diz respeito somente à equipe técnica. Isso mostra de onde partiram as mudanças, bem como torna visível algumas linhas de força que colaboram para a manutenção de determinadas práticas, que se atualizam, muitas vezes, bem distantes das posições dos usuários.

A heterogestão não se faz presente somente no planejamento das oficinas. Na realização destas também percebemos um modo de funcionamento que tende a anular qualquer possibilidade de intervenção / gestão por parte dos usuários. Tal processo de invalidação de um saber/discurso, de um modo de ser e de inventar o cotidiano se dá não de uma forma declarada, por meio das instituições, leis e políticas que norteiam os CAPS, mas micropoliticamente, nos discursos, olhares, nas brechas do cotidiano, enfim, pequenos acontecimentos (cotidianos, muitas vezes) que servem de analisadores de um conflito de forças.

Em um determinado momento de nossa inserção nos serviços, participamos da oficina “Quem sabe canta”, em um dos CAPS. A dinâmica da oficina é bem interessante e os usuários participam efetivamente da proposta, de maneira bastante espontânea, até os técnicos intervirem e regularem a atividade. Eles controlam o

tempo que se usa pra cantar, chegando até mesmo a desligar o microfone em certa ocasião. Em outra, um usuário é interrompido ao tocar pandeiro, para não “atrapalhar” a música do outro. Concordando com Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 32), acreditamos que tal postura coloca os sujeitos (equipe técnica e usuários) em:

“[...] um lugar de sujeição, produção e reprodução de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas: produção de afetos tristes, renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia.”

Se o funcionamento de uma oficina está conectado com o ritmo e funcionamento dos técnicos, é de se esperar, e até fácil de compreender, o que diariamente se vê nos serviços: usuários sem vontade de participar das oficinas, sendo muitas vezes induzidos com insistência a participar das atividades. Isso quando não estão dormindo. Em uma manhã de observação em um dos CAPS, de doze usuários presentes, seis dormiam. Fato que nos faz pensar sobre a pertinência daquelas atividades, bem como sobre a (des)conexão com o desejo/vida dos usuários.

Outro ponto que chamou a atenção, em ambos os CAPS, foi o modo como ocorrem as assembleias, que geralmente reúnem técnicos, usuários e familiares para discutir algum assunto ou passar algum informe. Participamos de umas assembleias. Ao começar a reunião, Ana⁶ (coordenadora do serviço) passou alguns informes: saída de “Dr. G”, falta de água e carnaval. Quanto a este último, foram-lhes dadas duas alternativas: na rua ou no iate *club*... Atentamos à questão do poder político de uma assembleia, da importância de uma tomada de decisão democrática... Os usuários queriam realmente comemorar o carnaval? De que forma? Por que os usuários não pensaram em seu próprio carnaval, nas suas próprias alternativas para o evento? O que se viu foi a votação em torno de duas possibilidades já prontas, que sequer envolveram a participação dos usuários em sua proposição, em sua formulação... rua, praia, shopping etc. Ou talvez no prédio na Prefeitura de Natal, onde se poderia, talvez, aproveitar essa manifestação do carnaval para expor algumas reivindicações, descontentamentos etc.

Ana falou ainda em gestão horizontal, coletiva, onde todos os técnicos teriam a mesma possibilidade de voz e atuação, sem distinção por categoria. Mas, como pensar tal horizontalidade em um serviço em que o psiquiatra é o único a trabalhar apenas um dia na semana?

Dialogando com Chauí (1986) percebemos que o conceito de “Comunicação de Massa” pode ser-nos útil para pensar sobre o modo como as assembleias (e as próprias relações nos CAPS) acontecem. Segundo a autora, a comunicação de massa tem como pilar central o pressuposto de que tudo é passível de ser dito, comunicável, desde que fique claro quem pode dizer e quem pode ouvir. O que presenciamos na assembleia há pouco mencionada em que se discute sobre algumas propostas previamente colocadas pela coordenação, nada mais é do que a comunicação de massa posta em prática. Cria-se um espaço irreal, em que há a ilusão de pertencer

a um grupo (homogêneo e transparente), tal qual o “nós, brasileiros, nós telespectadores” (CHAUI, 1986, p. 31) e, ousaria dizer, o “nós, usuários”, mascarando o fato de que os emissores autorizados a falar são os especialistas (tendo em vista os conhecimentos que o autorizam a falar). Ao contrário dos “receptores” autorizados, que têm a permissão de falar:

“[...] como opinador ou como contraditor, com direito a aceitar ou recusar, julgar e avaliar, interpretar o que recebeu, mas no interior do espaço definido previamente pela própria estrutura da emissão” (CHAUI, 1986, p. 31).

Nesse sentido, os usuários são convidados a participar dos processos decisórios não como sujeitos ativos, construtores de suas realidades, mas como espectadores passivos do processo de gestão do serviço e, talvez, de suas próprias vidas.

2. A CONCEPÇÃO TERAPÊUTICO-CLÍNICA

Outro elemento importante para se pensar a desarticulação dos usuários do CAPS é a proposta e o modo como opera o que se chama de “clínica das psicoses”. Muitas das atitudes dos profissionais do CAPS (em particular dos profissionais psi) são em nome de um “projeto terapêutico”, ou de uma concepção do que seja terapêutico neste serviço. Nesse sentido, ao falar em clínica nesse momento, referimo-nos a uma série de dispositivos e posturas que se articulam com a ideia de um projeto terapêutico, ou com uma finalidade terapêutica para o sujeito.

Nas reuniões de passagem (que acontecem entre um turno e outro de trabalho, com toda a equipe, discutindo questões organizacionais, ou referentes aos projetos terapêuticos de cada usuário) surgiram alguns elementos para se pensar esse fenômeno. Ao discutirem sobre o contrato de uma usuária, decidiram por “reduzi-la” (termo usado pela equipe técnica para designar uma redução na frequência com que o usuário deve vir ao serviço) a dois dias, que não coincidissem com os dias de um outro usuário, que lhe é bastante próximo. Segundo a coordenação, a intenção é fazer com que ela se desligue mais facilmente do serviço, já que “eles estão próximos demais”. A nosso ver, planejam a despotencialização do coletivo. Pareceu-nos uma grande reunião de gestores, tentando gerir, não só o serviço, mas a vida de algumas pessoas, que se encontram em uma clara posição de inferioridade hierárquica.

Essa atitude tem espaço por se dar em nome de uma proposta terapêutica, de uma determinada concepção de clínica para aqueles sujeitos. Então, se o objetivo do CAPS é promover a alta do paciente e, se este se prende ao serviço por possuir vínculos de amizade, estes vínculos se tornam agora um inimigo a ser combatido. Antes de se pensar em saúde, o que acontece aqui é a produção de sofrimento, além da desarticulação e enfraquecimento daqueles sujeitos, o que dificulta qualquer prática com sentido de ajuda ou suporte mútuo.

A clínica, termo que vem do grego *klinus* e significa leito ou cama, abarcando o sentido de “inclinarse” sobre o outro, dia-a-dia, promovendo cuidados (AMARANTE, 2009, [online](#)), adquire, aqui, o sentido de controle, tutela. Inclina-

se sobre o “doente”, mas com uma visível superioridade de poder, inclinando-se sobre alguém que se encontra abaixo, como bem afirmou Ribeiro (2008). O que antes visava à saúde, agora provoca sofrimento e despotencialização. Percebe-se, aqui, a força da instituição “Psi” e sua relação com as forças instituintes (neste momento bastante enfraquecidas). E aqui, também, os mecanismos de enfraquecimento são sutis, porém visíveis. Algumas semanas depois, em uma assembleia realizada com usuários, técnicos e familiares, uma usuária questionou o fato de alguns usuários terem sido separados, acreditando ser proposital, e descontente, acusou a coordenação, que, naquele momento negou o fato, alegando que se tratava apenas de questões administrativas.

Dado esse contexto, podemos pensar que a clínica, aqui, serve como dispositivo de manutenção do instituído. Barends (1992) já nos alertava sobre a tendência presente nas instituições, de manterem a ordem estabelecida, barrando qualquer movimento de caráter instituinte. Tendência esta, que, levada ao extremo, ocasiona atitudes de repressão, de microfacismos, como esta percebida na dinâmica do CAPS em questão.

Pensemos no que significa o encontro entre dois usuários. A potencialidade deste acontecimento está no encontro entre pessoas, no encontro subjetivo, e nos infinitos agenciamentos que tal encontro pode provocar. Pélbart (2003) já discutia sobre a potência contida no coletivo, particularmente na forma de multidão (na qual a introjeção da lei, da norma, não se faz presente), em detrimento da de povo (entendido como coletivo institucionalizado em forma de regras, obediência etc.). A multidão proporciona o encontro de forças. Forças essas que se articulam no sentido de romper barreiras, transpor limites, satisfazendo sua “avidez conquistadora” (PÉLBART, 2003, p. 72). Nesse sentido, percebe-se a potência contida no encontro e agenciamentos entre pessoas. E, aqui, podemos pensar a subjetividade, inerente a esses encontros, como:

[...] uma força viva, até mesmo uma potência política. Pois as forças vivas presentes na rede social, com sua inventividade intrínseca, criam valores próprios, e manifesta, sua potência própria. É o que alguns chamam de potência de vida do coletivo, sua biopotência. É um misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço (PÉLBART, 2003, p. 73).

É a favor dessa potência de vida do coletivo que se deve pensar os encontros entre os usuários do CAPS. Acreditar que tal agenciamento é capaz de provocar mudanças significativas no cotidiano, tanto dos usuários quanto do próprio serviço, é um elemento que deve estar presente na proposta terapêutica dos CAPS. Se o encontro com um colega, amigo, é um dos elementos que motiva os usuários a frequentarem o serviço, porque deixar de lado (ou até mesmo se opor a) essa questão? Se esses encontros são fontes de satisfação, alegria por parte dos usuários, por que pensar uma clínica distante disso? Conforme assinalaram Brêda e Augusto (2001), as amizades podem sim, se configurar enquanto importante recurso terapêutico para os usuários.

Aliás, ainda nessa direção, Pélbart (2003) defende exatamente que são esses laços, produtores de alegria, que se constituem enquanto dispositivos políticos, atuando a favor da potência dos coletivos. Esta seria a função política da alegria para esse autor. O que Pélbart pretende, influenciado principalmente por Gabriel Tarde, é articular a ideia de multidão funcionando principalmente pelo dispositivo da alegria. Alegria essa, presente nos encontros, nas articulações, produtora de potência e invenção dos/nos coletivos:

A multidão [...], é plural, centrífuga, ela foge da unidade política, ela não assina pactos com o soberano, ela não delega a ele direitos, ela é resistente à obediência. [...] Ora, com a desagregação das classes sociais e a emergência de um proletariado imaterial, ou intelectualidade de massa, que trabalha com informação, com programação, com imagens, com imaginação, essa pluralidade de cérebros e afetividade conectadas em rede, um certo caráter da riqueza coletiva vem à tona (PÉLBART, 2003, p. 76).

Nesse sentido, nossas impressões iniciais no CAPS, quando nos deparamos com a imobilidade, monotonia e falta de vida daquele cotidiano, talvez se expliquem justamente pela falta de articulação entre os usuários, o que reforça a ideia de que a alegria e a potência dos encontros podem ser elementos importantes e produtores de vida, o que faz com que pensemos na importância de uma mudança nessa direção, no que diz respeito ao funcionamento deste serviço. Fazer do CAPS um espaço favorável ao encontro, à produção de potência nos/dos usuários, deve estar presente também na concepção terapêutica deste serviço.

A concepção terapêutico-clínica presente no serviço parece ser importante para nortear também outras questões. Em uma das reuniões de equipe que participamos surgiu o caso do esposo de uma usuária que às vezes fica nervoso tornando-se agressivo, chegando a agredir os filhos. Alguns profissionais sugerem uma comunicação ao Conselho Tutelar, ou algum outro encaminhamento nesse sentido. A psicóloga deste serviço, porém, defende que a postura do CAPS deve ser a de “um serviço de saúde: escuta, atendimento, psicoterapia”. Descarta assim, a possibilidade de articulação com outros serviços e setores da sociedade. Concepção, em nossa opinião, bastante limitada do que seria “saúde”.

A própria proposta da EAPS (Estratégia de Atenção Psicossocial) exige que superemos essas ideias que sustentam o paradigma médico-organicista, e afirmemos outros valores, que sejam capazes de construir novos paradigmas que concebam a doença como um processo complexo, atravessado por questões de diversas ordens, e que exigem uma atenção inter/transdisciplinar e, principalmente, intersetorial, atuando a favor de um cuidado em rede (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Além desses autores, podemos trazer aqui mais uma vez, Vieira Filho e Nóbrega (2004), quando afirmam a importância da prática terapêutica territorial extrapolar o consultório, fortalecendo a ideia de uma rede comunitária de serviços, para tentar atender a maioria das demandas existentes. Rede esta que não se faz presente na concepção de saúde da psicóloga supracitada.

Uma apreensão da saúde descolada do contexto social, de questões políticas, econômicas, culturais etc., tende a centrar no sujeito (individual, privado) e em suas queixas ou sintomas toda a ação terapêutica. É importante atentarmos para o fato de que, no âmbito da reforma psiquiátrica, tal proposta clínica contribui muito pouco para o avanço do movimento. O que buscamos, nessa luta por outra relação com a loucura, é uma clínica que possa atuar a favor da cidadania, da ampliação de conquistas políticas, de mudanças culturais na sociedade para que se rompa com a exclusão imposta à loucura, enfim, por uma sociedade e por relações sociais mais justas.

Quando Basaglia (1985) realizava assembleias com os pacientes do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, discutindo questões referentes à política, à cultura e a questões internas ao hospital, ele estava, sim, fazendo clínica. Quando Pichón-Riviere, após uma greve dos funcionários do Hospital de Las Mercedes, na Argentina, organizou os pacientes para que pudessem tocar adiante o cotidiano daquele manicômio (BAREMBLITT, 1989), ele estava, sim, fazendo clínica. Precisamos nos dar conta de que a reforma psiquiátrica exige que a clínica saia dos espaços instituídos de seu exercício, que se arrisque a produzir movimentos diversos na sociedade, enfim, que seja uma clínica nômade.

Podemos pensar a clínica nômade como aquela que se ocupa de espaços adjacentes aos já tradicionais espaços destinados à clínica, pensando sempre em construir modos de existência “não doente” (ROLNIK, 1997, p.84). Trata-se não só de ocupar-se com outros espaços, no sentido concreto, espacial do termo, mas de navegar por entre linhas de tempo, compreendendo estas enquanto uma certa conjuntura de forças que se concretizam em um certo modo de existência. Nesse sentido, interessa a essa perspectiva clínica produzir novos modos de subjetivação, de existência, principalmente por entender a saúde enquanto fluidez desse processo, ao passo que a doença consistiria no emperramento do mesmo. O profissional norteado por essa perspectiva deve acreditar na capacidade de experimentação como prática capaz de compor novas redes, provocar mudanças de rota na vida dos loucos, fazendo-os comporem novos modos de vida, ou fazendo com que novos territórios ganhem consistência, para que possam atualizar certas linhas de força, de desejo, criando uma saúde possível. (ROLNIK, 1997). Mais do que se ater a determinados modelos teóricos, a clínica nômade deve ter como norte uma perspectiva ética, a saber, a de:

“[...] aliar-se às forças da processualidade, buscando meios para fazê-las passar, já que isto é condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora [...]” (ROLNIK, 1997, p. 92).

É nesse sentido que afirmamos um outro modelo de clínica para a reforma psiquiátrica. Precisamos de uma clínica que se permita inventar, que consiga ser plural, articulando diversas instâncias e saberes (SCHMID, 2007).

A dificuldade de se colocar a favor do paradigma psicossocial está também expressa na fala de Xiaolin, psiquiatra de um dos serviços, quando este comunica que está saindo do CAPS e indo para o Ambulatório de Saúde Mental porque, segundo ele, no CAPS “não há espaço para fazer um serviço de psiquiatria mesmo”. Xiaolin, por defender a clínica no sentido clássico, de consultório, observação dos sintomas, diagnósticos etc., sente dificuldade de se adaptar à proposta de um serviço substitutivo. Ressalta, muitas vezes, em sua fala, a importância do aprendizado clínico que o consultório permite, por meio da observação dos sintomas, o contato com as “patologias”, etc. Infelizmente, tal postura acaba sendo reforçada pelos usuários, que valorizam a terapia medicamentosa como principal recurso psiquiátrico, conforme apontou o trabalho de Mostazo e Kirschbaum (2003). Obviamente, não se trata aqui de perceber isso enquanto uma postura individual dos usuários, culpabilizando-os perante uma situação, que, como sabemos, é fruto de uma construção histórica bastante particular.

A concepção de clínica apresentada pelo psiquiatra do CAPS nos remete a uma ideia de subjetividade, de psiquismo concebido como algo particular, interno. Tal ideia de psiquismo não é recente. Principalmente na modernidade, a ideia de uma subjetividade privada, de uma dimensão psíquica calcada na interioridade identitária, se constrói e se consolida no âmbito das ciências humanas, fundando um determinado modo de conceber a clínica, o que tornou possível uma “episteme do particular” (RIBEIRO, 2008, p. 88).

Foi essa clínica do particular que, principalmente a partir da modernidade, se constituiu enquanto pilar fundamental de uma nova forma de controle sobre os sujeitos, agora não mais atrelada ao poder de vida e morte exercido pelo soberano, mas sustentada num conjunto de saberes capazes de produzir e modular subjetividades, além de ordenar o cotidiano. Não só a justiça, mas também a ciência, incluindo aqui a psicologia, se incumbem deste papel (ROMAGNOLI, 2006). Porém, Romagnoli (2006) nos convoca a pensar não só no poder que esses saberes articulam no controle da vida, mas na potência contida na vida em resistir a esse poder. Potência das subjetividades de, a partir da invenção e do acontecimento, virarem o jogo, num dispositivo político de resistência. Deleuze (1988, p. 99) nos diz: “A vida se torna resistência ao poder quando o poder toma como objeto a vida”.

Nesse sentido, o que Romagnoli (2006) propõe é uma clínica articulada a esses princípios de resistência, agindo pelo princípio do acontecimento, que provoca agenciamentos, rupturas com as forças repressoras instituídas trazendo o novo, a invenção. E é justamente nos encontros, no “entre”, que o acontecimento tem a possibilidade de se atualizar, passar do plano da potência para o plano do concreto, inventando, resistindo (ROMAGNOLI, 2006, p. 51).

Criticando a clínica social que, muitas vezes, opera de maneira a-histórica, adaptando subjetividades ao modo de ser dominante e psicologizando a vida cotidiana, a autora defende uma proposta clínica, social, que atue provocando acontecimentos, conexões, acreditando na singularidade dos territórios existenciais, articulando potências. Clínica esta que é de qualquer lugar, qualquer clientela, uma clínica nômade, que se exerce deixando um pouco de lado nosso

aparato técnico “psi”, acreditando no acaso, possibilitando contato e acreditando na potência da diferença. Mais uma vez nos deparamos com argumentos que nos convocam a acreditar nos encontros, na possibilidade de invenção. Para isso, faz-se necessário perceber em nós e em nossos sujeitos-clientes as forças que paralisam, emolduram e aquelas que fazem a invenção, a resistência, a alegria, potencializando-as. “Resistir para inventar. Isso é o que a clínica exige hoje de nós” (ROMAGNOLI, 2006, p. 55).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo se propôs a discutir como alguns elementos da dinâmica interna dos CAPS tendem a promover a imobilidade e a desarticulação dos usuários, dificultando práticas de ajuda ou suporte mútuo entre eles. Nesse sentido, procuramos apontar como a gestão dos serviços pela equipe técnica (o que chamamos de heterogestão) e a concepção do que seria terapêutico ou clínico nos CAPS se articulam a fim de dificultar o contato entre os usuários, bem como seu empoderamento.

Ao apostar nos encontros entre os usuários de serviços de saúde mental, defendemos aqui a potência contida na loucura, historicamente despotencializada por diversas instituições. Em última análise, trata-se de acreditar no ser humano, e em sua capacidade de se apropriar de sua vida, vencendo obstáculos, transpondo limites, atualizando forças a favor da expansão de possibilidades, de vida. Acreditar no encontro entre “potências”, entre sujeitos, entre “loucos”. Não nas condições em que se efetivam atualmente, no interior (ou fora) dos serviços, sob relações de tutela, mas em circunstâncias nas quais haja maior possibilidade para a atualização de seus fluxos de potência, fluxos instituintes.

Os CAPS estudados se mostram, no presente momento, espaços de captura, de anulação da potência dos coletivos de usuários. Enquanto essa for a realidade da atenção em saúde mental, dificilmente conseguiremos relações potentes com a loucura, relações que atuem a favor da desinstitucionalização da loucura, bem como avanços nas dimensões culturais e de cidadania, referentes ao processo de reforma psiquiátrica brasileira. Mudar essa realidade é tarefa não só de políticas públicas, mas de atitudes cotidianas, de nós todos, para com o outro, quem quer que seja esse outro. Ao refletir sobre o conflito de forças presentes no interior de serviços substitutivos, devemos estar atentos a o que esse tipo de funcionamento tem a nos dizer, não só no nível individual, da ruptura que cada usuário provoca em nossas vidas, mas da capacidade que a loucura tem de pôr em cheque nossos dispositivos, engrenagens, instituições etc., e de como tornar essas mesmas instituições mais potentes.

NOTAS

- ¹ Por *instituinte*, compreendemos as forças que tendem a transformar (ou fundar) uma instituição. Por *instituição* referimo-nos às “lógicas [...] que podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” (BAREMBLIT, 1992, p. 25).
- ² Empoderamento, segundo Vasconcelos (2003), diz respeito ao aumento de força e poder de uma determinada coletividade, favorecendo, por exemplo, o ganho de autonomia e o combate da relação de tutela que historicamente abarca o fenômeno da loucura.
- ³ Ajuda mútua diz respeito ao acolhimento e apoio emocional que um usuário oferta a outro. Quando esse apoio adquire também o caráter de suporte concreto nas atividades diárias (locomoção, lazer etc.) temos o que se chama de suporte mútuo (VASCONCELOS, 2008).
- ⁴ Devido à falta de disponibilidade por parte da equipe de um CAPS, a roda de conversa aconteceu somente em um deles.
- ⁵ Os grupos de ajuda e suporte mútuos são grupos de pessoas que passam por problemas parecidos (doenças crônicas, ou outros) e que se reúnem para tentar encontrar/desenvolver estratégias de enfrentamento de tais questões, promovendo empoderamento e aumento da qualidade de vida.
- ⁶ Todos os nomes próprios contidos neste trabalho são fictícios.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. *Para reinventar as rodas: rodas de conversa em Direitos Humanos*. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.
- ALTOÉ, S. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- AMARANTE, P. *Reforma Psiquiátrica e Epistemologia*, 2009. Disponível em: <<http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos>>. Acesso em: 29 maio 2010.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.
- BAREMBLITT, G. F. Apresentação do movimento institucionalista. In: _____ *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989. v. 1, p. 109-119.
- BASAGLIA, F. *A Instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- CHIEN, W. T. et al. Evaluation of a peer-led mutual support group for chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychology*, v. 42, n. 1-2, p. 122-134, Sept. 2008.

DAVISON, K. P. et al. Who talks? The Social Psychology of illness support groups. *American Psychologist*, Washington, v. 55, n. 2, p. 205-217, fev. 2000.

DELEUZE, G.. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez.2000.

GUATTARI, F. Subjetividade e História. In: _____. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986. p. 33-148.

JAPUR, M.; GUANAES, C. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23 n. 3, p. 134-140, set. 2001.

KIRST, P. G. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: _____. *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: EDUFRGS, 2003. p. 91-102.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R.. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 786-791, nov./dez. 2003.

OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Use of therapeutic factors for the evaluation of results in support groups. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 432-438. mar./abr. 2008.

PÉLBART, P. P. Da função política do tédio e da alegria. In: _____. *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: EDUFRGS, 2003. p. 69-78.

PINHEIRO, C. P. O. et al. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 733-738, jul./ago. 2008.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras de HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 55-62. jan./abr. 2003.

RIBEIRO A. S. Saúde mental e cultura: que cultura? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78, p. 78-91, jan./dez. 2008.

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo dos neuróticos anônimos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 399-407, 2004.

ROLNIK, S. Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes terapêuticos do Instituto A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC. 1997, p. 83-100.

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. *Fractal, Rev. Psicol.* [online], v. 18, n. 2, p. 47-56, 2006.

ROOM, R Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addiction Research*, v. 6, n. 2, p. 131-145, 1998.

SCHMID, P. C. Viajando não, só sonhando! *Fractal, Rev. Psicol.* [online], v. 19, n. 1, p. 187-198, 2007.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008. v. II.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: “empowerment”, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, maio/ago. 2004.

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

Recebido em: outubro de 2009

Aceito em: maio de 2010

