

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

DANIEL MAGALHÃES GOULART

**INSTITUCIONALIZAÇÃO, SUBJETIVIDADE E DESENVOLVIMENTO  
HUMANO:**

**abrindo caminhos entre educação e saúde mental.**

**Brasília**

**2013**

DANIEL MAGALHÃES GOULART

**INSTITUCIONALIZAÇÃO, SUBJETIVIDADE E DESENVOLVIMENTO  
HUMANO:**

**abrindo caminhos entre educação e saúde mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília como exigência para  
obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Doutor Fernando Luís González Rey

**Brasília**

**2013**

DANIEL MAGALHÃES GOULART

**INSTITUCIONALIZAÇÃO, SUBJETIVIDADE E DESENVOLVIMENTO HUMANO:  
abrindo caminhos entre educação e saúde mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília como exigência para  
obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Fernando Luís González Rey (presidente)  
Faculdade de Educação – UnB

---

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern (membro externo)  
Instituto de Psicologia – UnB

---

Profa. Dra. Cristina Massot Madeira Coelho (membro interno)  
Faculdade de Educação – UnB

---

Profa. Dra. Maria Carmem Vilela Rosa Tacca (membro suplente)  
Faculdade de Educação – UnB

Dedico este trabalho aos meus avós Renato, Alice Maria e Vera, por me ensinarem a sentir a sutileza da presença naquilo que aparenta estar ausente e por me ajudarem a aprender que vem do amor a força para construir qualquer projeto que valha a pena na vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Mônica e José Renato, que se fizeram fundamentais em todos os momentos da minha trajetória. O amor de vocês me ajuda a confiar mais em mim e a acreditar que sempre é possível ir além. O vibrante entusiasmo com que vocês têm acompanhado cada canto onde ensaio meus passos me faz sentir cada alcance do meu esforço como sendo conquistas compartilhadas entre nossas vidas.

Ao meu maior mestre, amigo e orientador Fernando González Rey, a quem sou eternamente grato pelo carinho, confiança e apoio. Seus incontáveis ensinamentos e atitudes me ajudaram a compreender que não há desenvolvimento maior do que o cultivo da generosidade, do afeto e da ousadia. Sua encantadora presença e exemplo foram e continuam sendo fundamentais não somente para a minha formação como cientista, mas, sobretudo, enquanto pessoa. Obrigado por me apresentar a incrível capacidade de vivenciar a produção de pensamento como atividade apaixonada de experimentação da vida.

À minha querida Juliana Padula, pela carinhosa companhia ao longo deste processo e pelos diversos planos e sonhos compartilhados, fazendo a vida mais surpreendente e bonita. Sua presença me traz força nos momentos mais difíceis e sua serenidade e delicadeza me ajudam sempre a confiar mais no tempo que temos e no amor que construímos.

Ao meu irmão Lucas, pela constante presença e carinho, que me fazem sentir que sempre haverá alguém feliz e torcendo muito por cada projeto de vida que eu venha a ter. A força da nossa História e a afinidade que nos une são, para mim, a maior expressão de que nunca vamos estar sozinhos enquanto um tiver o outro.

À minha família extensa, em especial meus tios, primos e Vanessa Monteiro, pela oportunidade da convivência em momentos tão importantes da minha vida.

A Albertina Mitjás, Valéria Mori e Pedro Costa, por transformarem a desafiadora chegada a Brasília em uma acolhedora e afetuosa experiência de amizade. Vocês se constituíram em minha família no cerrado. Obrigado pelas diversas formas de apoio que me ofereceram e pelo compartilhamento dos momentos de alegria.

Aos meus colegas e amigos do grupo de pesquisa, Jonatas, Elias, Luiz, Osmar, Marília, Alice, Nadja, Virgínia e Ana Luiza, pelos intensos momentos de discussões teóricas e aprendizados conjuntos. A Giselle Silva e Ana Maria Orofino, pela carinhosa amizade de sempre e pelo acolhimento e abertura desde os primeiros dias da vida brasiliense. Agradeço a Eduardo Moncayo, pela amizade, parceria e valorosas contribuições teóricas mediante

disponibilidade para discutir a fundo meu trabalho. Em especial, agradeço a José Fernando Patiño, companheiro e irmão de caminhada, pelas inúmeras *charlas* e momentos compartilhados em que pôde expressar sua grandeza enquanto ser humano. Seus valores, inteligência e alegria constituíram-se, para mim, em referências importantes de vida.

Aos meus companheiros e amigos do grupo CHYSUS, João Mallman, João Otávio, Tatiane Pereira, Flávio Patrick e Marina Nobre, pela oportunidade de vivenciarmos fraternalmente momentos de grandes descobertas juntos. Em particular, agradeço a Elizabeth Quintiliano, pelo carinho, sensibilidade e dedicação que continuam me ensinando tanto sobre a vida, seus mistérios e encantos. Especialmente, agradeço a Maurício Neubern, pela amizade, abertura e profundos ensinamentos. Sua sabedoria me mostra que a beleza do nosso caminho é proporcional à qualidade do desafio de vida no qual nos lançamos e seu exemplo me ensina diversas possibilidades de construção do conhecimento nas quais se torna estéril a dissociação entre ciência e amor ao próximo.

Aos amigos Clarissa Reis, Antônio Lima, Adriana Fittipaldi, Mariana Borges e Patrícia Milhomens, pelos momentos de aprendizado conjunto e pela oportunidade de compartilharmos experiências tão importantes.

À Professora Cristina Coelho, por acompanhar de perto meu percurso acadêmico e por compor a banca de qualificação e de defesa deste trabalho. À Professora Carmen Tacca, por aceitar a suplência da banca de qualificação e defesa.

Ao “grupo croissant”, Filipe Braga, Juliana Pacheco, Tania Inessa, Amanda de Oliveira, Thiago Petra, Bethania Teixeira e Antônio Carvalho, pelas diversas conversas e trocas de experiência que tanto me ensinaram sobre o enorme desafio de construir uma atenção antimanicomial à saúde mental.

Aos meus amigos de Ribeirão Preto, velhos companheiros de grandes aventuras, pela beleza da descoberta conjunta e pelas preciosas memórias que sempre me fortalecem. Especialmente, agradeço a Lucas Bulamah, Alexandre Moisés, Carolina Ferreira, Rodrigo Biondo, Leandro Rosa, Frederico González, Renata Conde, Daniela Barros, Letícia Madlum e Raqueli Flumian.

Aos meus queridos amigos de Araxá, em particular Vinicius Ferreira, Ana Luisa Castro, Glauco Salles, Thiago Nolli, Túlio Almeida, Ana Victória Lafetá e Marcus Ribeiro, por constituírem de forma marcante as minhas raízes, das quais tanto me orgulho. Especialmente, agradeço a Rafael Carvalho, grande companheiro de inúmeros espaços de vida, pela inabalável amizade de tantos anos e pela irmandade tão sólida que construímos ao longo do tempo.

A Paulo Veiga, pela consideração e generosa disponibilidade para revisar o texto final.

À Professora Eliana Vilar, Girlene Pinheiro, Aline Canuto, Fabina Dimas, Gabriel Ribeiro e Marina Trindade, pela abertura para vínculos acadêmicos e profissionais que se mostraram férteis e de grande potencial para o futuro.

Aos usuários, técnicos, gerência e pesquisadores do serviço de saúde mental onde foi feita esta pesquisa, pela abertura e disponibilidade para aprender e experimentar novas parcerias profissionais e de vida.

À CAPES, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento de minhas atividades acadêmicas.

Por fim, agradeço a todos os professores que tive em minha vida, por me ensinarem, de alguma forma, que o valor da transformação possível somente subsiste pela insistente capacidade de esperança no humano. E que se tanto ainda não alcançamos, é porque muito precisamos começar a fazer. Urgentemente.

*“A liberdade nunca é adquirida, está sempre por ser conquistada, através de um trabalho constante e rigoroso, sobre si, contra si, contra a influência das construções inertes que emprisionam tão bem quanto uma fortaleza. Da mesma forma que ensinar é desaprender, desconstruir é ‘resistir’, para viver e para renascer.”*

*(Andre Lévy)*



## RESUMO

A atenção à saúde mental no Brasil vem passando por diversas transformações nas últimas décadas, com destaque para a implementação dos serviços substitutivos às instituições manicomiais, no esteio da reforma psiquiátrica. Mediante essas mudanças, diversos alcances voltados para uma assistência mais humanizada puderam ser conquistados. Entretanto, pela persistência de diversas dificuldades institucionais, ainda se fazem frequentes os casos atendidos marcados por uma desospitalização, mas não por um efetivo e gradual processo de desinstitucionalização da pessoa atendida. Isso culmina em um quadro recorrente de cronificação, no qual usuários permanecem atendidos por anos a fio, tendo os serviços como praticamente único espaço de socialização em suas vidas. Assim, fazem-se pertinentes estudos que se direcionem para a compreensão complexa das questões implicadas neste impasse e para a elaboração de produções teóricas que possam engendrar alternativas a esta problemática situação. Neste contexto, com base no referencial teórico da Teoria da Subjetividade, esta pesquisa teve como objetivo geral compreender as produções subjetivas associadas à institucionalização em um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Para tanto, foi utilizado o método construtivo-interpretativo, apoiado nos princípios da Epistemologia Qualitativa, que concebe a produção de conhecimento enquanto processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico. Os participantes da pesquisa foram pessoas atendidas pelo serviço e que se encontravam com destacadas dificuldades no processo de reabilitação social, acarretando em tratamentos prolongados e marcados pela institucionalização. No curso da pesquisa, foi feito uso extensivo de sistemas conversacionais, a partir de diversos momentos do cotidiano institucional. De modo geral, com base nas construções interpretativas elaboradas na parte empírica, o processo de institucionalização apresentou-se estreitamente relacionado à produção das pessoas atendidas enquanto objetos de procedimentos técnicos e especializados. Trata-se de situações nas quais a assistência parece estar desvinculada da integralidade do desenvolvimento dos usuários, num quadro em que o papel educacional a ser desempenhado pela instituição é ocultado, mediante hipertrofia de sua dimensão instrumental. Nesta perspectiva, também se fez notável a intensificação deste processo mediante práticas baseadas na lógica biomédica de atenção à saúde e frente às limitações político-institucionais atualmente existentes na região. Nestes casos, o tratamento amíúde parece ser vivenciado pelos usuários como distante de suas próprias potencialidades, consistindo basicamente no comparecimento às atividades propostas e no seguimento das prescrições médicas. Pela dependência intensamente atuante nestas situações, as produções subjetivas em relação à alta institucional terminam por associá-la a uma ameaça à condição de saúde, bem como a um abandono por parte da equipe profissional. Diante deste quadro, faz-se importante a potencialização de estratégias institucionais pautadas por um cuidado para além das fronteiras do serviço, mediante articulação entre educação, saúde mental, modo de vida e desenvolvimento integral das pessoas atendidas. Nesse sentido, tornam-se possíveis relações pessoais que favoreçam a construção da cidadania, com vistas a diferentes formas de promoção social. Trata-se de uma assistência voltada para a desinstitucionalização e para uma ética do sujeito, ao enfatizar novas produções subjetivas, em detrimento da centralidade dos especialistas enquanto detentores do saber.

Palavras-chave: Institucionalização, subjetividade, desenvolvimento humano, educação, saúde mental.

## ABSTRACT

The Brazilian mental health care has been largely transformed during the last decades, with emphasis on the implementation of alternative services to the traditional psychiatric institutions. Through these changes, many ranges related to a more humanized care could be achieved. However, the persistence of various institutional difficulties leads to frequent cases marked by a deshospitalization, but not by an effective and gradual process of deinstitutionalization of the users. This culminates in recurrent frames of chronification, in which users remain attended for several years, having the services as virtually the only space of socialization in their lives. Therefore, it becomes pertinent to develop studies directed toward understanding the complex issues involved in this deadlock and toward the elaboration of theoretical productions that may engender alternatives to this problematic situation. In this context, based on the theoretical framework of the Theory of Subjectivity, this research aimed to understand the subjective productions associated with the process of institutionalization in a Psychosocial Care Center in Federal District. For this, we used the constructive-interpretative method supported by the principles of the Qualitative Epistemology, which conceives knowledge production as a constructive-interpretative, singular and dialogical process. The participants were people attended by the service, who suffered from highlighted difficulties in the social rehabilitation process, resulting in a prolonged treatment, marked by institutionalization. Throughout the research, we made extensive use of the conversational systems during various moments of the institutional routine. In general, based on the interpretative constructions elaborated in the empirical chapter, the process of institutionalization were closely related to the production of the users as objects of technical and specialized procedures. These are situations in which assistance seems to be detached from the integrality of the development of users, hiding the educational role to be played by the institution by the hypertrophy of its instrumental dimension. In this perspective, also became notable the intensification of this process through political and institutional constraints that currently exist in the region and through practices based on biomedical model of health care. In these cases, treatment often seems to be experienced by the users as far away from their own potential, consisting basically in the attendance to the proposed activities and following the medical prescriptions. By the intensely active dependency in these situations, the subjective productions in relation to institutional discharge seem to associate this process with a threat to the health condition, as well as with an abandonment by the professional team. Given this context, it is important to enhance institutional strategies guided by a care which extends beyond the boundaries of the service, by the articulation of education, mental health, way of life and the development of the users. In this sense, personal relationships that foster the construction of citizenship become possible, aiming different forms of social promotion. It is an assistance geared toward deinstitutionalization and toward an ethics of the subject, emphasizing new subjective productions, rather than the centrality of experts as holders of the knowledge.

Keywords: Institutionalization, subjectivity, human development, education, mental health.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 CAPÍTULO TEÓRICO .....	17
1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil: breves considerações históricas. ....	17
1.2 Desinstitucionalização e complexidade: alguns desdobramentos epistemológicos e conceituais da reforma psiquiátrica. ....	23
1.3 Subjetividade e sujeito: novas alternativas teóricas para a pesquisa no contexto da saúde mental. ....	26
1.4 As implicações do sujeito e da subjetividade para as definições de educação e saúde. ....	33
1.5 Clínica e educação: o olhar voltado para uma ética do sujeito.....	38
1.6 Alcances e desafios do dispositivo CAPS na reforma psiquiátrica brasileira: construindo o problema de pesquisa.....	45
2 OBJETIVOS.....	54
2.1 Objetivo Geral .....	54
2.2 Objetivos Específicos .....	54
3 CAPÍTULO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO .....	55
3.1 Epistemologia Qualitativa: debates, princípios e desdobramentos para a pesquisa. ....	55
3.1.1 <i>O conhecimento como produção humana.</i> ....	58
3.1.2 <i>A singularidade e o diálogo na pesquisa.</i> .....	60
3.2 Local de pesquisa.....	61
3.3 Participantes .....	63
3.4 A construção do cenário de pesquisa.....	64
3.5 Instrumentos .....	67
3.5.1 <i>Grupo de Redes</i> .....	69
3.5.2 <i>Visitas à internação psiquiátrica</i> .....	70
3.5.3 <i>Participação em reuniões de equipe</i> .....	71
3.5.4 <i>Momentos Informais</i> .....	71
3.6 Últimas considerações metodológicas.....	72
4 ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO .....	74
4.1 Breves considerações iniciais. ....	74
4.2 O Grupo de Redes dentro da dinâmica institucional. ....	76
4.3 Eixo Temático 1 – Institucionalização e lógica biomédica: a expressão do hiato entre assistência e desenvolvimento .....	78
4.3.1 <i>A reificação do patológico e a objetificação da pessoa atendida.</i> ....	78
4.3.2 <i>O vácuo político-institucional, o tratamento e a comodidade carcerária da reclusão institucional.</i> .....	86

4.3.3 <i>Principais construções parciais</i> .....	100
4.4 Eixo temático 2 – Educação e modo de vida: o desenvolvimento na ação favorecendo a emergência do sujeito .....	101
4.4.1 <i>Ações educativas e a emergência do sujeito: o cuidado para além da fronteira do serviço</i> .....	102
4.4.2 <i>Desinstitucionalização e modo de vida: a assistência pautada pelo favorecimento de possibilidades</i> .....	113
4.4.3 <i>Principais conclusões parciais</i> .....	123
4.5 Integração teórica e metodológica .....	124
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	139
APÊNDICE A .....	145

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado nasce de algumas inquietações sobre o mundo vivido. Mais do que isso, nasce da necessidade de construir um olhar que torne possível a visão desse mundo, do qual a temática em pauta emerge enquanto uma espécie de metáfora. Em outras palavras, trata-se de um projeto de trabalho, mas também de um projeto de vida. E sendo assim, aquilo que me lança ao desafio de criar novas trajetórias de pensamento necessariamente remete-se a um caminho já percorrido.

Ao longo da minha graduação em psicologia na Universidade de São Paulo, fui apresentado a diversas concepções sobre saúde, educação e desenvolvimento humano. Para além das peculiaridades que caracterizavam essas diferentes concepções, algo que me saltava aos olhos era a tendência fragmentadora com que a nossa experiência era tratada – quase sempre identificada com atributos específicos de suas supostas “partes” e raramente entendida na articulação integral que torna possível a vivência humana.

Percebia essa fragmentação na apresentação de inúmeras escolas psicológicas, na diferença abissal outorgada entre os distintos contextos de aplicação profissional e, mais particularmente, na distância existente entre os diversos campos do saber que, em tese, deveriam formar uma **universidade**, isto é, uma unidade em meio à diversidade do conhecimento. Foi ficando claro que essa distância não se remetia meramente a um deslocamento geográfico e que tampouco a solução do problema estava numa simples justaposição dessas diferenças, culminando na formação de equipes que mais se assemelhavam à consolidação de torres de babel do que em autênticas oportunidades para o diálogo.

Além disso, fui me dando conta de que essas diferenças não se davam apenas entre os profissionais – “especialistas” de um saber – mas configuravam, muito particularmente, as possibilidades de relacionamento pessoal entre esses profissionais e as pessoas às quais suas práticas se remetiam. De modo geral, mais do que relações que promovessem a integralidade do desenvolvimento humano, elas pareciam estar assentadas num processo de **objetificação** das pessoas envolvidas, velando, sub-repticiamente, a cronificação de configurações de poderes, nas quais as possibilidades de trocas sociais estavam circunscritas nos limites estanques das definições de determinados papéis.

Essa conformação, descrita de maneira um tanto assertiva, tomava diferentes formas para mim, de acordo com os distintos contextos em que se expressava. E foi assim que ela também se revelou no universo da atenção à saúde mental, mediante a participação em estágios profissionalizantes em instituições que trabalhavam com a assistência pública nesse âmbito. Aliás, a própria dicotomia entre o que seria uma saúde mental e uma saúde somática já me parecia expressão importante dessa visão fragmentadora do ser humano. Haveria, afinal, possibilidades de se dissociar *psique e soma*?

Concomitante a essas experiências, ainda na graduação, tive contato com os trabalhos de Fernando González Rey e, também, a oportunidade de conhecê-lo pessoalmente em um evento científico promovido pelos próprios estudantes da universidade. Mediante diversas conversas e leituras, a subjetividade e as formas propostas por ele para estudá-la surgiam enquanto alternativas teórica e epistemológica que me possibilitavam uma reflexão mais afinada com a construção de caminhos para a superação de inúmeros impasses que, aos poucos, iam sendo elaborados.

O que mais me interessou, desde o meu primeiro contato com a Teoria da Subjetividade, foi a constante busca por construir, mediante uma visão complexa, conhecimentos e práticas que ultrapassavam tanto a visão atomizadora do ser humano – que me parecia limitar suas potencialidades às dinâmicas intrapsíquicas, comportamentais, ou cognitivas –, quanto as perspectivas diluidoras das especificidades humanas – identificando o humano com o discurso ou com outras práticas sociais. Visivelmente, a intenção não era menosprezar outros possíveis vieses para estudar seus processos, como a biologia, a economia, a política ou a linguística, mas notadamente gerar inteligibilidades sobre como essas mais diversas dimensões articulam-se na vivência das pessoas e como essas pessoas produzem subjetivamente suas próprias realidades nessa vivência. Emergia, para mim, uma alternativa possível de resgatar o humano em suas variadas matizes, superando a ênfase de processos inertes “em tons de cinza”. Enfim, tratava-se de uma oportunidade preciosa de **parar de falar das coisas e começar a falar da vida.**

Então, ingressei no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília, sob orientação do Professor González Rey. A partir de diversas leituras e diálogos acadêmicos, a ideia de estudar o contexto da atenção à saúde mental sob a perspectiva da Teoria da Subjetividade foi chamando gradativamente a minha atenção. Sobretudo, entusiasmei-me com o objetivo de compreender algumas possibilidades de importantes transformações nesse universo, tendo como eixo condutor a construção de uma

assistência voltada para um trabalho **favorecedor de possibilidades**, superando a imposição hierárquica de ofícios coordenados por **detentores do saber**.

Tal eixo condutor não parecia prevalecer, de modo geral, nos serviços substitutivos de assistência à saúde mental. Mesmo sob o rótulo de uma atenção antimanicomial pautada pelos princípios da desinstitucionalização da reforma psiquiátrica, percebia como os serviços pareciam reproduzir a relação objetual apresentada anteriormente. Assim, esse processo terminava por culminar na permanência de um estado que chamo de **comodidade carcerária da reclusão institucional**, no qual muitas pessoas continuavam atendidas por anos a fio, tendo os serviços como praticamente único espaço de socialização em suas vidas. Embora tal reclusão tivesse claramente características diferentes da internação manicomial, parecia-me relevante constatar que não se figurava como prioridade a implementação de estratégias institucionais com vistas à criação de alternativas de desenvolvimento humano que enfatizem a promoção social.

Em geral, foram essas inquietações que me ajudaram a perceber a importância de pesquisar os processos subjetivos que subjazem essas práticas e que terminam por reproduzir um quadro em que se faz presente a desospitalização da assistência, mas não necessariamente um complexo e gradativo processo de desinstitucionalização das pessoas atendidas. Desse modo, fez-se claro que conhecer melhor esses processos era fundamental para uma maior compreensão dos impasses atualmente vivenciados e, conseqüentemente, importante para pensar possíveis estratégias institucionais, a fim de gerar alternativas à manutenção da cronicidade dessas pessoas.

Nesse sentido, gerar inteligibilidade sobre as produções subjetivas relacionadas ao processo da institucionalização figurou-se como objetivo central desta pesquisa. Nesta busca, não somente pareceu importante a atenção às produções individuais das pessoas atendidas, mas também às formas como as relações terapêuticas contribuía na tessitura desse processo, culminando num quadro em que a institucionalização terminava por ser reafirmada numa dimensão social que ultrapassava as iniciativas isoladas e casuais no cotidiano institucional.

Desde o princípio, tendo em vista o interesse por estudar o contexto da saúde mental, foi considerável desafio trilhar um percurso acadêmico no campo da Educação, sobretudo, pela tradicional fragmentação anteriormente descrita, neste caso, entre educação e saúde. Na visão hegemônica ocidental, a esfera da saúde remete-se a uma noção patologizante da experiência humana, enquanto a educação, também em sua visão conservadora, relega unicamente ao ambiente escolar a sua possibilidade de reflexão. De maneira radicalmente distinta, este estudo coloca-se na linha dos esforços teóricos que buscam subverter essa

divisão arbitrária, por meio de articulações possíveis e diálogos que foram se mostrando viáveis numa apreensão mais complexa dos fenômenos humanos. Assim, esse desafio acabou por desdobrar em grande oportunidade para refletir sobre pontes possíveis entre essas esferas amiúde consideradas afastadas entre si.

Se concebermos as práticas educativas e de atenção à saúde enquanto processos que enfatizam a qualidade do desenvolvimento humano, torna-se premente associá-los aos mais diversos contextos em que este humano desenvolve-se. Nessa discussão, focalizar práticas que favoreçam novas produções subjetivas, culminando na construção de uma trajetória com múltiplas alternativas de vida, parece uma maneira interessante de possibilitar processos educativos voltados para a potencialização dos recursos da pessoa atendida no âmbito da assistência em saúde mental.

Foi precisamente nesta abertura teórica que se fez presente a relevância de estudar a **emergência do sujeito** nos serviços de saúde mental, enquanto condição ativa e diferenciada de subjetivação de pessoas muitas vezes consideradas passivas portadoras de transtornos mentais. Nesse sentido, também se fez pertinente o esforço teórico de pensar ações educativas nestes serviços, ao enaltecer processos voltados para a construção da cidadania e para a integralidade do desenvolvimento humano, em detrimento dos objetivos da clínica tradicional, que centralizam a noção de cura dos sintomas expressos. Neste caso, levar a sério o caráter gerador de pessoas atendidas por esses serviços pareceu ser uma facunda via de enfatizar a fala daqueles que, por muito tempo, viram-se destituídos de voz.

A fim de tecer um panorama do percurso trilhado neste estudo, apresento a seguir as temáticas abordadas em cada uma das partes deste texto.

No capítulo teórico do trabalho, busco discutir alguns princípios que norteiam a **reforma psiquiátrica**, sobretudo o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana – principal influência para os rumos dessa reforma no Brasil. Nesse sentido, discuto alguns desdobramentos epistemológicos desse processo, apontando para a complexidade de trabalhar pelo viés da desinstitucionalização.

No seguinte momento deste capítulo, reflito sobre as possibilidades que o estudo da subjetividade traz enquanto alternativa teórica para compreender a forma como conflitantes fenômenos sociais organizam-se na vivência das pessoas, resguardando a tensão permanente entre as dimensões individual e social dos processos de subjetivação. Nessa perspectiva, discuto a redefinição das concepções de educação e de saúde, com importantes implicações nas práticas de atenção à saúde mental e na conceituação do que seria uma visão alternativa do transtorno mental.



Posteriormente, apresento uma reflexão sobre os desdobramentos teóricos e práticos de pensar sobre uma clínica que se pautem por uma ética do sujeito e não pela noção central da patologia, de modo a tecer uma aproximação com o campo da educação e com contribuições desse campo para a discussão em pauta. Na sequência, apresento os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto principais dispositivos da reforma psiquiátrica no país. Desse modo, mediante sua implementação, destaco possíveis alcances na superação de impasses históricos, bem como limitações decorrentes desse processo nas práticas institucionais, que ainda parecem culminar em frequentes quadros de institucionalização dos usuários do serviço. Nessa construção, proponho o estudo das configurações subjetivas desse processo de institucionalização, enquanto possibilidade para refletir sobre importantes impasses institucionais, contribuindo com a elaboração de novas estratégias com vistas a algumas transformações e superações atuais.

No capítulo metodológico, argumento sobre os princípios basilares da Epistemologia Qualitativa e alguns de seus desdobramentos para a pesquisa científica, na busca por novas possibilidades metodológicas para estudar a subjetividade. Posteriormente, descrevo o contexto empírico da presente pesquisa, bem como seus participantes e a construção do cenário pesquisado. Por último, discuto a concepção de instrumentos de pesquisa a partir da perspectiva epistemológica adotada e apresento a forma com que eles foram trabalhados na consecução deste trabalho.

A construção empírica foi dividida basicamente em três partes. A primeira discute a estreita relação entre institucionalização e lógica biomédica, mediante a expressão do hiato entre assistência e desenvolvimento humano. A segunda aborda algumas possibilidades institucionais voltadas para os processos educativos e para o modo de vida, numa busca por uma atenção pautada pela emergência do sujeito. Por último, é feita uma integração teórica entre os modelos teóricos construídos nos eixos de discussão anteriores e as contribuições das referências bibliográficas utilizadas na parte teórica do estudo.

Por fim, são tecidos alguns comentários conclusivos, em que são abordados alguns alcances da pesquisa, bem como limitações que justificam o aprofundamento no tema estudado. Com isso, a intenção é de que o estudo possa contribuir à orientação das práticas em saúde mental, sobretudo no que diz respeito a reflexões que possam servir de substrato para o estabelecimento de novas estratégias que se pautem por uma **ética do sujeito**, favorecendo a construção da cidadania das pessoas atendidas.

## 1 CAPÍTULO TEÓRICO

### 1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil: breves considerações históricas.

A atenção à saúde mental e seus desdobramentos passaram por diversas mudanças ao longo dos anos no Brasil. De maneira geral, podemos dizer que, de uma lógica manicomial, na qual os então considerados “doentes mentais” eram enclausurados em instituições fechadas, passamos atualmente por um processo formalizado de ampliação do olhar e da assistência prestada a essas pessoas. Esse movimento tem sido chamado de **reforma psiquiátrica** e consiste no gradual e progressivo deslocamento do centro de cuidado em saúde mental para fora do hospital, em direção ao território existencial das pessoas atendidas, num processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).

A elaboração dos programas políticos que foram dando corpo a esse movimento não ocorreu de forma linear, marcando inúmeras tensões políticas, que perduram até a atualidade nos debates sobre saúde mental (ZGIET, 2010). Nesse processo, algumas unidades federativas do país, como o Distrito Federal e São Paulo, promulgavam suas próprias leis da reforma psiquiátrica, posicionando-se, ao menos a princípio, enquanto vanguarda desse movimento.

Ainda que carregue o título de **reforma psiquiátrica**, é importante ressaltar que essa discussão e suas conseqüentes transformações não abrangeram apenas a ciência psiquiátrica, mas também diversos campos da saúde (como psicologia, enfermagem, terapia ocupacional) e torna-se uma discussão que abarca a sociedade de modo geral, com suas (im)possibilidades de promover trocas sociais e de convivência em meio às diferenças. Trata-se, assim, de um processo amplo, que acontece “[...] a um só tempo articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE, 1995, p. 75-76). Mais especificamente no Brasil, as ideias que culminaram nesse movimento vêm ganhando força a partir da década de 70, em consonância com a ascensão da luta pela Reforma Sanitária e, sobretudo, mediante influência da Psiquiatria Democrática Italiana (ZGIET, 2010).

Barros (1994) explica que os movimentos de desinstitucionalização colocavam em discussão as instituições edificadas no período em que Michel Foucault denominou **Grande Internação**, além de postularem a necessidade de desconstruir e redefinir a noção de doença mental. A autora argumenta que esses movimentos acabaram produzindo conteúdos

diferenciados, de acordo com as opções políticas tomadas diante do desafio de enfrentar as instituições manicomiais. Nesse processo, emergem duas principais possibilidades. A primeira foi representada pelas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, que privilegiaram a construção de serviços assistenciais alternativos na comunidade – conhecidos como **comunidades terapêuticas** –, apostando num enfraquecimento progressivo do manicômio, tendo em vista o deslocamento da ênfase assistencial. A segunda possibilidade, mais radical, foi construída pelos italianos, que enfatizaram a necessidade fundamental de desmontagem dos manicômios, num processo de subversão de seu funcionamento e lógica. Ainda que se propusesse uma transformação mais lenta, o foco se dava numa mudança definitiva, mediante simultânea construção de serviços territoriais.

Participante ativo da reforma psiquiátrica italiana, Rotelli (1994, p. 152) afirma que a ênfase na desmontagem dos manicômios não se deu por não reconhecer que havia uma rede de psiquiatrização em toda sociedade, mas por compreender que era na instituição psiquiátrica que estava centralizada a raiz do saber psiquiátrico. Em sua opinião, “[...] se não se tirasse fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia dentro do hospital psiquiátrico, continuar-se-ia a produzir abortos”. Nesse sentido, o autor argumenta que qualquer tentativa de construir uma rede de saúde territorial inevitavelmente continuaria a reproduzir sua lógica, caso se mantivesse a presença do hospital psiquiátrico.

Amarante (1995) e Santiago (2009) argumentam que, juntamente com a Psiquiatria Democrática Italiana, a Antipsiquiatria constituiu-se num movimento que também se propôs a uma ruptura mais drástica com a psiquiatria hegemônica. Algo que parece ser fundamental, como apontam os autores, é a mudança naquilo que seria o objeto da psiquiatria: ao invés da hegemônica dicotomia entre saúde e doença, há um giro para a concepção **existência-sofrimento**, que é indissociada das relações travadas no corpo social. Nesse sentido, há que se reformular todo o aparato social envolvido nessa prática, seja em termos teóricos e práticos, como também na reorganização das instituições implicadas: assistenciais, judiciárias, administrativas e diagnósticas. Segundo Santiago (2009, p. 36), “[...] nessa nova perspectiva, considerando a existência e o sofrimento das pessoas, o foco não é mais na sua cura, mas na invenção da saúde, da produção de vida, da subjetividade”. A ênfase, tal qual me parece, deixa de centrar-se na recuperação de um estado anterior e supostamente saudável por parte do indivíduo, para centrar-se na produção de novas alternativas ao desenvolvimento individual e social.

Barros (1994) remete-se a uma discriminação proposta pela Psiquiatria Democrática Italiana, que me parece pertinente para dar maior clareza à discussão em pauta: a separação entre o que seria a loucura e o que seria a doença mental. Esta seria uma produção intelectual, uma interpretação apropriada por determinado discurso médico, enquanto aquela seria concebida enquanto fenômeno existencial e contraditório de determinadas manifestações humanas. Aliás, como ensinam Foucault (1972) e Pessotti (1994), a princípio, sequer a loucura era considerada uma questão relativa à saúde, menos ainda como uma problemática social que exigisse respostas na forma de serviços assistenciais públicos. Mais especificamente no Brasil, tal discurso sobre saúde mental, com ênfase na patologia, data do século XIX, apesar de o termo **saúde mental** ter sido utilizado apenas posteriormente (ZGIET, 2010).

O que me parece mais problemático nessa associação direta de determinado fenômeno humano à noção de doença mental é a sobreposição de um a outro. Ou seja, a doença mental parece perder o seu caráter metafórico, enquanto uma interpretação possível de algo desconhecido, para tornar-se uma verdade, sem qualquer outra alternativa teórica possível. O “como se”, próprio da metáfora, se desvanece, culminando no que poderíamos chamar junto a Zanello (2012) de uma **metáfora morta**. Tal processo de naturalização, como aponta González Rey (2007, p. 155, grifos do autor), culmina em reconhecer a

[...] **natureza real** de um problema no rótulo, o que leva à universalização de uma condição que define práticas sociais despersonalizadas com relação ao ‘problema’, perdendo de vista o sujeito que o expressa e os contextos e práticas sociais em que se gera.

Segundo o autor, foi precisamente sobre essa base que teriam se desenvolvido os manicômios, enquanto ideologia responsável não apenas pelo surgimento da instituição, mas por uma lógica pautada no estigma da anormalidade. De modo geral, tal lógica guarda estreitas articulações com o modelo hegemônico de saúde dominante desde meados do século XIX, conhecido como **modelo biomédico**, sobretudo pela centralidade da categoria doença nas concepções e práticas no âmbito assistencial.

O **modelo biomédico** tem em suas bases o ideário cartesiano, cujos fundamentos filosóficos partem da certeza do conhecimento científico e de uma concepção mecanicista das funções orgânicas (CANGUILHEM, 2004). Com base nele, a metáfora da máquina passa a dominar o escopo das ações médicas, de modo que a doença passa a ser vista como um mau funcionamento dessa máquina biológica (CAPRA, 1982). Camargo Jr. (1982, 2007) coloca como eixo principal deste modelo uma “teoria das doenças”. Segundo ele, o trabalho médico

está voltado, sobretudo, para a identificação e cura das doenças, sendo tudo o mais secundário, inclusive, o indivíduo que incidentalmente traz a doença. De modo geral, isso traria como corolário a ênfase excessiva na tecnologia, na produção de diagnósticos, a redução da terapêutica à prescrição de medicamentos, excluindo de seu horizonte preocupações como a dinâmica social e subjetiva, que fornece, de fato, sentido à existência humana.

De todo modo, a discussão sobre a designação do fenômeno em pauta é polêmica e ainda guarda inúmeras divergências. Na busca por alternativas à reificada noção biomédica de **doença mental**, alguns autores preferem se referir à **loucura**, por enxergarem, nesse termo, menos estigma e negatividade (ZGIET, 2010). Outros preferem remeter-se ao termo **sofrimento psíquico grave** (COSTA, 2006), por compreenderem nessa designação uma proximidade maior com a pessoa envolvida, superando as classificações nosográficas hegemônicas. No entanto, apesar de reconhecer as controvérsias e limitações do termo, opto por me referir neste estudo à noção de **transtorno mental**, segundo acepção que ficará mais bem definida no tópico “As implicações do sujeito e da subjetividade para as definições de saúde e educação” (p. 33).

À parte a questão terminológica, acredito que o fundamental, nessa discussão, seja a consideração pela singularidade dos processos subjetivos envolvidos – bastante enfatizada pela Psiquiatria Democrática Italiana –, em detrimento de uma concepção padronizada que acaba por culminar na exclusão de muitas pessoas. Todavia, por considerar a existência dessas diferentes possibilidades terminológicas, ao longo deste estudo, serão respeitadas as opções dos autores referenciados, na medida em que forem incluídos na discussão.

Outra separação que me parece importante, apontada pela Psiquiatria Democrática Italiana, é a cisão entre loucura e periculosidade (BARROS, 1994). Na medida em que se presta um olhar mais complexo à situação, percebe-se que o louco pode ou não ser perigoso, de modo que essa equação acaba por justificar a condição de exclusão e segregação dessas pessoas e, portanto, outorgar a condição de punição ao seu suposto “adoecimento”.

Sobre esse ponto, concordo com Basaglia (1985), ao argumentar que os representantes sociais hegemônicos da sociedade de certo modo tendem a defender-se daquilo que lhes afronta, na medida em que, ao serem expostos fenômenos não desejáveis no convívio social, eles acabam por revelar suas próprias contradições. A alternativa para a conservação do *statu quo* seria, então, individualizar problemas, que, em última instância, são também de ordem político-social, culminando na imposição de um sistema de restrições e limites que encarrega determinadas organizações de curar os “doentes mentais”. Nessa mesma direção, Rotelli

(1994) argumenta que as instituições psiquiátricas, bem como a psiquiatria de modo geral, acabaram se organizando não apenas em função da periculosidade, mas sobretudo voltadas para a gestão dessa periculosidade.

Nessa acepção, as instituições de saúde promovem tratamento, tendo a “cura da doença” como objetivo a ser alcançado, mas ocultando o problema político em questão, pois há certa desresponsabilização de um acompanhamento longitudinal, que questione a integralidade do sistema a que as pessoas com transtorno mental e as próprias instituições de saúde pertencem. É no esteio dessa lacuna que se faz pertinente a busca por alternativas institucionais que se voltem para a **educação**, na medida em que elas poderiam ter como norte o **desenvolvimento e a integração diferenciada do social**, favorecendo novas alternativas de produção subjetiva e facilitando a construção de outros espaços de socialização. Todavia, parece ser mais fácil a ocultação do problema, via uma política de higiene social, do que buscar meios de transformar a sociedade, com vistas à promoção social. O intuito parece ser reprimir e agredir o problema e não desenvolver instituições que pudessem facilitar outras produções sociais.

O que parece tornar-se evidente nesse sistema é a completa negação do **sujeito** da experiência, culminando em sua objetivação. Como explica Basaglia (1985, p. 109):

[...] a objetivação não é a condição objetiva do doente, mas se localiza no interior da relação entre o doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre o doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela. Isso significa que o médico necessita de uma objetividade sobre a qual afirmar a própria subjetividade, exatamente como nossa sociedade necessita de áreas de descarga e compensação, onde abandona e esconde as próprias contradições. O rechaço da condição desumana a que é relegado o doente mental, o rechaço do grau de objetivação em que foi abandonado, forçosamente se apresenta ligado de muito perto ao questionamento do psiquiatra, da ciência em que ele se apóia e da sociedade que representa.

Tal objetivação seria, portanto, segundo Basaglia, o resultado de uma ciência que outorgou a algumas pessoas o fardo de conviver com uma alteração biológica de certo modo indefinida, diante da qual nada se poderia fazer, a não ser aceitar docilmente sua diferença em relação à norma. A ação tutelar das instituições psiquiátricas teria seu nascimento aí, de modo que os profissionais passaram a se limitar a definir, catalogar e gerir as “doenças mentais”. Os apelos da reforma psiquiátrica têm como objetivo a transformação dessa realidade, colocando em discussão a relação entre o profissional da saúde mental e a pessoa atendida, implicando estreitamente, nessa relação, o conhecimento institucional (ROTELLI, 1994).

Voltando para o percurso brasileiro, Santiago (2009) afirma que esse processo de transformação nacional no âmbito da saúde mental guarda semelhanças com o que aconteceu

na Europa, exceto pelas inevitáveis peculiaridades locais e pela diferença temporal. Por exemplo, enquanto a lei que marca a ratificação oficial da reforma psiquiátrica (Lei nº 180) na Itália é de 1978, a lei que marca esse movimento no Brasil vem a ocorrer, como será explicitado abaixo, somente em 2001.

Em 1987, ocorre o II Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental (conhecido como **Congresso de Bauru**), no qual é assinalado o distanciamento da reforma sanitária e a ratificação de um posicionamento de desinstitucionalização, seguindo o modelo da Psiquiatria Democrática Italiana. A partir de então, há crescente participação popular, com a organização de grupos, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O caráter da reforma deixa de ser apenas teórico e ganha outras dimensões de participação na sociedade, agregando complexidade ao processo. Desse modo, há a implantação de diversos serviços, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e alguns serviços em Brasília, como o Hospital-Dia e o Instituto de Saúde Mental. Além disso, passa a haver maior mobilização social e constituição de uma série de encontros que vão sendo fundamentais para as implicações políticas decorrentes da reforma psiquiátrica (SANTIAGO, 2008).

Também no ano de 1987, ocorre a assunção do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental enquanto movimento social e é lançado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Nesse contexto, surge o projeto de lei 3657/89, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras práticas e modelos assistenciais, desencadeando um amplo debate nacional sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e suas instituições. A partir de então, passa a acontecer, em muitas cidades, um rico processo de experiências inovadoras no âmbito da saúde mental, tanto em abertura de novos serviços, quanto de criação de associações de pessoas atendidas e familiares e a paulatina aprovação de projetos de lei relacionados à reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1994). No entanto, a Lei Federal que trata especificamente da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) foi aprovada somente em 2001, após doze anos de tramitação política do seu processo, proposto pelo deputado Paulo Delgado.

No entanto, mesmo antes da aprovação da Lei Paulo Delgado em 2001, o Ministério da Saúde, em 1992, optou por uma base comunitária na atenção à saúde mental, tendo como principais serviços os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, e as Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais, além do Programa de Volta Para Casa (ZGIET, 2010). Assim, desde então, instaurou-se um processo gradativo de transformações no âmbito assistencial da saúde mental, desdobrando em diversas rupturas, continuidades e contradições, às quais serão em parte abordadas por esta pesquisa.

## **1.2 Desinstitucionalização e complexidade: alguns pressupostos e desdobramentos epistemológicos e conceituais da reforma psiquiátrica.**

Conforme o que já foi apresentado, o movimento da reforma psiquiátrica tem como objetivo a dissolução de barreiras rígidas entre assistidos e assistentes, promovendo relações que consideram a pessoa atendida como sujeito de sua existência (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKI, 2009). Desse modo, colocou-se em debate a dimensão epistemológica da psiquiatria, isto é, suscitaram-se discussões acerca do campo teórico-conceitual que legitima e fundamenta a *práxis* médico-psiquiátrica (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011). Em outras palavras, pela centralidade tradicional da psiquiatria na assistência em saúde mental, colocam-se em questionamento todas as premissas que baseiam as práticas relativas a esse campo. Desse modo, o que foi colocado em jogo é o que se concebe enquanto conhecimento legítimo, que “autoriza” práticas e saberes com importantes implicações para a sociedade.

A intenção deste tópico é propor considerações sobre alguns desses desdobramentos epistemológicos, tendo em vista, sobretudo, dois conceitos tidos como centrais desse processo (AMARANTE, 2009): **desinstitucionalização** e **complexidade**. Ainda que o primeiro deles tenha sido brevemente abordado anteriormente, em função de sua centralidade para este estudo, uma análise mais atenta dessa categoria faz-se, agora, necessária.

A **desinstitucionalização**, como argumenta Amarante (2009), refere-se ao conceito proposto por Franco Basaglia, direcionado à ênfase nas múltiplas formas de relacionar-se com a pessoa nos seus modos de existência, segundo suas condições concretas de vida. Afasta-se assim da noção de que há uma necessidade de isolamento terapêutico e volta-se para o que Amarante concebe como a “[...] criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber” (2009, p. 1).

Desse modo, a desinstitucionalização representa uma nova forma de colocar o problema, abrindo espaço para novos modos de relacionar-se, rompendo com o que antes era concebido como o **curso natural da doença**, favorecendo a emergência de “novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2009, p. 1). De um ponto de vista mais amplo, podemos dizer que o autor discute a questão em termos de uma transformação que altera profundamente as formas de organização de um sistema complexo, cuja intenção



não é apenas mudanças assistenciais na atenção à saúde mental, senão "[...] a transformação do **lugar social** da loucura, da diferença e da divergência" (p. 2, grifos do autor).

Segundo Alverga e Dimenstein (2006, p. 303), essa discussão não se remete apenas à dimensão local da assistência em saúde mental, mas questiona a possibilidade da desinstitucionalização do social, de nossa forma apegada de vida institucionalizada, visando à possibilidade de

[...] abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação.

Concordando com os autores, podemos pensar que a questão não se coloca na avaliação da incapacidade individual do que foi posto à margem, tampouco na falta de adequação social e adaptação do que marginalizou, mas na busca pelo respeito à singularidade, com vistas à convivência tolerante com a diferença, criando alternativas ao enclausuramento cotidiano de formas de existência banidas do convívio social. Neste caso, a busca seria pela superação da posição um tanto ingênua e prepotente de **detentores do saber**, com vistas à apropriação de um papel de **favorecedores de possibilidades**. A aposta não é apenas na diluição de um saber que foi se estruturando ao longo dos séculos, mas na construção de novas formas de relacionar-se, pautada em outras premissas que não a da dominação. Como refere Zgiet (2010, pp. 46-47), a “[...] institucionalização modificou conceitos e vocabulários. E a desinstitucionalização pretende modificar outros tantos”. Trata-se de mudanças propostas com base não apenas nos conceitos em si, ou no que poderia ter sido dito aquém ou além deles, mas, sobretudo, como lembra Foucault (1977), naquilo que os sistematiza e torna-os acessíveis a outros discursos, abrindo possibilidades para transformá-los. Assim, oferecer resistência e criar novas alternativas aos resultados de uma ciência ideológica é também, de certo modo, lutar para transformar o sistema que a sustenta (BASAGLIA, 1985).

Para concluir, no âmbito da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização constitui-se na estratégia terapêutica no **território existencial** da pessoa atendida, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e não no sequestro das contradições sociais para que elas sejam geridas tecnicamente, o que significaria reproduzir a lógica manicomial em toda a cidade (ROTELLI, 1994). A ideia é que haja um redirecionamento na atenção em saúde mental: ao invés de “enclausurar” a pessoa na lógica institucional, é a própria instituição que

passa a se pautar pelas condições concretas do sujeito. Desse modo, o que pauta a relação é a **singularidade**, não a normatização. Aquilo que é considerado enquanto “doença” é que se situa dentro de um processo de vida, não o contrário (GOULART, 2013a).

A outra noção tida como central nesse contexto é a de **complexidade**. Como será demonstrado, ela guarda diversas afinidades com o conceito de **desinstitucionalização**.

Ao argumentar sobre a **complexidade** no âmbito da reforma psiquiátrica, Amarante (2009) remete-se a novos modos de pensar o conhecimento, o resgate da singularidade de uma operação, com atenção aos jogos de poder que acabam por postular conhecimentos neutros que não se remetem à sua história. Autor de destaque na discussão deste conceito, Morin (2005) é categórico no que seria a missão da **complexidade**: revelar e manter a resistência do real, a dificuldade de conceito e de lógica. Nesta perspectiva, não há, portanto, a pretensão de construir uma ciência que seja pura, haja vista que esta se encontra indissociada da cultura, política, história, ética, ainda que não se reduza a essas dimensões.

Segundo Morin (2005), a **complexidade** traz a abertura para a construção de uma teoria do sujeito no âmbito da ciência, o que pode esclarecer a ética, sem a desencadear e comandar. Há, por assim dizer, um contraponto ao ideal moderno de dissociação entre ética e ciência, que leva a um posicionamento diferente frente ao conhecimento e as próprias práticas: não se pode mais esperar a revelação de um real, mas deve-se empreender uma incursão crítica sobre os pressupostos que antecedem a sua construção. Trata-se de um retorno reflexivo urgente, que por tanto tempo tentou-se evitar (NEUBERN, 2006), de um deslocamento da ideia de padrão, para a noção mais ampla de sentidos possíveis a serem construídos.

Nesse sentido, existe um redirecionamento do foco de atenção das atribuições externas dos fenômenos (como, por exemplo, os sintomas relacionados ao transtorno mental, as variáveis familiares e biológicas), para o **sujeito** que vivencia a experiência e integra essas múltiplas esferas – conceito a ser mais elaborado no tópico posterior deste trabalho. Esta parece ser uma premissa básica para que possa ocorrer um processo de desinstitucionalização, daí a grande afinidade entre os dois conceitos. Para a difícil tarefa de concretizar esse processo, é preciso desconstruir as relações sociais estabelecidas sobre as premissas desse sistema, que parecem estar calcadas no paradigma racionalista que tanto reza a existência de dicotomias e atribui nexos causal e linear às dimensões problema-solução, diagnóstico-prognóstico, doença-cura e exclusão-reinserção (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Dentro da lógica da complexidade, seria impossível uma análise neutra e distanciada da realidade, resultando infértil os esforços de compreender a realidade **em sua totalidade**. Ao contrário,

esta deve ser concebida **como totalidade** (LÉVY, 2001), respeitando as múltiplas relações atuantes entre as partes a ela relacionadas, o que, em outras palavras, significa considerar a complexidade na qual ela está inserida.

O olhar complexo afasta-se da tendência biomédica de individualizar os problemas vivenciados e encará-los enquanto desvio de um indivíduo que não se adapta à vida social ou que possui alguma disfunção biológica. O trabalho focaliza, como argumenta Rotelli (1994), muito mais a relação que o indivíduo: na reconexão dos problemas entre as pessoas, na relação entre aquele que pode e aquele que não pode, entre a norma e a diversidade, entre quem produz e quem não produz. O alcance da assistência coloca-se não na tutela da vida do outro, mas no favorecimento da potencialização das trocas sociais e do encontro entre diferentes subjetividades. O objetivo centra-se, portanto, na multiplicação das possibilidades.

É nesta perspectiva que este trabalho se insere enquanto uma tentativa de produção de conhecimento pautada pela complexidade e que esteja indissociada da reflexão sobre novas práticas no âmbito da saúde mental. A intenção não é somente promover articulações teóricas de maneira abstrata, mas notadamente gerar inteligibilidades sobre o processo de institucionalização, o que se remete inevitavelmente a situações concretas de vida.

### **1.3 Subjetividade e sujeito: novas alternativas teóricas para a pesquisa no contexto da saúde mental.**

As discussões levantadas até o momento apontam para um eixo comum, sem o qual novas estratégias institucionais com vistas à autonomia dos usuários parecem estar fadadas ao fracasso: a importância de conhecer as formas como as pessoas atendidas organizam suas experiências, a partir de seus próprios referenciais e possibilidades. Residiriam aí importantes potencialidades e entraves para o desenvolvimento pessoal e, por consequência, elementos basilares para alcances e limites do tratamento propostos nos serviços de saúde mental. Nessa perspectiva, alternativas teóricas e metodológicas são necessárias para compreender essa organização, de modo que, nesta parte do trabalho, proponho apresentar uma dessas possibilidades, que me parece de grande potencial heurístico para estudar o contexto em pauta: a Teoria da Subjetividade, elaborada por González Rey (2003). Ao apresentar algumas das principais categorias desta macroteoria, busco, também, possíveis relações entre o que foi discutido até o momento, trazendo, posteriormente, reflexões sobre novos caminhos que têm

sido construídos para pensar questões relativas à saúde e, mais especificamente, à saúde mental.

A Teoria da Subjetividade, segundo Mitjans Martines (2005), tem como principais influências a psicologia soviética, o marxismo e a teoria da complexidade; e tem como objetivo dar visibilidade teórica à complexidade do psiquismo humano, desde uma perspectiva histórico-cultural. De acordo com a autora, seu *corpus* teórico apresenta-se na definição e articulação de seus principais conceitos: **subjetividade**, **sentido subjetivo**, **configuração subjetiva** e **sujeito**.

Dentro deste delineamento teórico, González Rey (2005a, 2011) rompe com toda definição transcendental ou universal da psique, ao elaborar o conceito de **subjetividade** de forma estreitamente associado à sua natureza cultural. Esse conceito representa uma condição diferenciada da psique na cultura, sendo ela mesma condição necessária para o desenvolvimento da cultura. Desse modo, a psique deixa de assumir a concepção estática e atomizadora – própria da racionalidade moderna hegemônica – para ser considerada enquanto complexo sistema recursivo em constante desenvolvimento.

O autor afasta-se, assim, da compreensão de que os indivíduos e suas relações pessoais sejam reflexos dos aspectos formais que balizam suas experiências sociais e postula a subjetividade enquanto uma produção sobre o vivido. Isto é, ele assume como condição humana fundamental a produção subjetiva diferenciada da pessoa nos mais diversos espaços sociais que ela integra. Nessa perspectiva, “[...] a subjetividade como produção humana expressa alternativa às limitações objetivas que impõem a realidade e a própria condição humana”<sup>1</sup> (GONZÁLEZ REY, 2009b, p. 217). Ao dizer isso, o autor faz referência à capacidade de superação, de geração de alternativas antes não existentes no curso do próprio desenvolvimento. Desse modo, a subjetividade emerge enquanto estatuto ontológico da psique, sendo sua forma complexa, pois se trata de “[...] um sistema constituído por processos simbólicos e de sentido que se desenvolvem na experiência humana” (GONZÁLEZ REY, 2004b, p. 78). Portanto, a definição da subjetividade ocorre mediante natureza qualitativa de um tipo particular de fenômeno humano, seja ele individual ou social. Seria nessa especificidade qualitativa em relação a outros tipos de fenômenos que residiria uma nova definição ontológica para o estudo dos processos humanos.

Nesta acepção, a subjetividade não é somente a instância pessoal, mas configura-se como sistema que integra os processos emocionais e simbólicos que existem também nas

---

<sup>1</sup> “La subjetividad como producción humana expresa alternativas a las limitaciones objetivas que imponen la realidad y la propia condición humana.” (GONZÁLEZ REY, 2009b, p. 217).

relações sociais. Trata-se de duas instâncias subjetivas, indissociadas e implicadas reciprocamente.

A **subjetividade individual** refere-se aos processos e formas de organização subjetiva dos indivíduos concretos, que incorporam, contradizem ou confrontam, permanentemente, os espaços sociais de subjetivação. Nela, aparece constituída a história única de cada indivíduo (GONZÁLEZ REY, 2003). Já a **subjetividade social** integra os elementos de sentido subjetivo que, produzidos nas diferentes zonas da vida social, fazem-se presentes nos processos de relação que caracterizam qualquer grupo ou agência social no preciso momento de seu funcionamento. Segundo o autor, cada espaço social é configurado subjetivamente, sendo a subjetividade social a rede em que estão interligados esses espaços que se apresentam configurados na dimensão subjetiva das pessoas, grupos ou instituições (GONZÁLEZ REY, 2012a). O **modelo biomédico**, tal como apresentado anteriormente, é um exemplo de uma produção subjetiva social, na medida em que não está circunscrito ao âmbito individual da prática assistencial e remete-se às configurações epistemológicas e técnicas, que, por sua vez, estão profundamente associadas à organização social como um todo.

Portanto, diferentemente do caráter interno, em geral atribuído à subjetividade, dentro dessa concepção, a organização social em determinado contexto também é tida enquanto produção subjetiva. O social não é externo às pessoas que o constituem e não pode ser concebido enquanto referência única e geral para todos que atuam em determinado contexto. Como lembra González Rey (2011), o social somente ganha vida nas relações, eventos, ações e configurações que se constituem em cada momento da realidade social. Nesse sentido, tendo em vista sua sensibilidade para registrar a multiplicidade do social, o estudo da subjetividade permite compreender alguns desdobramentos do que é vivido socialmente, por meio da forma singular pela qual se expressam as pessoas.

Não seria possível falar de uma separação estanque entre a subjetividade individual e a social, na medida em que não existe nenhum sistema de subjetividade social que não passe pelos indivíduos envolvidos, assim como a todo o momento em que se está configurando subjetivamente uma experiência individual, a subjetividade social tem uma presença. Toda mudança social passa pelos indivíduos que a promovem, pois o indivíduo é, ele mesmo, um momento da experiência social.

Mediante rompimento de tal dicotomia (indivíduo/sociedade), nesta perspectiva, os fenômenos sociais não se expressam em seu estado puro, mas têm uma apropriação humana. É precisamente essa produção diferenciada do fenômeno social que se denomina **sentido subjetivo** (SILVA, 2008). Esse conceito representa o momento subjetivo de toda ação

humana, podendo ser definido enquanto a unidade dos processos simbólicos e dos processos emocionais, em que um emerge ante a presença do outro, sem ser sua causa (GONZÁLEZ REY, 2003, 2012). Emergindo na processualidade das relações e das ações humanas, o sentido subjetivo reside na não exclusão do homem enquanto sujeito de sua ação. Dessa forma, ele não existe *a priori* e não pode ser apreendido linearmente em sua “exterioridade”, necessitando da construção interpretativa do pesquisador para tornar possível a sua inteligibilidade.

Não há, portanto, nenhum elemento – se tomado sem referência à pessoa – que determine, por si mesmo, como influenciará o futuro do desenvolvimento da pessoa, na medida em que não há linearidade entre estímulo e produção subjetiva. Assim, os próprios fatores externos refratam por meio das vivências emocionais da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2009a). No caso da presente pesquisa, por exemplo, não se trata de pesquisar as diretrizes institucionais de forma dissociada das pessoas às quais elas se remetem, mas precisamente de buscar entender como essas práticas institucionais repercutem na vida dessas pessoas.

Por sua vez, o conceito de **configuração subjetiva** representa a “[...] organização relativamente estável de sentidos subjetivos relacionados com um evento, atividade, ou produção social determinados”<sup>2</sup> (GONZÁLEZ REY, 2009b, p. 218). Nessa perspectiva, não se trata meramente da integração de diferentes sentidos subjetivos, mas também da organização atuante na produção desses sentidos subjetivos. A configuração subjetiva diz respeito à unidade do histórico e do atual na organização da subjetividade, pois expressa o vivido enquanto produção subjetiva. Essa noção é importante, porque rompe com o pensamento organizado e estanque da subjetividade humana em passado, presente e futuro. Assim, falar do passado e do futuro não se refere a tempos distintos do presente, mas precisamente ao modo como esses tempos são produzidos subjetivamente no momento atual. Trata-se do que podemos chamar da **lógica configuracional** do desenvolvimento humano, rompendo com as tendências à linearidade e ao pensamento evolutivo tradicionalmente presentes na compreensão dos processos humanos.

A configuração subjetiva não é, por conseguinte, uma estrutura rigidamente estabelecida, mas o seu conjunto constitui um sistema envolvido de forma permanente, de modo que as relações entre elas possibilita a integração de elementos de sentido de uma configuração com os de outra, de acordo com o posicionamento do sujeito nos diferentes momentos de sua vida (GONZÁLEZ REY, 2004a). A importância desse conceito reside no

---

<sup>2</sup> “[...] organización relativamente estable de sentidos subjetivos relacionados con un evento, actividad o producción social determinados.” (GONZÁLEZ REY, 2009b, p. 218).

posicionamento teórico de que nada pode ser dito *a priori*, na medida em que se considera a produção subjetiva, que sempre se remete à singularidade. Desse modo, também nos permite uma leitura de como o social é organizado nessa produção subjetiva. Segundo González Rey (2011, 2012), as configurações subjetivas são produções presentes em cada momento significativo da pessoa, que sintetizam a multiplicidade de experiências de uma história, bem como dos plurais contextos em que a pessoa vive.

A ideia de configuração traz de maneira contundente o princípio da **complexidade** discutido acima, ou seja, a premissa da relação entre as diversas partes que estão relacionadas a determinado fenômeno, pois se trata de uma noção que não prescinde do sistema que articula determinada expressão. A partir dessa noção, não se pode falar especificamente como as coisas são de maneira isolada, mas compreender as relações em que elas funcionam. E isso somente ganha vida mediante construção do **sujeito** que produz o conhecimento, seja o pesquisador, seja o profissional refletindo sobre um caso atendido. Portanto, é flexível e constituído por interpretações que sempre são contextualizadas culturalmente e historicamente.

À luz da elaboração teórica de González Rey (2003, 2007), o conceito de **sujeito** alude à condição da pessoa que se torna capaz de gerar um espaço próprio de subjetivação nos diferentes momentos de sua vida, posicionando-se para além das normatizações sociais, tornando possível um desenvolvimento diferenciado e ativo nos diferentes espaços sociais que constitui. Assim, ser sujeito não é um status já adquirido na vida, mas uma condição a ser conquistada permanentemente na ação e em meio às relações sociais que acompanham o processo de subjetivação. Pode-se dizer, assim, que o sujeito constitui o momento vivo da organização histórica de sua subjetividade.

Essa definição não abre mão do caráter contraditório do sujeito, tampouco vislumbra a possibilidade de uma suposta autonomia plena, como a tradição humanista reza, mas focaliza uma relativa autonomia na produção de ações alternativas mediante confrontação às formas dominantes da organização social. Concordo com a noção de autonomia de Campos e Amaral (2007, p. 852), enquanto “[...] um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade [...] de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.”. Nessa concepção, enfatizar a autonomia não pressupõe a necessidade de incorporação de um padrão, de atingir um “tipo ideal”. Pelo contrário, volta-se a atenção para que a pessoa consiga “andar com as próprias pernas”, de acordo com sua singularidade (LANCETTI, 2006).

O debate sobre a especificidade da categoria **sujeito** permeia diversas perspectivas teóricas e, assim como todo processo conceitual, permanece em aberto, com novas possibilidades a serem exploradas. Nesta discussão, é interessante o posicionamento de Lévy (2001, p. 71), ao criticar a atual tendência idealizada que o tema do sujeito vem tomando em algumas acepções, que tentam abstrair sua “[...] dimensão irracional, imprevisível e impossível de conhecer [...]”, concebendo-o numa visão quase messiânica. Para evitar o risco da reificação dessa categoria, devemos sempre pensá-la dentro de uma condição concreta de vida e não de maneira abstrata e substancializada, culminando num “grande sujeito”, enquanto modelo para o desenvolvimento geral das pessoas. A própria questão de pensar o sujeito numa posição de tensão com o espaço social em que ele está inserido é complexa, na medida em que, como colocado acima, não existe um social abstrato, mas maneiras singularizadas de perceber e vivenciar o social. Nesse sentido, o sujeito não emerge quando ele se contrapõe e posiciona-se diante desse suposto “espaço social abstrato”, mas quando ele busca e encontra possibilidades de desenvolvimento dentro do que poderíamos chamar de um “espaço social próprio”. Esse posicionamento não repercute necessariamente num relativismo absoluto, uma vez que este espaço social próprio, ainda que seja uma produção subjetiva, mantém relações (em maior ou menor grau) com o campo de ações de várias pessoas, e não de apenas uma.

A partir do que foi exposto, podemos construir uma aproximação conceitual entre as categorias **sujeito** e **desinstitucionalização** (GOULART, 2013a). Como a desinstitucionalização remete-se à construção de alternativas à violência institucional (BARROS, 1994), por meio da superação da lógica da tutela, com vistas a novas formas de desenvolvimento e produções de sociabilidades, ela considera que a pessoa atendida é responsável pelos posicionamentos tomados em sua trajetória pessoal, seja na criação de novas possibilidades para sua vida, seja na vivência de conflitos que caracterizam seu sofrimento. Desse modo, podemos pensar que o trabalho da desinstitucionalização, ao visar a promoção social e a convivência mais tolerante em meio às diferenças, favorece a emergência da pessoa atendida enquanto **sujeito**, propondo outros caminhos que não o do enclausuramento ordinário das formas de existência que acabam banidas do convívio social (ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2006). Isso contraria a lógica das instituições tradicionais de saúde mental em dessubjetivar determinados “perfis” de usuários, sobretudo, os considerados psicóticos. O valor heurístico dessa aproximação conceitual reside nas inteligibilidades possíveis sobre as formas concretas com que o processo de desinstitucionalização repercute na vivência do sujeito. A aposta teórica é que essa elaboração



auxilie na superação de impasses institucionais atualmente em vigor, mediante construção de novas estratégias pautadas por essas inteligibilidades.

Outro conceito importante a esta perspectiva é o **modo de vida**, entendido como o sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que acabam por adquirir uma formação dominante no espectro comportamental das pessoas, de modo que algumas dessas configurações passam a existir de modo hegemônico sobre outras (GONZÁLEZ REY, 2011). De acordo com González Rey (2007), podemos dizer que o modo de vida é uma produção fundamental da subjetividade social e que cada atividade concreta de uma população expressa essa subjetividade social, por meio da emergência de sentidos subjetivos diversos. Algumas expressões do modo de vida que devem ser focos de atenção da assistência à saúde mental podem ser: as atividades físicas, o lazer, as formas de utilizar o tempo, o uso de substâncias tóxicas, o sono e o regime alimentar. De maneira geral, todas essas expressões estão indissociadas dos processos de subjetivação e, conseqüentemente, de importantes desdobramentos para a saúde. A importância dessa ênfase em atividades que não são propriamente dialógicas ocorre na medida em que a mudança delas podem se desdobrar em relevantes transformações nas configurações subjetivas relacionada ao sofrimento atual da pessoa. Isto é, “[...] o sistema de atividades humanas se configura em um sistema de organização subjetiva” (GONZÁLEZ REY, 2007, p. 195).

Caberia na atenção ao **modo de vida** das pessoas atendidas nos serviços substitutivos de saúde mental uma interessante reflexão sobre **possibilidades educativas**, o que pode ter implicações positivas no desenvolvimento dessas pessoas. A articulação saúde-educação, por meio desse conceito, expressa as possibilidades de conceber a educação numa visão alternativa à aplicação instrumental de determinados saberes, entendendo-a como o desenvolvimento de novas maneiras de produção subjetiva sobre a experiência vivida. Nesse sentido, promover ações educativas nos serviços substitutivos poderia enfatizar a socialização da cidadania e a construção de novas possibilidades de inserção social, o que difere bastante do ranço tradicional das instituições de saúde. Dessa forma, essa articulação parece-me um avanço em relação à tradicional visão de saúde voltada para a doença, ao voltar a atenção para novas possibilidades de vida. Pela estreita associação entre o sistema de atividades pessoais e a organização subjetiva, seguramente desenvolver essas novas formas de produção subjetiva também implica em alterar as ações e rotinas, que acabam cristalizadas e vinculadas subjetivamente ao sofrimento vivenciado.

Canguilhem (2004) refere-se à gradual eliminação da referência à forma de viver das pessoas como um processo generalizado e problemático no âmbito da atenção à saúde. Isso

seria um desdobramento do foco excessivo na máquina corporal, ao invés de um olhar que contemple a dimensão social envolvida nos processos de adoecimento – expressão típica do **modelo biomédico**. No entanto, o autor faz uma ressalva interessante de que, a despeito da importância de considerar o modo de vida, é abusivo confundir a gênese social de qualquer enfermidade (ou, no caso da saúde mental, podemos pensar qualquer transtorno mental) com a enfermidade mesma. Ao dizer isso, o autor parece estar se referindo à complexa relação – muito distante da linearidade – entre as influências sociais e a produção subjetiva.

Esse olhar complexo somente parece ser possível se a noção de saúde for modificada, superando a concepção mecanicista do modelo biomédico, com uma ênfase excessiva do olhar para as funções orgânicas (CANGUILHEM, 2004). Como lembra Basaglia (1985), o próprio contato com a realidade institucional evidencia diversos aspectos da “saúde” que são estranhos à doença e sua cura. Desse modo, torna-se inevitável o surgimento de questionamentos sobre as teorias técnico-científicas que sustentam o conceito de doença, bem como sobre as instituições sobre as quais tais teorias constituem suas ações terapêuticas.

Podemos dizer que a busca pela cura, com base numa visão causal e linear diante do sintoma, impediu, por muito tempo, a análise das relações entre as diversas dimensões da vida humana. A estreita relação entre educação e saúde, por exemplo, foi praticamente ignorada. De certo modo, era mais fácil ter como objetivo a “extirpação do mal”, centralizando o tratamento na cura dos sintomas, do que buscar compreender a enorme complexidade de um sistema que integra as dimensões biológica, histórica e cultural – sistema este definido aqui como **subjetividade** (González Rey, 2003, 2007 e 2011).

#### **1.4 As implicações do sujeito e da subjetividade para as definições de educação e saúde.**

Tendo em vista o sistema da **subjetividade** atuante no desenvolvimento humano, a saúde passa a ser concebida enquanto a qualidade dos processos de vida, não como um atributo que se tem ou não (GONZÁLEZ REY, 2011). Nessa perspectiva, ela é vista como uma expressão integral do desenvolvimento humano e sua promoção só pode ser concebida como resultado do funcionamento da sociedade enquanto sistema, guardando o papel fundamental das instituições em atividade (GONZÁLEZ REY, 2004b). Como destaca Pelbart (2012, pp. 11-12), em referência às ideias de Antônio Lancetti, saúde não seria a “[...]”

medrosa luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas produção de vida, arte de (de)subjetivação, potência de encontro”.

Propõem-se, assim, concepções mais matizadas, que não descrevam o processo de definição e identificação dos problemas da saúde em categorias meramente descritivas e distanciadas da vivência das pessoas que os expressam, mas como complexas negociações entre diversos atores, com resultados instáveis ao longo do tempo. Como todo processo social, a saúde passa a ser entendida em sua dimensão histórica, de modo que suas manifestações mudam com o desenvolvimento da humanidade (CAPRA, 1982). A partir dessa visão, a concepção de saúde relaciona-se com a cultura de um povo, não podendo ser definida em termos absolutos, mas ser reconhecida e descrita à medida que diferentes povos procuram defini-la e expressam suas próprias práticas em situações concretas. Assim, a saúde é situacional, isto é, está relacionada àquilo que um povo acredita ser a integralidade da vida (WILSON, 1984).

Mediante essa abertura teórica, até mesmo a relevância do termo “saúde mental” vem sendo colocada em discussão, já que se distancia da tradicional visão de uma *psique* em conexão, porém distanciada do *soma*, passando a ser impossível definir com precisão o que são fenômenos que concernem meramente à saúde somática e o que são, por exemplo, transtornos exclusivamente mentais. Como argumenta Canguilhem (2004, p. 63), a definição de saúde que inclui as dimensões do prazer e da dor enquanto referência para a vida orgânica já introduz, sem se perceber, a noção de “corpo subjetivo”, na definição de um estado humano que o modelo biomédico acredita poder descrever em terceira pessoa. Segundo o autor, o corpo vivo seria singular e sua saúde corresponderia aos poderes que o constituem, ainda que viva em situações impostas e numa relação de exposição, cuja eleição primeira ele não possui. Podemos dizer que a dimensão do **sujeito** está incluída em sua argumentação, na medida em que esse **corpo subjetivo**, ou corpo vivo, define-se pelo conjunto de poderes que possui para avaliar, representar para si esses poderes, bem como seu exercício e seus limites. Ainda que guarde a sua herança genética, está na organização de sua história e em sua ação atual a expressão **em vida** do seu fenótipo, culminando na singularização de suas capacidades.

Essa perspectiva parece trazer a vitalidade dos processos da saúde, que foram por tanto tempo concebidos enquanto inertes alterações funcionais de uma máquina. Ao ser concebida de maneira indissociada da integralidade do desenvolvimento humano, nesta perspectiva, a saúde não se fragmenta das diversas dimensões atuantes na vida humana. Assim, pensar a atenção à saúde mental por este viés é implicar permanentemente essas outras esferas nesse cuidado. Desse modo, partindo da importância das **práticas educativas** para a assistência

neste âmbito, proponho uma concepção de experiência educativa diferenciada e em estreito diálogo aos processos subjetivos enfatizados neste estudo.

Para González Rey (2009a), uma experiência possui **caráter educativo**, quando favorece o desencadeamento de novas reflexões, reações e emoções entre os participantes desse processo, de modo a estimular que eles assumam uma posição ativa dentro de um espaço social constituído por um caminho de troca, crítica e reflexão, no qual se desenvolvem tanto as pessoas implicadas, como o espaço social em questão. Nessa perspectiva, a **educação** está relacionada à construção da cidadania, mediante abertura de novas alternativas de inserção social e compromete-se com processos de mudança, reflexão e crítica da condição social, que, necessariamente, abarca a condição de saúde. É extrapolado, assim, o conceito de educação que implique necessariamente uma instituição educativa, como a escola, de modo a tornar possível a busca de possíveis pontos de abertura desse campo, que possam articular-se a outras esferas atuantes nos mais diversos contextos de vida.

Certamente, ambas as noções apresentadas nos conduz a refletir sobre as premissas utilizadas para pensar questões relativas à saúde, bem como nos favorece a promoção de alguns deslocamentos conceituais, com vistas a novas inteligibilidades. Um exemplo desse deslocamento é a própria noção polêmica e amplamente discutida de **transtorno mental**. Vale lembrar como a experiência da “loucura” foi apropriada de forma naturalizada pelo discurso biomédico, enquadrando os sujeitos em rótulos diagnósticos que se remetem unicamente aos sintomas visíveis pelos profissionais e que afastam a atenção para suas experiências singulares. O psicodiagnóstico deixou, na maioria dos casos, de ser uma referência importante para pensar formas mais adequadas de aproximar-se do outro e tornou-se uma descrição estéril, que acabou por circunscrever as potencialidades terapêuticas aos limites estanques da própria definição. Esse processo levou, inclusive, a uma lógica psicoterapêutica direcionada aos sintomas, perdendo a pessoa e suas possibilidades de tornar-se sujeito do próprio processo de desenvolvimento.

À diferença dessa concepção hegemônica de transtorno mental, concordo com González Rey (2011, pp. 21, 22) ao entendê-lo enquanto a “[...] emergência de um tipo de configuração subjetiva que impede o sujeito de produzir sentidos subjetivos alternativos que lhe permitam novas opções de vida diante dos rituais perpetuados por essa configuração, ao se tornar dominante”, sendo fonte de mal-estar para a pessoa. Ele seria caracterizado pela paralisação da pessoa diante do conflito experimentado e não seria constituído por algum tipo de configuração subjetiva que possa ser definida a priori, mas sim o resultado dos desdobramentos subjetivos singulares que se dão no curso da experiência da pessoa e em

estreita relação às diversas dimensões importantes de sua vida. Assim, para o autor, o transtorno mental não seria uma doença, mas uma configuração subjetiva atualizada em um processo de vida.

No processo de um transtorno mental, segundo González Rey (2012), a pessoa perderia, ao menos em algumas instâncias de sua vida, a sua capacidade de atuar como **sujeito** do seu desenvolvimento, pois não consegue produzir novas configurações subjetivas alternativas, comprometendo sua capacidade para refletir, decidir e negociar. Ao contrário das perspectivas racionalistas, em sua visão, o simples conhecimento não ajuda na superação dessa condição, porque o próprio pensamento é concebido como fruto de uma produção de sentidos subjetivos, que, nesses casos, longe de aparecer como uma solução para a situação, acaba por ajudar no fortalecimento do estado de sofrimento da pessoa. A racionalidade somente emerge enquanto favorecedora desse processo, quando está associada à recriação das construções imaginárias. Ou seja, ela somente se configura enquanto uma alternativa ao desenvolvimento, quando representa uma nova produção de sentidos subjetivos, e não pela objetivação de suas construções.

Dessa forma, rompe-se com uma perspectiva linear de causalidade, segundo a qual a compreensão das causas de um problema definiria a sua resolução. Nessa perspectiva, isso não se faz possível, sobretudo, porque não há causas determinantes, mas um emaranhado simbólico-emocional, que vai se desenvolvendo e se alimentando, conforme a **lógica configuracional** do desenvolvimento, culminando na cristalização de uma configuração subjetiva hegemônica. Assim, o transtorno mental emerge justamente quando a pessoa passa a sofrer nas suas ações e, no entanto, não consegue encontrar opções alternativas de subjetivação, acabando por perpetuar e até aprofundar o conflito, ao invés de reduzi-lo.

O distanciamento da ideia de patologia ocorre devido ao seu caráter padronizado e universal – o que contradiz as diferenciadas expressões subjetivas das pessoas. Ainda que dentro de um mesmo rótulo diagnóstico possamos perceber diversos elementos comuns, não podemos abrir mão da atenção às singularidades que emergem das configurações subjetivas diferenciadas e de caráter sistêmico. Dessa forma, quando passamos a compreender que, na expressão de um transtorno mental, não está implicado somente um traço psicológico isolado, mas uma complexa organização subjetiva integrada a uma rede social concreta, nossa visão das problemáticas envolvidas é transformada em grande medida (GONZÁLEZ REY, 2007).

No entanto, vale ressaltar que essa incapacidade de produção subjetiva alternativa acontece de forma indissociada das possibilidades de trocas sociais no contexto de vida da pessoa. Não representa, portanto, uma incapacidade meramente individual de adaptação a um

sistema específico de relações sociais, mas é expressão, inclusive, das próprias limitações da subjetividade social em favorecer produções de sentido subjetivo diferenciadas. Muitas vezes, a intolerância na convivência social e a falta de oportunidades de desenvolvimento social culminam em quadros de exclusão e, inclusive, na patologização de fenômenos incompreendidos. Nestes casos, aquilo que não se quer conviver de perto é amiúde marginalizado e as formas sociais de lidar com essas questões, por vezes, assemelham-se a verdadeiras punições diante de sua emergência. Inevitavelmente, isso está associado a condições de sofrimento, de dificuldades de aceitação de determinados processos no tecido social. Como bem lembra Canguilhem (2004, p. 61), a “[...] saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na discricção das relações sociais”<sup>3</sup>.

Sob essa ótica, podemos pensar que uma realidade social opressora, com práticas políticas opressoras e moralizantes, possui desdobramentos subjetivos importantes na vida das pessoas que a compõem, ainda que esses desdobramentos nunca sejam lineares, sendo produzidos de maneira imprevisível. Se não podemos, por um lado, responsabilizar totalmente a sociedade pelos desdobramentos pessoais a partir de seus fenômenos, tampouco podemos culpabilizar uma pessoa por sua condição de sofrimento, ao não conseguir lidar com as demandas sociais. É na geração de inteligibilidade sobre essa precisa articulação que a noção de **subjetividade** traz seu potencial heurístico para estudos no âmbito da saúde mental.

Ainda, é na busca por estratégias diferenciadas de ações institucionais que se faz relevante pensar sobre **práticas educativas** possíveis nos serviços de saúde mental, no intuito de favorecer a construção de processos de aprendizagem vinculados ao compromisso de transformação social. Tais práticas poderiam oferecer um contraponto interessante à institucionalização do saber biomédico ainda hegemônico no âmbito assistencial à saúde mental, pois expressam a confiança na integração e no desenvolvimento do outro, em detrimento de concepções e ações voltadas à exclusão das singularidades e terminam por outorgar um lugar de passividade e consumo àquele considerado doente e carente de recursos para lidar com sua própria vida.

Nesse sentido, diferentemente da concepção tradicional e hegemônica de práticas educativas, não me remeto a modelos calcados na aprendizagem de determinadas habilidades e manutenção de repertórios comportamentais que facilitem a adequação do indivíduo à sociedade (GUERRA, 2004), mas numa concepção de aprendizagem enquanto prática

---

<sup>3</sup>“La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (CANGUILHEM, 2004, p. 61).

dialógica, que preconiza o caráter singular desse processo para cada sujeito, de forma que este só se desenvolverá na tensão de sua produção pessoal ante a possibilidade de alimentar com suas experiências o que aprende e de alimentar também o seu mundo com aquilo que aprende (GONZÁLEZ REY, 2008). Nessa perspectiva, a educação compromete-se com processos de mudança, reflexão e crítica da condição social, que, necessariamente abarca a condição de saúde. Assim, ela se relaciona ao favorecimento da **emergência do sujeito**, mediante novas alternativas no tecido social e constitui-se em dimensão relevante a ser considerada pelas práticas assistenciais em saúde mental, podendo potencializar recursos institucionais existentes e promover outros ainda desconhecidos.

### **1.5 Clínica e educação: o olhar voltado para uma ética do sujeito.**

Nesta parte do estudo, proponho discutir alguns desdobramentos das questões levantadas até aqui para a dimensão da clínica, utilizando como substrato considerações de autores que têm se debruçado sobre o tema, visando a uma aproximação teórica com o campo da educação. De maneira geral, a intenção é continuar tecendo articulações possíveis entre o processo da reforma psiquiátrica e algumas elaborações com base na Teoria da Subjetividade, com o objetivo de pensar novas possibilidades teóricas para a pesquisa no âmbito da saúde mental.

Tanto nas discussões travadas por autores da reforma psiquiátrica, como na perspectiva da Teoria da Subjetividade, como foi explicitado acima, a própria noção de doença é questionada. Ela deixa de ser uma entidade reificada como essência, em algum espaço ontológico particular do sujeito, para se transformar no resultado da ação do homem que integra todas as dimensões de sua condição humana (GONZÁLEZ REY, 2007). Desse modo, se a doença é questionada em sua definição, como lembra Amarante (2009), a clínica também deve ser problematizada e, em certa medida, desconstruída. É nesse sentido que outras dimensões, como a educação, ganham espaço na reflexão desse cenário social.

No processo de desmontagem de algumas estruturas manicomiais, de acordo com Lancetti (2012, p. 22), ficou evidente que o manicômio e sua organização eram promotores de identidades cronificadas, passando a haver uma considerável modificação da relação entre loucura e a cidade, sua cultura e política, de maneira em geral. A partir de então, geraram-se várias clínicas, colocando em discussão e, de certo modo, culminando numa desconstrução do

próprio conceito de clínica. Segundo o autor, etimologicamente, *kliniké*, do grego, significa “[...] cuidados médicos de um doente acamado [...]” e *klínio*, “[...] inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente [...]”. No entanto, como ele argumenta, a clínica antimanicomial inverte essa lógica, na medida em que postula como seu principal objetivo, “[...] pôr as pessoas de pé”. Trata-se do que ele concebe ser a invenção de uma clínica reabilitativa, com abrangência pública e que é imanente à desconstrução manicomial. Não se trata meramente de realocar o modelo de consultório para a multiplicidade dos territórios populares, mas de construir novos conceitos e práticas associadas ao campo produtivo de vida e sociabilidade das pessoas atendidas.

Lévy (2001) também aponta para um enriquecimento da clínica, sobretudo nas últimas décadas, no qual sua concepção se amplia e se transforma consideravelmente de sua acepção médica tradicional, dentro do enquadre relativamente restrito das relações entre quem cuida e quem é objeto desse cuidado. Segundo o autor, não traduzindo meramente uma dinâmica de confrontações teóricas, essas mudanças seriam desdobramentos das transformações na representação de homem, na relação desse homem com o mundo, com ele mesmo e com os outros. De acordo com o autor, “a ênfase colocada na singularidade do sujeito visto em sua globalidade e em sua história, a implicação do terapeuta-pesquisador numa situação concreta, a meta de pesquisa de estrutura e de sentido” (LEVY, 2001, p. 19) seriam os principais eixos da abordagem clínica. Desse modo, tal abordagem não estaria limitada às “profissões de ajuda”, mas também a outras áreas das ciências humanas, extrapolando prerrogativas técnicas e metodológicas, situando-se como um posicionamento global em relação ao outro, em relação ao saber e à elaboração desse saber.

Nesse sentido, Lévy (2001) define o ato clínico como intervenção em uma situação marcada por uma crise de sentido. Mediante essa ideia, podemos dizer que a clínica de que fala o autor é bastante diferenciada das concepções tradicionais, definindo-se como uma abordagem do outro e como um posicionamento ativo do pesquisador ou do terapeuta. Corresponde assim a valores que dizem respeito à produção do conhecimento, relacionados com o saber, as técnicas e métodos específicos. Nesta argumentação, é interessante a ligação necessária que Lévy faz da clínica com a própria elaboração teórica. Segundo ele, ainda que a clínica se defina pelo posicionamento global na relação com o outro, ela não pode agir num vazio teórico.

Essa perspectiva aproxima-se, em diversos sentidos, da concepção de clínica de González Rey (2007, 2012). Para o autor, a clínica também não está restrita a um contexto específico (como ao consultório) e possui o objetivo de produções de sentidos subjetivos



alternativos aos associados ao transtorno e também é construída de maneira indissociada da produção de conhecimento do terapeuta, via processo construtivo-interpretativo. Em sua opinião, as ações terapêuticas devem estar associadas a um processo de constante formulação de hipóteses, com o objetivo de gerar inteligibilidades sobre a configuração subjetiva do problema psicológico apresentado pela pessoa. Tendo por base as hipóteses construídas, o terapeuta vai ensaiando novos repertórios de ações terapêuticas facilitadoras de novos sentidos subjetivos capazes de configurarem-se de maneira diferenciada, desdobrando-se em mudanças no desenvolvimento da pessoa.

Como afirma Lévy (2001), se a clínica pode ser definida como uma **clínica do sentido**, torna-se premente ressaltar que ela não tem, de maneira alguma, o monopólio da questão do sentido, partilhando suas influências com as dimensões da política, da religião, da educação, entre outros. Essa abertura nos conduz, como aponta o autor, para numerosas interrogações, como: qual seria a relação da clínica com as outras ciências humanas? Ela se constrói em relação a essas ciências ou em relações específicas com algumas delas? Nesse caso, com quais? Implicaria tal visão de clínica um saber interdisciplinar? Desse modo, mais do que circunscrever a definição da clínica em limites claros e estanques, Lévy problematiza o desenvolvimento dessa noção, de modo a não se furtar ao desafio de procurar articulações com outros campos do saber. Longe de querer responder a todas essas questões, que permanecem em aberto atualmente, proponho uma breve reflexão sobre articulações possíveis entre **clínica e educação**.

Como argumenta Gatti (2010), é importante lembrar que foram e são múltiplos os sentidos atribuídos à educação, compreendendo questões que vão desde o nosso corpo às nossas ideologias, em conjunto único, no entanto, em permanente processo de mudança, contradição e consolidação. Em afinidade a essa abertura teórica e à discussão realizada neste estudo, a autora postula sua própria definição:

Educação é área do conhecimento e área profissional, um setor aplicado, interdisciplinar, e o conhecimento que produz, ou deveria produzir, diz respeito a questões de intervenção intencional no âmbito da socialização, diz respeito a metodologias de ação didático-pedagógica junto a setores populacionais, com objetivos de compreensão desse agir e de seu potencial de transformação (GATTI, 2010, p. 61).

O posicionamento da autora me parece sumamente interessante no sentido de extrapolar a concepção de Educação dominante, que, muitas vezes, acaba por circunscrever os debates educacionais às instituições formais de ensino e ao conjunto de habilidades e

repertórios que supostamente são “transmitidos” nesses espaços. Nesse caso, Gatti (2010) aborda não somente o cunho interdisciplinar da educação, como o seu vínculo indissociável com a esfera da socialização e o seu potencial de transformação social. Nesses termos, tal definição nos auxilia a tecer a aproximação aqui pretendida entre clínica e educação.

Por sua vez, dentro do que foi discutido até agora, podemos conceber a clínica enquanto um processo relacional, que tem como objetivo a transformação pessoal ou grupal, mas que está indissociado de uma demanda, de um pedido de ajuda ou, como afirma Lévy (2001), de uma **crise de sentido**. Desse modo, ainda que ambos os campos (educativo e clínico) estejam vinculados a relações pessoais e a processos de mudança, podemos, contudo, pensar numa diferença importante entre esses dois conceitos apresentados: diferentemente da clínica, a educação não necessariamente está comprometida com uma crise de sentido. Não obstante, ao descentralizar a clínica do eixo da doença e desviar seu objetivo da cura para a produção do sujeito, ela indissociavelmente se remete ao favorecimento do processo de desenvolvimento humano e, por conseguinte, está imbricada numa complexidade, em que se articulam inúmeras esferas atuantes na vida da pessoa, dentre elas, a educação.

Nessa discussão, as contribuições de Gatti (2010, p. 13) novamente se fazem importantes, ao argumentar que a Educação compreende “[...] uma vasta diversidade de questões, de diferentes conotações, embora todas relacionadas complexamente ao desenvolvimento das pessoas e das sociedades”. Na medida em que se pensa a Educação de maneira indissociada do desenvolvimento humano integral (MITJÁNS MARTINEZ, 2008; TACCA; GONZÁLEZ REY, 2008), torna-se premente pensá-la enquanto dimensão relacional que tem como eixo central o favorecimento da criação de novas possibilidades de vida, com amplos desdobramentos pessoais e sociais – processos que se encontram nas relações pessoais e nas instituições em geral e não somente em determinados contextos específicos.

Parto, aqui, de uma concepção complexa de desenvolvimento humano, que não segue uma tendência evolutiva linear, mas que acontece em meio a rupturas, favorecimentos e diversos impasses. Nessa discussão, Vigotsky (2009) nos auxilia, ao argumentar sobre a relação complexa existente entre os processos de aprendizagem e de desenvolvimento. Segundo o autor, não somente podemos dizer que a aprendizagem acompanha o desenvolvimento, mas que esta pode superá-lo e projetá-lo para a frente, suscitando novos processos e desdobramentos. Dessa forma, se o trabalho clínico visa ao favorecimento do desenvolvimento humano, pode-se falar, também, que ele se associa a aspectos educativos, extrapolando e transformando a dimensão tutelar tradicionalmente hegemônica.

Nessa perspectiva, é importante que as instituições de saúde estejam atentas à criação de espaços sociais que se dão espontaneamente entre as próprias pessoas atendidas e, inclusive, que favorecem esses processos, pois neles também reside a possibilidade de novas produções subjetivas e novas formas de colocar-se na vida. Nesses espaços de convivência, também se faz presente a dimensão educativa institucional, ainda que eles não tenham uma representação clara nas instituições de saúde. A centralidade da figura do terapeuta nos serviços de saúde parece ser expressão de que as transformações somente ocorrem sob tutela profissional, prescindindo da capacidade geradora das pessoas atendidas.

De modo geral, potencializar os aspectos educativos na clínica implica ouvir a pessoa atendida e criar estratégias com base no diálogo estabelecido, de modo a incluir o usuário enquanto partícipe fundamental da construção do próprio tratamento, saindo da posição de quem apenas é governada pelos “detentores do saber”. Isso pode favorecer a transformação dessa realidade, o que parece ser fundamental para a construção de uma atenção efetivamente pautada pelas noções de **desinstitucionalização** e **complexidade**, anteriormente discutidas.

Para Lévy (2001), a ênfase do trabalho na questão do sentido se dá na tensão entre um passado findo e um presente que é vivo e enigmático. Daí, resultaria o sentido, não sendo ele uma precisa resposta, mas uma nova pergunta, criando condições para um devir possível. Podemos pensar que o sentido de que fala o autor guarda semelhanças com a noção de **sentido subjetivo** tal como concebida por González Rey (2007, 2011, 2012). Também para este, as ações terapêuticas não estão voltadas para a representação do conflito, mas para a mudança da pessoa, que ocorre como resultado de novas produções de sentidos subjetivos que são favorecidas pela relação terapêutica. Essa mudança realiza-se de maneira indissociada dos contextos de vida da pessoa, ou seja, não seria possível pensar, sob essa perspectiva, numa terapia fora da vida da pessoa que sofre; daí, as críticas às teorias que se furtam ao desafio de buscar o singular e acabam por elaborar suas ações, com base numa suposta gênese universal dos transtornos mentais. Essa perspectiva parece estreitamente afinada à concepção de educação trabalhada aqui.

Nesse sentido, a mudança terapêutica, de que fala González Rey, é estreitamente vinculada à emergência da pessoa enquanto **sujeito** – o que pode ocorrer por meio de ações conversacionais e também de outros tipos, implicando permanentemente o **modo de vida** da pessoa, como o início de uma rotina de exercícios físicos, a realização de leituras, mudanças na forma de se organizar temporalmente no cotidiano etc. Ainda que essas mudanças ocorram em diversos âmbitos da vida da pessoa, todas essas opções ganham novos sentidos subjetivos dentro do espaço dialógico da comunicação terapêutica. Nessa trama é que essas ações

poderiam enfatizar processos educativos, ao relacionarem-se e poderem se desdobrar em novas produções subjetivas. Da nova configuração subjetiva que se forma na relação terapêutica, podem surgir novos momentos de reflexão, emoções e diversas iniciativas em sua vida, que podem repercutir de maneira muito importante na recuperação da condição de produzir alternativas subjetivas frente aos acontecimentos da vida. Podemos dizer que, da pessoa que antes parecia fixada no transtorno, emerge o **sujeito** da relação terapêutica, com novas possibilidades de desenvolvimento dentro da sua esfera de ação.

Para alcançar isso na relação terapêutica, é preciso flexibilizar os métodos empregados para aproximar-se da pessoa atendida. Não se trata de outorgar a existência de um *setting* rigidamente estabelecido, de forma independente das especificidades daquele que é atendido, mas de buscar sempre maneiras criativas de fazer a clínica ir ao encontro daquele que precisa. De acordo com Campos e Amaral (2007), o fazer clínico que se propõe à flexibilização diante da heterogeneidade dos casos concretos atendidos deve se basear na reconstrução permanente do seu trabalho, segundo o que os autores chamam de "neo-artesanato" (p. 852). Nessa perspectiva, a finalidade do trabalho clínico altera-se substancialmente, ao enfatizar a produção de saúde e processos educativos, ampliando o grau de autonomia dos usuários. Em outras palavras, trata-se de uma clínica que se volta para uma **ética do sujeito** e não do procedimento (GONZÁLEZ REY, 2011): é a relação terapêutica que deve ser pautada pelo sujeito, e não o contrário.

Lancetti (2012) nos oferece diversas contribuições dessa clínica em movimento, a qual ele chama de **clínica peripatética**. Trata-se da clínica praticada em movimento, que não se define pela reclusão dos espaços convencionais, criando novas formas possíveis para o vínculo terapêutico, bem como inaugurando alternativas de conexão com os mais diversos fluxos da cidade e da cultura. Dentro da discussão sobre a reforma psiquiátrica, o autor afirma que o “[...] terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta” (p. 104). Essa visão me parece um convite interessante na busca por uma clínica que consiga dialogar com a complexidade da constituição da subjetividade, pois é uma clínica que – tal qual a subjetividade – vê-se em constante transformação, aberta para novas tentativas diante de suas próprias limitações.

De acordo com Basaglia (1985), a relação que pode ser considerada terapêutica libera diversas dinâmicas que em nada se relacionam com o que é considerado “doença”, mas que, mesmo assim, têm uma importante função em relação a ela. Esse fenômeno ressaltado por Basaglia parece ser uma expressão interessante da **lógica configuracional** do

desenvolvimento, tal como explicado anteriormente. É interessante o posicionamento do autor de que as próprias consequências das doenças variam de acordo com a abordagem adotada em relação a ela. Ou seja: “[...] o problema não é a doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de **determinar qual tipo de relação se instaura com o doente**” (p. 107, grifos do autor).

Nessa lógica, faz-se fundamental questionar os desdobramentos de uma relação “terapêutica” que se volta sobretudo para a carência de recursos do outro. Esse tipo de relação de certa forma naturalizada nas práticas institucionais é também responsável pela cronificação do lugar social da exclusão daqueles que são atendidos. De maneira alternativa, uma relação educativa nesse contexto se orientaria pelo desenvolvimento de recursos facilitadores da constituição de novos espaços sociais, favorecendo a emergência de novas produções subjetivas associadas à mudança. Nesse processo, é que se faria presente a articulação entre educação, saúde mental, desenvolvimento humano e cidadania.

Nesse sentido, González Rey (1997) e Neubern (2006) colocam uma questão interessante para pensarmos: deveriam mesmo as práticas clínicas que se mostram fecundas se ajustarem ao modelo de ciência ainda dominante, ou é o modelo de ciência que deveria buscar novas bases epistemológicas que abarquem as inovações da clínica? Coloca-se, assim, o desafio urgente de recriar as práticas clínicas sobre outras bases, numa concepção que privilegie outras formas de cuidado, mediante favorecimento do potencial da subjetividade, afastando-se da noção central de consultório, ao colocar a cura como objetivo central. Assim, abre-se espaço para pensar a dimensão educativa no trabalho clínico, trazendo ao centro das práticas e discussões aspectos historicamente relegados a permanecerem obscurecidos, como o modo de vida e as relações de poder implicadas nas dinâmicas sociais. Pensar sobre essas questões e transformar as ações cotidianas com base em elaborações pertinentes a esses questionamentos não é, portanto, apenas questionar o estatuto da pessoa atendida e de quem a atende, senão questionar os meios sociais que dispomos e podemos criar com vistas a transformações sociais fundamentais em nosso tempo.

## **1.6 Alcances e desafios do dispositivo CAPS na reforma psiquiátrica brasileira: construindo o problema de pesquisa.**

Nesta parte do estudo, busco, primeiramente, apresentar o principal dispositivo da reforma psiquiátrica no Brasil – o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse sentido, a intenção é tecer considerações sobre alguns alcances conquistados mediante sua implementação, bem como apontar impasses presentes na atualidade que acabam por limitar suas potencialidades. Em segundo lugar, com base nesses desafios levantados, proponho o objeto de pesquisa a ser abordado por este estudo. Como será explicitado, será no contexto de um CAPS que desenvolverá a parte empírica desta dissertação.

A definição oferecida pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2004, p. 9) traz o seguinte:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia [...]. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Dessa forma, o CAPS é concebido como um serviço substitutivo às instituições psiquiátricas, cujo funcionamento pressupõe a busca pelas potencialidades dos recursos territoriais à sua volta, de modo que todos esses recursos estejam incluídos na assistência prestada. Mediante isso, a reabilitação social pode até ocorrer a partir do CAPS, porém necessariamente sempre em direção ao território existencial das pessoas atendidas. Este seria, segundo Lancetti (2012), o caráter paradoxal de um CAPS, pois sua prática ocorre, simultaneamente, dentro e fora do serviço de saúde – nos territórios geográficos e existenciais das pessoas atendidas. Residiria na aceitação desse caráter paradoxal, a grande aposta das equipes dos CAPS, no que diz respeito às suas potências para produzir saúde, incluindo a saúde dos profissionais do serviço.

Vale ressaltar que entendo o conceito de reabilitação social enquanto um processo de reconstrução do exercício de cidadania, bem como a recuperação da capacidade de realizar trocas sociais nos diversos cenários da vida cotidiana da pessoa (LANCETTI, 2012; SANTIAGO, 2009). Não se trata, portanto, da perspectiva criticada por Alverga e Dimenstein (2006) de uma reabilitação social associada à norma, à razão e à institucionalização. Como

aponta Guerra (2004, p. 88), a ideia não seria potencializar uma reabilitação psicossocial que "[...] subtrai o sujeito em nome de uma lógica produtiva maior que aquele [...]", mas que leve em consideração a dimensão política e social desse processo, em termos da capacidade contratual de cada pessoa. Nesse processo, o que acredito ser possível seja favorecer, mesmo diante de intensas dificuldades e sofrimento, que o **sujeito** emergja na potencialização de seus próprios recursos, com vistas à criação de novas possibilidades de estar no mundo.

No contexto aqui abordado, considero que a pessoa atendida se torna **sujeito** de seu próprio tratamento nos momentos em que ela se coloca de forma ativa, não se submetendo ao rótulo de seu diagnóstico, nem assumindo uma posição passiva com relação aos preceitos técnicos a serem cumpridos neste processo. Assim, ela se torna mais potente na criação de alternativas para seu desenvolvimento, produzindo novas possibilidades que não engessam o seu campo de ação no mundo. Desse modo, esse processo passa a ser o palco de exercícios que favoreçam a promoção de sua saúde, cenário de seu engajamento na vida – o que vai muito além de uma luta travada contra o transtorno mental.

Concordando com as palavras de Guerra (2004, p. 93):

Há sempre uma possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito nos ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável.

Nesse sentido, como ficou explícito no tópico “Subjetividade e sujeito: novas alternativas para a pesquisa no contexto da saúde mental” (p. 26), o conceito de **sujeito** não é aqui entendido de maneira abstrata, mas somente pode ser pensado de acordo com as condições concretas de vida da pessoa. Desse modo, uma mesma ação pode expressar uma condição da emergência do sujeito para uma pessoa num determinado momento e pode representar a manutenção do sofrimento a ser superado para outra. O que varia, nesse caso, é a configuração subjetiva dessa ação, que emerge dentro de uma trama de vida e não como consequência objetiva de uma atividade realizada.

Voltando à discussão dos CAPS, como argumenta Santiago (2009), os desafios desses serviços substitutivos são enormes, pois ter como foco o **território existencial** da pessoa atendida já pressupõe a mudança do lugar social da loucura numa sociedade que sempre optou por sua marginalização. Além disso, pressupõe transformar as relações estabelecidas desses serviços inovadores, que devem acontecer, a partir de agora, entre pessoas, e não mais com doenças. Desse modo, o desafio está na construção de um lugar de acolhimento, trocas sociais

e cuidados, em substituição às instituições de exclusão e violência, que caracterizaram por tanto tempo os manicômios.

Os diferentes tipos de CAPS variam de acordo com a estrutura física, quantidade de profissionais, diversidade das atividades oferecidas e especificidade da demanda. Os CAPS I e CAPS II oferecem atendimentos diurnos a pessoas com transtornos mentais graves, variando de acordo com o tamanho da população assistida. Enquanto o primeiro destina-se a populações de até 70 mil habitantes, o segundo, a populações de 70 a 200 mil habitantes e ainda pode haver um terceiro turno (fora o matutino e vespertino) até às 21 horas. Os CAPS III também oferecem atendimentos a pessoas com transtornos mentais graves, mas são serviços que funcionam 24 horas por dia e atendem a populações de mais de 200 mil habitantes. Os CAPSi oferecem atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais; e, por fim, os CAPSad oferecem atendimentos para usuários de álcool e outras drogas, podendo possuir leitos de repouso, com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004). Como será mais detalhado na parte metodológica deste trabalho, o cenário de pesquisa para este estudo é um CAPS II, localizado no DF.

Mediante a formalização dessas transformações enquanto políticas públicas estruturadas, pudemos assistir a importantes avanços na assistência à saúde mental, levando à problematização e parcial superação de impasses até então insolúveis. Teixeira Junior, Kantorski e Olschowski (2009), em pesquisa realizada sobre as vivências dos usuários nos CAPS e a importância que estes atribuem à assistência oferecida nesses serviços, apontam que os relatos de usuários que vivenciaram essa mudança de modelo assistencial permitem concluir que os CAPS, mediante suas estratégias inovadoras, representaram locais de experimentação para a concretização de práticas geradoras de sentido e produtoras de vida.

Pande e Amarante (2011) também apontam para alguns avanços significativos da atenção oferecida aos usuários do CAPS, em comparação ao tratamento manicomial. Dentre esses avanços, estão a diminuição de tempo e frequência das internações, melhor qualidade dos serviços prestados e menor hierarquização na relação entre profissionais e pessoas atendidas. Ademais, os autores apontam para a relevante diferença entre os ideais de cuidado do CAPS e o dos hospitais psiquiátricos, na medida em que práticas amiúde violentas foram substituídas por uma espécie de **proteção** dos técnicos em relação aos usuários.

Entretanto, ainda segundo Pande e Amarante (2011), em diversos casos, a permanência prolongada dos usuários no serviço, justificada por uma excessiva proteção, pode ser interpretada enquanto desdobramento da infantilização atribuída a eles, culminando por fim em sobrecarga e dependência em relação ao serviço existente. Os autores destacam



que uma dificuldade muito presente na realidade dos CAPS e que se desdobra nesse impasse é a carência de ações mais integradas ao território existencial dos usuários, de maneira a evitar uma centralização nas próprias atividades do serviço. Desse modo, na maioria das vezes, essas ações são relegadas a iniciativas individuais, em detrimento de um caráter estratégico coletivo. Bichaff (2006) também parece de acordo, ao argumentar que, embora as estratégias traçadas pela equipe estejam afinadas aos princípios propostos para os serviços CAPS, no que se refere aos cuidados assistenciais das pessoas atendidas, elas se encontram divergentes desses princípios quando se trata de estratégias territoriais que extrapolem os muros do serviço.

Mediante isso, podemos pensar que práticas sob a fachada do cuidado podem encobrir formas problemáticas de relacionamento com o outro e acabar exercendo um imperativo de higiene social (PELBART, 2012), que em muito se assemelha às práticas de controle das instituições manicomiais. Em outras palavras, parto da premissa de que **cuidado não é proteção**. Nesse sentido, parece pertinente a análise de Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), ao argumentarem que as novas configurações institucionais, frutos da reforma psiquiátrica, têm tendência muitas vezes a se especializar em determinados “tipos de pacientes”, promovendo atividades que levam à desospitalização, mas não necessariamente a um gradual e complexo processo de desinstitucionalização da pessoa atendida. Nessa perspectiva, essas instituições mantêm uma lógica manicomial, ao favorecerem a dependência do usuário em relação ao serviço. O surgimento desses novos serviços estaria relacionado, então, ao que os autores chamam de uma **nova cronicidade**.

Assim, sustentando de alguma forma essa lógica manicomial, os profissionais dos serviços substitutivos acabariam, sem se darem conta, reproduzindo a **institucionalização** e negando, em última instância, os princípios básicos do movimento da reforma psiquiátrica, do qual em tese fazem parte. Podemos dizer que tais formas manicomiais de expressão não dizem respeito concretamente aos muros hospitalares, mas notadamente às relações pessoais desenvolvidas, mediante produções subjetivas que se atualizam também em outros contextos. Esse quadro parece culminar em formas ainda muito enrijecidas de lidar com o outro, numa aproximação mais clara do controle pela força (ainda que seja uma força simbólica), do que do cuidado com vistas à autonomia das pessoas atendidas. Em afinidade à noção de educação trazida anteriormente (GATTI, 2010; GONZÁLEZ REY, 2008; MITJÁNS MARTINEZ, 2008), é possível dizer que, nesse sentido, os serviços substitutivos de saúde mental não cumprem sua **função educativa** na vida de muitas pessoas atendidas, uma vez que a

dimensão da construção da cidadania não é colocada no centro, dificultando o processo de reabilitação social e afastando-se da criação de alternativas à cronicidade.

Acredito que um dos agravantes para a manutenção desse quadro de dificuldades na potencialização dos alcances dos CAPS seja a confusão entre princípios norteadores da reforma psiquiátrica e concepções e práticas profissionais ainda cristalizadas do modelo biomédico. Segundo Lucchese e Barros (2009), isso pode ser um desdobramento da formação dos profissionais, que ainda é calcada neste modelo de assistência à saúde – questão destacada, também, por Alverga e Dimenstein (2006), ao falar dos problemas na qualificação profissional. Lucchese e Barros (2009) destacam a contradição de não priorizar a responsabilidade e a criatividade na formação do profissional e depois exigir do mesmo autonomia e inovação no cuidado com o outro. Nesse sentido, Rosa e Lustosa (2010) argumentam sobre a necessidade de enfrentarmos a fragmentação do saber, assumindo um exercício de crítica permanente e capaz de avaliar os limites e as possibilidades da formação profissional na cena contemporânea.

Ainda sobre a formação, acredito também que um ponto importante a ser refletido seja a visível mercantilização do trabalho na esfera da saúde. Algumas profissões parecem eleitas como formas de enriquecer financeiramente, o que ocorre, em geral, mediante entrada em grandes empresas, coordenadas por poderosos grupos, trabalhos em clínicas particulares, ou mesmo nos consultórios particulares. Nesse contexto, muitas vezes, são estabelecidas fortes dinâmicas de alianças entre o interesse público (muitas vezes, corrompido pelos representantes políticos) e o interesse privado, com relevantes impactos políticos na atenção em saúde, de modo geral. Em outras palavras, a dimensão da saúde parece antes se tornar um negócio com vistas ao lucro do que um direito universal a ser garantido. Diante dessa realidade, podemos nos perguntar: qual seria o espaço existente dentro desse jogo poderoso de interesses para priorizar formas assistenciais à saúde pautadas pela promoção social? Uma expressão dessa problemática realidade é Brasília, que possui uma das maiores rendas per capita do país e, no entanto, tem um dos piores sistemas de saúde nacionais.

Especificamente no âmbito do DF, a situação atual parece ser ainda mais desfavorável do que em grande parte do país. Isso fica claro ao analisarmos o último relatório “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2012), no qual o DF aparece em **último** lugar no ranqueamento das Unidades Federativas do país, em termos de cobertura dos CAPS. Vale ressaltar que, no relatório realizado cinco anos antes (BRASIL, 2007), o DF estava na penúltima colocação, à frente apenas do estado do Amazonas. Estudos como os de Santiago (2009) e Zgiet (2010) dão maiores detalhes desse processo, apontando a prevalência de uma atenção

predominantemente asilar no DF, com dificuldades de implantação dos serviços de atenção psicossocial preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental.

Atualmente, podem ser vistos esforços interessantes no sentido de construir mais serviços e ampliar a contratação de profissionais. Todavia, a cobertura e a qualidade da rede de saúde ainda permanecem precárias e muito há que ser feito para reverter essa situação.

Acredito que essa limitação dos serviços repercute sobremaneira na dificuldade atual dos CAPS em promover um trabalho efetivamente pautado pela lógica da desinstitucionalização (GOULART, 2013b). Mediante essa dificuldade, torna-se problemática a construção do processo de alta institucional junto às pessoas atendidas, sobretudo em relação àquelas com destacada fragilidade emocional e carência de vinculação social (GOULART, 2013a). Assim, quando a alta acontece, muitas vezes ela é feita sem uma preparação, ou sem o que podemos chamar de **cuidado para além das fronteiras** do serviço. Nesses casos, a vivência da alta como uma forma de abandono é frequente, assim como também é recorrente a volta do usuário ao serviço após uma nova crise. Essa dificuldade pode ser entendida enquanto expressão da complexidade envolvida nesse processo, imiscuindo não somente os recursos técnicos dos profissionais de saúde implicados, mas toda a rede social das pessoas atendidas, com suas potencialidades e limites. É nesse sentido que se faz fundamental um acompanhamento institucional que respeite as limitações da cidadania dessas pessoas – lacuna da qual os **processos educativos** deveriam estar mais apropriados e não somente o escrutínio da saúde.

Uma expressão recorrente desse quadro no cotidiano dos CAPS é a permanência de alguns usuários nas atividades terapêuticas da instituição por diversos anos, contrariando a idealização dos CAPS, enquanto serviços que ajudam no processo de reconstrução de laços sociais, familiares e comunitários, com vistas ao desenvolvimento gradativo da autonomia da pessoa atendida e que não desenvolvam a dependência do usuário (BRASIL, 2004). Em diversos casos, pessoas atendidas mantêm por muitos anos o CAPS como único espaço social em que são mantidas relações pessoais e atividades fora de casa. Nesses casos, a **institucionalização** do usuário é inevitável e o papel emancipatório a ser cumprido pela instituição se vê comprometido em grande medida. Inevitavelmente, essa situação, somada à grande demanda por assistência em saúde mental na população, culmina em frequentes quadros de inchaço dos serviços.

O processo de construção da alta institucional do CAPS é aqui considerado como uma etapa fundamental para compreender os alcances e os limites institucionais de maneira geral, pois a forma como é pensada a saída do usuário do serviço pode ser concebida como

desdobramento de toda a lógica da assistência. Trata-se de um processo delicado, que pode exigir o enfrentamento de inúmeros desafios, tais como: conquista da independência dos frequentes recursos terapêuticos institucionais, retomada de um vínculo empregatício no mercado de trabalho, enfrentamento de preconceitos diversos em relação ao transtorno mental, maior tempo de convivência com os familiares e inserção em outras redes sociais (GOULART, 2013a).

Como argumenta Basaglia (1985), as transformações que propõem a reforma psiquiátrica destituem-se de importância social se não forem acompanhadas de uma mudança daquilo que a pessoa com transtorno mental encontra na sociedade, ao receber alta do serviço especializado: o trabalho que não consegue, as relações pessoais que o rejeitam, as circunstâncias sociais que, muito longe de promoverem a sua reabilitação social, acabam por favorecer o seu retorno à assistência em saúde mental intensiva. É nesse sentido que promover uma atenção pautada pelos princípios da reforma psiquiátrica é também buscar meios para desinstitucionalizar o social e, no caso da própria assistência, criar alternativas para desinstitucionalizar as rígidas barreiras existentes entre as especialidades profissionais. Nesta perspectiva, o trabalho no âmbito da saúde mental amplia seu escopo e pode passar a ser construído em afinidade à complexidade com que a própria saúde mental é promovida, ou desfavorecida, no cotidiano concreto da vida das pessoas. Isso implica articulações entre dimensões amiúde consideradas dissociadas desse trabalho, como a cultura, o trabalho, a política e, com particular ênfase neste trabalho, a educação. Nesse sentido, uma questão parece pertinente nessa discussão: de que modo o acompanhamento profissional realizado nesse momento pode facilitar a construção da cidadania das pessoas atendidas, favorecendo seus processos de reabilitação social?

Respostas possíveis para esta questão talvez devessem ser mais bem trabalhadas, pautando transformações institucionais frente aos impasses atualmente vivenciados. De modo geral, ainda é perceptível a marcante presença da naturalização das relações terapêuticas em alguns processos, de modo que o papel de “doente mental” relegado pelo profissional ao usuário se cronifica (PANDE; AMARANTE, 2009; ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001). Como aponta Lancetti (2012), nesses casos, a premissa parece ser que não são os terapeutas os que precisam procurar novas estratégias clínicas em favor dos usuários, mas são as próprias pessoas atendidas que devem adaptar suas demandas às ofertas do serviço. Na opinião do autor, o maior problema de um CAPS seria esta adaptação dos usuários às especialidades e aos modelos terapêuticos aprendidos com os próprios terapeutas.

Nesses casos, o que fica evidente é a existência de uma rigidez institucional, que espera a pessoa atendida se adequar aos seus padrões de relações e serviços, ao invés do esforço de ir ao encontro das necessidades individuais de cada pessoa atendida. É esse processo que será discutido e problematizado neste estudo enquanto **institucionalização**. Nesse sentido, o intuito é buscar compreender de que forma esse processo está configurado subjetivamente nas pessoas atendidas e na instituição de modo geral, com ênfase para o tratamento de pessoas consideradas pela equipe enquanto aptas para a construção do processo de alta institucional e que, não obstante, ainda guardam destacadas dificuldades para construir redes territoriais alternativas ao serviço assistencial.

Compreender como se dão as produções subjetivas em relação à institucionalização não é estudar como esse processo é pensado conscientemente, mas sim como ele é **vivenciado** pelas pessoas atendidas, a partir de suas produções de sentido subjetivo tanto no espaço social institucional, como nos diferentes contextos que compõem sua vida. Segundo González Rey (2011, p. 105), o valor heurístico de estudar as configurações subjetivas no âmbito da saúde mental é precisamente não dissociar a trama concreta de vida de uma pessoa dos processos que acabam por culminar na situação de sofrimento – o que supera a ainda hegemônica tendência de reificação do transtorno mental. Em suas palavras, “[...] diferentemente do conceito de patologia, o conceito de configuração subjetiva nos permite enxergar o mal-estar da pessoa como parte de um processo vivo e diferenciado, que representa um sistema em processo, e não uma condição da pessoa”.

Acredito, assim, que estudos nessa direção compõem uma profícua maneira de possibilitar novas inteligibilidades sobre esse processo, o que poderia favorecer questionamentos sobre as estratégias empreendidas, dando visibilidade aos desafios ainda por serem superados. De maneira geral, poderia possibilitar maior dinamização dos atendimentos realizados nos CAPS e, por outro lado, repercutir de maneira muito significativa na promoção de uma atenção mais integral e atenta às necessidades pessoais de quem é atendido.

Do ponto de vista da educação, trata-se de abrir novas possibilidades de refletir os processos educativos em contextos que extrapolem a circunscrição das instituições formais e tradicionalmente relacionadas a esse campo. Além disso, busca-se arquitetar novas alternativas teóricas, na construção de um pensamento que não associe educação à transmissão de conhecimentos, mas que a conceba enquanto favorecedora de processos de subjetivação ligados ao desenvolvimento integral do ser humano, incluindo inevitavelmente as dinâmicas institucionais presentes na sociedade. Por outro lado, trata-se de expandir essa reflexão também no âmbito da saúde, extrapolando discussões limitadas a apenas

determinadas áreas do saber, buscando novas articulações que promovam a superação do paradigma da tutela e da patologia nos serviços assistenciais de saúde pública.

De modo geral, coloco-me favorável às mudanças implementadas legalmente pelas políticas frutos da reforma psiquiátrica. No entanto, como não poderia ser diferente, vários desafios persistem e a busca aqui é justamente possibilitar reflexões que favoreçam a concretização da idealização formal em práticas cotidianamente desenvolvidas. Na mesma linha em que argumenta Barros (1994) em relação ao manicômio, o intuito de pesquisar o contexto de um CAPS, no DF, não é o de buscar compreender temáticas circunscritas aos limites de uma especialidade, ou de apenas um serviço, mas o de refletir sobre aspectos que nos permitam enriquecer o debate sobre o papel das instituições na sociedade assistencial contemporânea, da qual essa instituição específica é uma espécie de metáfora. Nesse sentido, problematizar as relações pessoais a partir desta pesquisa é também questionar os limites e os alcances das relações humanas presentes na sociedade atual.

De modo geral, acredito que esse tipo de pesquisa pode favorecer o debate sobre a atenção em saúde mental, num contexto em que a maioria das pesquisas, como aponta Zgiet (2010), ainda são centradas na medicalização e no corpo biológico. Concordando com a autora, esforços alternativos a essa tendência hegemônica poderiam contribuir para a formação e capacitação dos trabalhadores na esfera da saúde mental, que ainda parecem distanciar o respeito à diferença e a cidadania de sua prática profissional. Dessa forma, podem contribuir com a **construção de uma atenção à saúde mental pautada pela ética do sujeito, da desinstitucionalização e da cidadania.**

Podemos pensar, portanto, que não é por lei que as transformações idealizadas vão se concretizar nas relações humanas cotidianas, já que as produções subjetivas atuais extrapolam as intenções e as formulações abstratas sobre formas de cuidado na saúde. Assim, é preciso estarmos atentos para o que acontece no dia a dia, percebermos os entraves e dificuldades para implementarmos mudanças substanciais ainda distantes e, também, identificarmos quais são os alcances e potencialidades do que já está sendo feito hoje. Afinal, é isso que nos conduzirá ao que ainda está por vir. Por enquanto, atualmente, muito permanece do antigo modelo vigente e em vários sentidos podemos seguramente dizer que ele continua dominante.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender produções subjetivas associadas à institucionalização no contexto de um CAPS do DF, tendo em vista processos terapêuticos marcados por destacadas dificuldades na construção da reabilitação social.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- 1) Explicar aspectos da relação entre o processo de institucionalização, a lógica biomédica de assistência à saúde e a educação;
- 2) Compreender configurações subjetivas do tratamento por parte de usuários marcados por um processo de institucionalização;
- 3) Avançar na compreensão de configurações subjetivas do processo de alta institucional por parte destes usuários, atentando também para as formas de os profissionais do serviço lidarem com esse processo;
- 4) Compreender elementos da configuração subjetiva social do processo de institucionalização no âmbito do serviço pesquisado;
- 5) Avançar na explicação de estratégias institucionais afinadas ao processo de desinstitucionalização, com ênfase para a articulação entre educação, saúde mental, modo de vida e desenvolvimento integral das pessoas atendidas.

### 3 CAPÍTULO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

#### 3.1 Epistemologia Qualitativa: debates, princípios e desdobramentos para a pesquisa.

Nesta pesquisa, foi utilizado o método construtivo-interpretativo, apoiado na Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY, 1997, 2005b), que concebe a produção de conhecimento enquanto processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico. É importante ressaltar que essa teoria epistemológica foi elaborada a partir dos desafios oriundos da pesquisa científica sobre o tema da subjetividade. Desse modo, foi necessário pensar novas formas de investigação que conseguissem dar visibilidade teórica às dinâmicas subjetivas.

Essas novas possibilidades de construções não se deram de maneira isolada, mas inserem-se num amplo debate epistemológico e ontológico na ciência, que tem promovido uma série de transformações, desde meados do século XX. Nesse processo, algumas noções caras à modernidade foram profundamente questionadas, como a continuidade, o processo e a generalização, de modo que as dimensões da ruptura, do momento e da singularidade ganham visibilidade diferenciada. Para além da discussão do que seriam essas dimensões em si, a questão se coloca na relação que o pesquisador estabelece com elas.

A abertura para que a novidade seja integrada na pesquisa científica passa a ser premissa básica para a construção de um pensamento qualitativamente diferenciado, comprometido com a realidade à qual nos remetemos. Isso implica numa noção de método estreitamente relacionado às definições teóricas que o sustentam, de modo que a própria elaboração metodológica objetiva dar suporte e ampliar tais definições teóricas no campo de investigação. Assim, o método é gerado, de certa maneira, pela teoria e, em sua consecução, ele regenera e auxilia na transformação teórica.

É próprio de uma mentalidade fundamentalmente moderna a crença de que o conhecimento técnico e científico se acumula, num processo, por assim dizer, evolutivo, de forma que a cada nova descoberta mais apreendemos da realidade que nos é apresentada. Nesse sentido, podemos inclusive pensar num extremo utópico no qual a humanidade não teria mais o que inventar ou descobrir; uma época em que o ser humano seria detentor dos saberes fundamentais da existência e da natureza – espécie de apogeu da racionalidade –, tendo como marca o alcance máximo e universal do controle e da predição.



Essas premissas têm sido amplamente questionadas (BACHELARD 1934/1978; GONZÁLEZ REY, 1997, 2003, 2007; KOCH, 1981; MORIN, 2005; NEUBERN, 2004, 2009) e consideradas bases de raciocínios falaciosos, especialmente se pensarmos que o saber científico não é o único que se apresenta e nem sequer pressupõe uma garantia de qualidade inerente, estando a bem dizer limitado por suas condições históricas e constantemente imbricado num processo complexo de jogo de poder no qual determinados enunciados são legitimados como confiáveis e outros não. Nessa trama, podemos dizer que muito do que foi conseguido na ciência se deu pelo uso da força e não pela lógica e pela discussão (NEUBERN, 2009). Ora, se há quem legitime esse suposto saber científico, também podemos colocar em discussão a legitimidade do legitimador. Essa é uma pergunta central colocada por Lyotard (1988, p. 14): “quem decide o que é saber, e quem sabe o que convém decidir?”. Em outras palavras, a questão colocada é: quem decide o que é um “saber confiável” está preparado para realizar tal decisão?

Nessa atribuição valorativa entre o que é e o que não é legítimo, podemos seguramente afirmar que quem decide o que é saber também deve decidir sobre o que é justo. Isto é, o processo de legitimação do conhecimento está estreitamente relacionado às dimensões da política e da ética e, assim, podemos pensar numa união inseparável que se instaurou na modernidade entre razão, ciência e capitalismo. Mediante tal perspectiva crítica, rompe-se com a visão ingênua de que o conhecimento é uma entidade autônoma que coordena seus esforços sempre no sentido de uma melhor e mais evoluída humanidade. É de extrema relevância colocar essa problemática levantada em foco e entender que **discutir as condições do saber é também colocar em debate que sociedade queremos construir**. Concordando com Lyotard (1988), não se pode entender o estado atual do saber se não conhecermos a sociedade na qual ele se insere, de maneira que mais do que nunca conhecer alguma coisa é primeiro escolher a maneira de interrogá-la, já que é a partir das perguntas elaboradas que se abre a possibilidade de trilhar um caminho compreensivo, produzindo eventuais respostas.

Esse posicionamento se alinha ao princípio de que não devemos conceber qualquer conceito de forma desvinculada de seu compromisso social (GONZÁLEZ REY, 2011). Partindo do impacto que possui o conhecimento científico nas concepções acerca do mundo em que se vive e nas práticas sociais constituídas a partir das diversas situações vivenciadas, podemos dizer que a construção dos conceitos ocorre de maneira inevitavelmente associada ao modo com que estamos engajados na transformação da realidade à qual nos remetemos. Essa construção não acontece a bel prazer do pesquisador, devendo guardar a todo instante a

abertura para a confrontação da realidade que se apresenta em relação ao conhecimento produzido.

Stengers (2008) ressalta que a principal praga do pensamento moderno é a clivagem entre o que é objetivamente natural e o que é subjetivo (humano). Tal busca por um isomorfismo do conhecimento em relação à realidade seria ilusória e formuladora de más questões. A provocação colocada por ela quer problematizar aquilo que facilmente tomamos por certo.

Por sua vez, Lyotard (1988, p. 23) pontua que acreditar em que o conhecimento possa trazer algo de inovador para a sociedade, guiando em certo sentido seu desenvolvimento, já é acreditar que esta “[...] não perfaz um todo integrado e continua a ser perturbada por um princípio de contestação”. Concordando com o autor, as escolhas referentes aos rumos das pesquisas científicas fazem referência certamente com o que se espera desse conhecimento. Nessa trama, um cuidado importante a ser tomado é que o conhecimento, se totalmente apropriado pelo interesse de quem o legitima, passe a ser instrumentalizado, perdendo a sua dimensão criativa e potencialmente inovadora.

Portanto, considero ser fundamental atentarmos para a discussão epistemológica e ontológica em questão na produção do conhecimento científico. De maneira mais simples: o que especificamente estamos estudando? As elaborações teóricas produzidas estão sendo recursos úteis para o esforço interpretativo dentro de um campo do saber? Certamente, estas são questões difíceis de serem respondidas. Contudo, talvez esteja mesmo nessa complexidade abarcada a grande virtude desses questionamentos. Ao dizer isso, enfatizo a importância da **abertura à possibilidade de convivermos com a incerteza e com a provisoriedade do que é conhecido, para então podermos guiar-nos pelas questões que levam à abertura de sentidos e não por supostas respostas que levam à dogmatização.** Parto, assim, da premissa de que é impossível atingir uma compreensão mais ampla do processo de produção do conhecimento sem que se tenha por base a constante crítica e redefinição do que se está fazendo, de acordo com aquilo que é analisado como relevante diante do fenômeno estudado. Considero impossível, por conseguinte, distanciar quem conhece daquilo que é conhecido.

De modo geral, podemos dizer que, ao longo de muitos anos, a busca científica deu-se no sentido de encontrar padrões e invariantes que pudessem nortear práticas e possibilitar explicações de cunho universal (GONZÁLEZ REY, 2005b; NEUBERN, 2009). Nesses termos, a generalidade oprimia a singularidade, ou seja, não havia espaço para o diferente, ao ser identificado enquanto falha do próprio processo científico, ou como **anormal**. É possível,

nesse sentido, traçar paralelos entre o conservadorismo científico e o conservadorismo social, resultando em práticas e concepções excludentes, numa busca tão incansável quanto ilusória pela normalidade. No entanto, partindo do ponto de vista da complexidade da realidade (MORIN, 2005), para falar de generalidades, ter-se-ia também que abarcar o diferente, o singular. Por que, então, insistir nessa dicotomia polarizada?

Invertendo o raciocínio, já de antemão, podemos dizer que a própria concepção de que todos os indivíduos são singulares e diferentes é uma forma de generalizar a própria singularidade. Não residiria aí a questão problemática, mas sim na apropriação dessa generalidade. A questão, portanto, coloca-se sob outra perspectiva: **como trabalhar a generalidade de modo que ela acolha, e inclusive favoreça, o processo de emergência da singularidade?** Parto, assim, da concepção de que é possível haver sistemas teóricos abertos, que outorguem ao empírico a potência de questionar e confrontar a teoria, que abram espaço para que a realidade resista aos modelos criados para representá-la. Por entender que a Epistemologia Qualitativa é uma dessas possibilidades, apresento brevemente alguns de seus pressupostos, que também serão utilizados como premissas para a consecução desta pesquisa.

### **3.1.1 O conhecimento como produção humana.**

Ao defender o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, González Rey (1997, 2005b) o compreende não como apropriação linear de uma realidade apresentada, mas enquanto produção do pesquisador. O “acesso” à realidade, portanto, é sempre parcial e circunscrito aos limites de nossas práticas. Tal posicionamento contrapõe-se à perspectiva clássica, que, como aponta Morin (2005), degradou o método em seus princípios, tornando-o uma receita estéril, um processo que visava a eliminar os sujeitos envolvidos e o incerto, ao buscar padronizações que garantissem o alcance da verdade absoluta. Na visão do autor, é fundamental que se considere o sujeito que pensa constantemente e que procura o melhor caminho na construção de seu conhecimento. É necessário, portanto, ser inovador, utilizar de arte, para a construção de um método que auxilie na construção do conhecimento, frente à questão levantada pela pesquisa. Assim, podemos dizer que a negação da utopia de um conhecimento que se acumula e se agrega dá espaço a um conhecimento que reconhece as incertezas e suas tensões, colocando-se sempre distante da ambição por sua completude. Trata-se de um conhecimento que abandona o ideal de perfeição de sua lógica e se repensa, fazendo renascer incertezas e interrogações.

A partir desse posicionamento epistemológico, de acordo com González Rey (2005b), tem-se como objetivo central da pesquisa a construção de modelos teóricos compreensivos e com valor explicativo sobre sistemas complexos, sem a pretensão de se apropriar, em termos do saber, do problema em toda sua complexidade. Segundo o autor, o modelo "[...] representa uma construção teórica com capacidade de se desenvolver no momento empírico e que se expressa no desenvolvimento progressivo de hipóteses e construções do investigador" (GONZÁLEZ REY, 2009b, p. 220)<sup>4</sup>. Esse modelo estaria articulado por conceitos teóricos, com o objetivo de gerar novos espaços de inteligibilidade sobre a questão estudada e não para representar linearmente uma dada realidade e, por assim dizer, esgotá-la pretensamente em seus significados. Nessa perspectiva, não se tem uma lógica representacional da realidade, de forma que o modelo teórico não é concebido como uma realidade com vida própria, mas como elaboração que se alimenta constantemente das construções do pesquisador. Tais construções jamais estão desvinculadas de sua biografia, valores pessoais e inserção social e cultural.

Assim, parte-se da premissa de que o “dado” não existe fora de um sistema de ideias; daí, a noção de que eles não se encontram prontos para serem “colhidos”. Os recursos estatísticos, por exemplo, não representam conclusões, mas potenciais momentos de significação dentro de um processo que somente pode se definir enquanto sistema. O que ocorre é uma verdadeira construção da informação, que permite a visualização de conceitos sem uma expressão fixa, que não podem ser captados objetivamente e de maneira imediata pela manifestação concreta das pessoas. O pesquisador vai a campo, levando consigo seu referencial teórico, que permite a visibilidade de fenômenos impossíveis de serem apreendidos puramente. No entanto, não há uma forçosa aplicação desses elementos teóricos na cena empírica. Mediante abertura para a confrontação da realidade – para a resistência dessa realidade – o pesquisador se situa num espaço de tensão, em que sua capacidade criativa é imprescindível para a produção desse momento empírico e também para a reformulação do modelo teórico em constante desenvolvimento.

Ao atentar para o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, González Rey (2005b, p. 11) postula como atributo fundamental dessa proposta metodológica qualitativa o seu caráter teórico. Não obstante, isso não representa um demérito do momento empírico. Pelo contrário, o empírico passa a ser concebido enquanto momento indissociável da

---

<sup>4</sup> “[...] el modelo representa una construcción teórica con capacidad de desarrollo en el momento empírico y que se expresa en el desarrollo progressivo de hipótesis y construcciones del investigador” (GONZÁLEZ REY, 2009, p. 220).

produção teórica. Há o rompimento, por conseguinte, da dicotomia historicamente estabelecida entre o teórico e o empírico. Em suas palavras,

[...] o teórico não se reduz a teorias que constituem fontes de saber preexistentes em relação ao processo de pesquisa, mas concerne, muito particularmente, aos processos de construção intelectual que acompanham a pesquisa. O teórico expressa-se em um caminho que tem, em seu centro, a atividade pensante e construtiva do pesquisador.

Tais ideias parecem afinadas com a concepção de Morin (2005, p. 335) sobre o que seria uma teoria:

Uma teoria não é o conhecimento; ela permite o conhecimento. Uma teoria não é uma chegada; é a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é uma solução; é a possibilidade de tratar um problema. Em outras palavras, uma teoria só realiza seu papel cognitivo, só ganha vida com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É essa intervenção do sujeito que dá ao termo método seu papel indispensável.

Desse modo, de acordo com o autor, é imprescindível o movimento constante de transformação da teoria pelo sujeito, se este pretende um olhar complexo sobre os fenômenos aos quais se remete. A teoria que se curva diante de seu alcance e se coloca senhora da verdade perde seu poder heurístico e tende à reificação e à simplificação. Deixa, portanto, de estar aberta ao novo, esquivando-se do confronto com a realidade. Acredito que uma teoria que se pressupõe muito grande para ser contestada perde sua capacidade de diálogo com a realidade, remetendo-se, em última instância, apenas a si mesma.

### 3.1.2 A singularidade e o diálogo na pesquisa.

A visão do empírico enquanto momento de produção teórica tem como consequência importante a legitimação do singular enquanto instância de produção do conhecimento científico. A busca pela compreensão de como determinada esfera da vida social é subjetivada requer o desenvolvimento de um modelo teórico explicativo a partir do estudo de processos e formas de organização da experiência em suas características singulares de expressão. Parte-se da noção de que é impossível falar do social sem levar em consideração as pessoas que o compõem. Torna-se, portanto, inviável estudar um movimento social, como a reforma psiquiátrica, de forma dissociada dos sentidos subjetivos produzidos pelos indivíduos concretos aos quais ele se remete. Desse modo, **é a legitimação do singular que nos leva a reflexões que estão para além da singularidade** e que são impossíveis de serem alcançadas

sem a atenção às diferenças que o caracterizam. Um dos desdobramentos dessa ressignificação da importância da singularidade na pesquisa científica é o desenvolvimento de estratégias metodológicas que facilitem o trabalho com o objeto de estudo em diferentes níveis, de forma simultânea, de maneira a dar conta da construção teórica da subjetividade (GONZÁLEZ REY, 2003, 2005).

A perspectiva de incorporar as singularidades, enquanto parte fundamental dos processos sociais, leva-nos a enfatizar o aspecto dialógico da construção do conhecimento, na medida em que a comunicação é via privilegiada de expressão dos problemas humanos. Busca-se, desse modo, a criação de espaços relacionais que favoreçam a expressão das pessoas envolvidas e o interesse em se posicionarem diante dos temas abordados, num processo de emergência do sujeito, tanto do pesquisador, como do participantes da pesquisa. As possibilidades comunicativas não respondem meramente a estímulos externos específicos e controlados, mas dizem respeito às formas como as relações pessoais são desenvolvidas no decorrer do trabalho conjunto. Passa-se, assim, de uma epistemologia da resposta, para uma epistemologia da construção. Desse modo, a consideração pela comunicação enquanto princípio epistemológico leva a uma concepção de pesquisa mais atenta à qualidade das informações produzidas, do que à quantidade de “dados” considerados (GONZÁLEZ REY, 2004b, 2005b).

### **3.2 Local de pesquisa**

A pesquisa foi realizada em um CAPS II no âmbito do DF – serviço especializado na atenção em saúde mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Esse serviço foi inaugurado em 2006, no final do período em que Santiago (2009) denominou de **inverno** da saúde mental no DF, em função da estagnação de iniciativas governamentais na consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica na região. Apesar da precária cobertura de serviços de saúde mental no DF (BRASIL, 2012), este CAPS II especificamente tem sido considerado como referência regional na atenção à saúde mental, sobretudo, em função da qualidade diferenciada da assistência prestada e por ser um serviço que atende a diversas regiões administrativas do DF. Esse diferencial foi o que me levou a escolher especificamente este serviço como local de pesquisa.

Vale lembrar que essa condição de atender a regiões administrativas do DF que extrapolam a circunscrição da região em que este serviço está inserido contraria a idealização dos CAPS II, haja vista que esses serviços devem ter abrangência máxima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2004). Esse limite já seria amplamente ultrapassado somente pela população regional em torno do serviço, que conta com uma população atual superior a 340 mil habitantes (IBGE, 2010). Essa dinâmica pode ser entendida como expressão das dificuldades políticas para implementação dos serviços substitutivos em saúde mental no DF, bem como expressão da urgência por mudanças neste âmbito regional, tendo em vista a grande demanda por esse tipo de atenção. Zgiet (2010) aponta que, já em 2009, o serviço em questão contava com mais de 500 usuários com prontuário aberto, de modo que esse número, atualmente, já ultrapassa o dobro dessa quantidade. Segundo informações dos profissionais da equipe, mais de 400 pessoas frequentam o serviço regularmente nos dias de hoje.

A casa onde funciona o serviço tem várias características que são prerrogativas para um CAPS e, segundo informações obtidas, trata-se do único serviço do DF que possui essas características: está inserido no território e não em um lugar à parte da vida social dessa região (como um setor hospitalar, por exemplo); permanece com as portas abertas no período de funcionamento, com livre trânsito de pessoas, tem espaço físico amplo, com diversos cômodos para várias atividades – salas de grupo, salas de atendimento, sala de gerência, área externa ampla e agradável e salas de estar. Uma característica que me chamou a atenção, desde a minha primeira visita ao serviço, foi o clima aconchegante da casa. Ela se encontra bem decorada, com móveis de boa qualidade e bem distribuídos por todos os cômodos, quadros e diversos detalhes que me passaram a impressão de zelo e cuidado com o ambiente, tais como cortinas coloridas, diversos enfeites por toda parte e limpeza – itens que ajudam a tornar o ambiente personalizado.

Diversas oficinas terapêuticas são realizadas no cotidiano do serviço. A equipe fixa<sup>5</sup> conta com seis psicólogos, dois assistentes sociais, dois psiquiatras, três terapeutas ocupacionais, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e dois auxiliares administrativos. Além desses profissionais, o serviço ainda conta com um médico psiquiatra e um clínico geral que, apesar de não serem lotados enquanto funcionários da unidade, prestam serviços semanais ali. Ao longo da manhã e da tarde, diversas são as pessoas atendidas que frequentam a casa, seja participando das atividades oferecidas, conversando informalmente entre si ou com os profissionais, ou, ainda, esperando por atendimentos nas salas de estar.

---

<sup>5</sup> A equipe fixa não inclui estagiários, supervisores, pesquisadores e voluntários – os quais acabam por compor de forma significativa as atividades realizadas.

### 3.3 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram pessoas atendidas por um CAPS II do DF e que estavam avaliados pela equipe de profissionais do serviço em condições de construção do processo de alta institucional, mas que ainda se encontravam com destacadas dificuldades no processo de reabilitação social, acarretando num tratamento prolongado e marcado pela institucionalização. Pelo fato de os objetivos da pesquisa extrapolarem a vivência individual dos usuários em relação ao processo de institucionalização, eventualmente também serão trazidos trechos de falas de técnicos do serviço e de familiares das pessoas atendidas.

Os critérios básicos de inclusão para a participação foram: disponibilidade, aceitação e interesse em participar da pesquisa. Além disso, apenas foram incluídos usuários que estavam em tratamento contínuo no serviço, isto é, que tinham frequência ao menos semanal em atividades terapêuticas propostas e que estavam sendo atendidas há pelo menos dois anos.

Os critérios de exclusão foram: estar sob curatela e, portanto, não estar em condições de se responsabilizar legalmente pela assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE); e, também, não atender a um ou mais dos critérios mencionados acima. Não houve qualquer critério de exclusão em relação ao gênero, condições sociais, bem como no que concerne ao psicodiagnóstico.

A seguir, é colocada uma tabela com algumas informações dos participantes da pesquisa:

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de Atendimento no CAPS</b>
Amanda <sup>6</sup>	20 anos	Ensino médio completo	Não possui	02 anos
Sebastião	37 anos	7ª série do ensino fundamental	Pintor e auxiliar de pedreiro (não atuante)	06 anos
Neto	30 anos	Ensino médio completo	Não possui	04 anos
Nina	47 anos	Ensino médio completo e magistério	Professora (não atuante) e comerciante	04 anos
Fátima	46 anos	Ensino médio completo	Cabeleireira (não atuante)	03 anos
Sr. João	63 anos	Ensino superior completo	Professor de filosofia (atuante)	04 anos

<sup>6</sup> Todos os nomes utilizados para referir aos participantes da pesquisa são fictícios, no intuito de preservar a identidade pessoal dos mesmos.



### 3.4 A construção do cenário de pesquisa

Tendo em vista a abordagem de temas íntimos e sensíveis para os colaboradores (pessoas atendidas e profissionais) desta pesquisa, foi imprescindível a criação de um vínculo com eles, possibilitando um espaço de confiança para o desenvolvimento do trabalho. Para tanto, busquei uma aproximação gradual com o espaço institucional e com as pessoas que o compõem. Nesse processo, o estabelecimento de diálogos com essas pessoas foi utilizado como via privilegiada no favorecimento da construção desse vínculo, de modo que gradativamente as pessoas foram se sentindo à vontade para se expressarem, inclusive, para escolherem não participar diretamente da pesquisa.

A fundação desse espaço social que permite o envolvimento dos colaboradores com a pesquisa é definida por González Rey (2005b) como a **construção do cenário de pesquisa** e tem por objetivo principal o envolvimento subjetivo dos possíveis participantes. Esse processo se justifica pela premissa de que não há configurações subjetivas que possam ser definidas fora de relações pessoais significativas com o outro, que sejam capazes de implicar a produção subjetiva dos componentes dessas relações. Nesta perspectiva, busquei que os participantes se tornassem **sujeitos** da pesquisa, mediante o desenvolvimento de relações pessoais nas quais eles se sentissem envolvidos subjetivamente com o processo da pesquisa, o que acaba por favorecer um posicionamento crítico e reflexivo diante dos conteúdos abordados nesse contato.

Em um primeiro momento, visando a conhecer mais de perto o contexto da saúde mental no DF, visitei algumas unidades de assistência em saúde mental. Posteriormente, mediante leituras realizadas sobre o histórico dessas instituições e diálogos sobre os propósitos da pesquisa com colegas de profissão, escolhi especificamente um CAPS II enquanto campo de investigação para minha pesquisa. Como foi explicitado anteriormente, a condição de ser um serviço de referência pela qualidade da assistência prestada, bem como o fato de ser um serviço central na atenção à saúde mental para várias regiões administrativas do DF, influenciaram-me nessa escolha.

Em agosto de 2012, realizei uma visita ao local e conversei com o gerente do serviço sobre o meu interesse na realização da pesquisa no local. Desde o primeiro momento, o gerente e toda a equipe mostraram-se muito receptivas à minha entrada no serviço enquanto pesquisador. Acredito que a minha formação de psicólogo tenha favorecido essa receptividade, de modo que eu passei, desde o início, a ser convidado por vários profissionais

a participar das mais diversas atividades lá realizadas cotidianamente. Tal permeabilidade nos mais variados espaços institucionais foi, desde o início, muito importante para a construção de **momentos informais** que acabaram sendo sumamente significativos para a construção da pesquisa.

Como uma forma de me aproximar das pessoas que compõem o serviço, propus à gerência que eu coordenasse, no local, um breve trabalho de campo (com atividades ao longo de três períodos), para o estudo de conclusão da disciplina “Antropologia da Saúde Popular”, realizada no Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. O estudo tinha como objetivo central compreender as possibilidades de permeabilidade dos **saberes populares** na assistência em **saúde mental**.<sup>7</sup> A gerência e todos os profissionais que se envolveram nas atividades propostas se demonstraram abertos a novas iniciativas, bem como dispostos a cooperarem no trabalho. Essas atividades consistiram numa boa oportunidade de aproximação com diversas pessoas atendidas e alguns profissionais, bem como se constituíram em experiências que me favoreceram uma compreensão inicial das dinâmicas institucional e pessoais presentes naquele espaço social.

Ainda durante os encontros que constituíram o trabalho supracitado, expus ao gerente o meu interesse em acompanhar algumas atividades no serviço por um período mais prolongado, no intuito de ter a oportunidade de participar de vários momentos que pudessem ser significativos para a pesquisa, de modo que eu também pudesse compor e eventualmente colaborar na consecução de algumas atividades do serviço. Essa ideia pareceu agradar à gerência e a alguns dos profissionais com quem já mantinha contato.

Como forma de me aproximar ainda mais dos profissionais da equipe e do trabalho realizado cotidianamente no serviço, passei a frequentar as **reuniões de equipe** semanais, nas quais são discutidos casos emergenciais e alguns aspectos políticos, técnicos e administrativos. Pela importância desta participação, como será mais bem abordado no tópico **Instrumentos**, este espaço se tornou um importante espaço de pesquisa. Aos poucos, meu canal de comunicação com esses profissionais ia se estreitando, à medida que também me posicionava diante das discussões travadas, buscando constituir um clima de diálogo, ao invés de avaliação.

Uma condição estabelecida pela gerência do serviço para que a pesquisa fosse viabilizada foi a prévia autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, via Fundação de Ensino

---

<sup>7</sup> Este estudo encontra-se no prelo para ser publicado com o título *O popular e a assistência em saúde mental: uma incursão etnográfica*, no periódico “Pós – Revista Brasiliense de Ciências Sociais”, num dossiê organizado pela Profa. Dra. Soraya Fleischer.

e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Todas as medidas foram necessárias para a entrada desse processo e, logo antes de fazê-lo individualmente, surgiu uma oportunidade de realizá-lo coletivamente, compondo um projeto de pesquisa mais amplo. Tal oportunidade se deu a partir de diálogos estabelecidos com alguns profissionais do serviço, com estagiários e supervisores, que também participam do cotidiano institucional. Mediante explanação da minha intenção inicial de pesquisa, recebi o convite da Profa. Dra. Eliana Vilar Trindade (psicóloga e docente do curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde), para compor um projeto de pesquisa sob sua coordenação. Segundo a Profa. Vilar, esse projeto abarcaria diferentes estudos com temáticas relacionadas às transformações que se deram no desenvolvimento das pessoas atendidas e contaria com a participação formal de três profissionais do serviço, além de estudantes da área do direito e da medicina.

A partir de conversas que tive com o grupo, concordamos na realização dessa parceria e passei a integrar formalmente tal projeto de pesquisa<sup>8</sup>. Naquele momento, essa oportunidade me pareceu muito interessante, no sentido de compor um espaço de diálogo transdisciplinar sobre temas afins e, com efeito, acabou se desdobrando em momentos de reflexão conjunta e também em uma boa oportunidade para estreitar meu vínculo com alguns profissionais do serviço.

Foi a minha participação nesses espaços coletivos de elaboração dos profissionais, bem como em diálogos travados informalmente com alguns deles, que percebi que a questão da **institucionalização** era uma problemática atual no serviço e sobre a qual eles vinham se debruçando na busca por novas soluções. Foi nessa procura por novas estratégias que alguns profissionais tiveram a iniciativa de constituir a oficina terapêutica intitulada “**grupo de redes**”. Segundo fui informado, os encontros desse grupo já estavam ocorrendo há cerca de um mês, com frequência semanal. Mediante essa informação, passei a frequentar esses encontros, o que favoreceu sobremaneira minha aproximação com usuários com as características buscadas pelas intenções de pesquisa, bem como a criação de um espaço de diálogo sobre a institucionalização, os desafios desse processo e os alcances e limitações individuais e institucionais no processo de reabilitação social. Dessa forma, o grupo de redes tornou-se também um importante espaço de pesquisa, a partir do qual conheci muitos dos participantes que compuseram este estudo.

---

<sup>8</sup> Seguindo orientações da banca examinadora desta dissertação e com a anuência do orientador desta pesquisa, optei por não revelar o título de tal projeto, no intuito de preservar a identidade do serviço pesquisado. Todos os documentos referentes à minha inclusão formal enquanto pesquisador do projeto e sua aprovação junto ao Comitê de Ética responsável encontram-se devidamente armazenados na Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, para fins de documentação ética.

Logo no princípio da minha participação no grupo e sempre que outro usuário era encaminhado para participar desta oficina durante o período em que eu acompanhei a atividade, deixei explícita a minha condição de pesquisador e coloquei como intuito do meu trabalho compreender como os processos do tratamento e da alta institucional estavam sendo vivenciados por eles. Depois de uma conversa sobre o tema, apresentava o TCLE (apêndice A) e solicitava a assinatura, caso parecesse interessante para essas pessoas participarem da pesquisa. Além disso, também desde o início, posicionei-me ativamente nas atividades propostas e nos diálogos tecidos, saindo da posição de uma suposta “neutralidade científica”. Acredito que isso tenha ajudado na construção do vínculo com os participantes da atividade. Nestes momentos de diálogo, busquei abordar temas como os desafios e dificuldades que cada um enfrentava no momento, a relevância de manter projetos de vida e uma posição ativa nas diversas áreas que definem o sentido da vida pessoal, bem como a importância da qualidade das relações pessoais construídas com os profissionais de saúde ao longo do tratamento.

Mediante algumas ocasiões em que as coordenadoras do grupo de redes não estavam presentes no serviço, acabei por vezes coordenando a oficina (apêndice B). Esses eventos contribuíram para que, aos poucos, eu saísse da coadjuvância e assumisse uma posição também central na atividade.

De maneira geral, na construção do cenário de pesquisa, busquei partir do referencial da saúde e não da doença. Dessa maneira, o caráter dialógico dos encontros supracitados possibilitou que os participantes se inserissem nela com suas inquietudes e problemas concretos, o que se tornou fundamental para o desenvolvimento de seus próprios interesses pela pesquisa.

### **3.5 Instrumentos**

A partir da perspectiva adotada, os instrumentos são concebidos como todo recurso que permita ao outro expressar-se no contexto de relação que caracteriza a pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005b). Desse modo, não são meios para chegar diretamente a conclusões, mas recursos de informação que, mantendo uma estreita relação entre si, permitem o desenvolvimento de hipóteses apoiadas em elementos de informações que eles fornecem. Tais informações se relacionam entre si por meio das interpretações construídas.

Concebo, assim, em consonância com o que já foi dito, que o pesquisador não é um relator passivo, mas um agente ativo na construção do mundo (BORTONI-RICARDO, 2008).

Nesta perspectiva, ainda que o instrumento utilizado neste estudo tenha sido pensado anteriormente à experiência empírica, ele somente ganhou “formas e cores” dentro do cenário vivo da pesquisa. Nesse processo, ele foi modificado em relação à sua concepção idealizada e gradativamente adequado de modo a responder às especificidades da realidade empírica. Além disso, vale ressaltar que previamente à experiência empírica estava previsto o uso de outros instrumentos. Todavia, pela riqueza de informações que o recurso utilizado favoreceu e pela variedade de momentos em que ele pôde ser praticado, a opção final foi por mantê-lo como único instrumento. Essa flexibilidade está em plena consonância com o referencial adotado da Epistemologia Qualitativa, sobretudo no enaltecimento da qualidade das informações construídas, em detrimento de uma abstração quantitativa como crivo para a “validação” científica. Trata-se de uma inversão à tendência hegemônica de trabalhar o objeto de pesquisa dentro de balizas metodológicas previamente construídas. Nesse caso, busquei elaborar e adequar o instrumento às questões norteadoras de pesquisa, bem como aos entraves e possibilidades que surgiam na cena empírica. Ou seja, busquei colocar-me na tensão de um pesquisador que cria métodos que respondam à realidade pesquisada, e não o contrário.

Desse modo, foi utilizado o seguinte instrumento:

### **Sistemas conversacionais**

Na utilização deste instrumento, o pesquisador sugere tópicos gerais procurando o envolvimento dos participantes, respeitando temas abordados por eles e de interesse para os mesmos. Diferentemente da epistemologia centrada na resposta, o diálogo não é direcionado à produção de um conteúdo passível de significação imediata pelo mesmo artefato que o produziu; o que se busca é a expressão compromissada do sujeito que conversa (GONZÁLEZ REY, 2005b). Desse modo, os sentidos subjetivos não aparecem no dizer, mas na organização e nas formas como as coisas são ditas (GONZÁLEZ REY, 2004b). A partir do peso dado ao diálogo na epistemologia assumida, busca-se que os participantes se envolvam em conversações nas quais suas expressões não sejam respostas isoladas a estímulos apresentados pelo pesquisador, mas verdadeiras reflexões e construções que se articulem, como um sistema no curso da conversação. Nesse sentido, não se considera a conversação somente no plano do texto verbal, mas enquanto fenômeno subjetivo, no qual múltiplos registros intervêm, tais como posturas, imagens, fantasias e emoções, que representam processos que podem não estar

presentes na estruturação verbal do diálogo. Entende-se, portanto, que os sentidos subjetivos sempre aparecem além da consciência de quem fala – razão pela qual só se tornam inteligíveis por meio das construções interpretativas do pesquisador.

Os diferentes espaços no cotidiano institucional em que se fizeram pertinentes a utilização deste instrumento foram os seguintes:

### **3.5.1 Grupo de Redes**

Como destacado anteriormente, o **grupo de redes** surgiu no serviço antes da pesquisa iniciar, enquanto desdobramento de novas estratégias pensadas pela equipe no intuito de buscar alternativas à institucionalização e promover formas mais condizentes com as dificuldades de as pessoas atendidas concretizarem o processo de alta institucional. Trata-se de uma oficina terapêutica destinada precisamente para usuários considerados em condições de construção do processo de alta e que expressavam destacada dificuldade em se desvincular do CAPS e construir a própria rede territorial, num processo de reabilitação social. Nesse sentido, seu objetivo, segundo os profissionais, seria potencializar os recursos pessoais dos participantes, mediante trabalho articulado na rede social dessas pessoas.

Pela grande afinidade entre as características dos participantes do grupo e das pessoas procuradas para serem participantes deste estudo, mediante minha participação, o grupo tornou-se um dos principais espaços de pesquisa. Esse acontecimento pode ser visto como uma expressão dos imprevistos que ocorrem nesse processo e que escapam às predições realizadas. À medida que incluí o grupo nas estratégias de pesquisa, pude aumentar a quantidade de pessoas pesquisadas que havia sido pensada a princípio. Além disso, pôde ser criado um espaço de diálogo mais estreito com os técnicos que coordenavam a oficina.

Desde o princípio, houve grande abertura dos profissionais à minha participação, tanto no decorrer da atividade grupal, como fora dela, de modo que também passei a dar sugestões de novas estratégias a serem trabalhadas com os participantes. Foi mediante este caráter dialógico que este espaço pôde se constituir num sistema conversacional. Ao longo dos encontros, as temáticas da institucionalização e do processo de alta institucional foram abordadas por diversos vieses, bem como os desafios e impasses vivenciados na (re)construção das redes territoriais dos participantes. Nesse processo, diversas ações concretas eram propostas para os participantes, de acordo com as habilidades, desejos e projetos de vida que cada um tinha para si. Além disso, outras atividades foram elaboradas no decorrer do grupo, como a confecção de portfólios individuais nos quais eles podiam abordar

suas histórias, projetos e dificuldades, bem como a elaboração de um “mapa de redes”, em que era solicitado um desenho, por parte de cada um, em que pudessem ilustrar aquilo que eles concebiam como sua rede territorial. Além disso, em algumas sessões, familiares ou pessoas próximas aos usuários eram convidados para participarem do encontro, numa busca por maior integração entre o serviço e pessoas relevantes para o desenvolvimento das pessoas atendidas.

No total, participei de 30 encontros grupais, com duração de cerca de uma hora e meia cada (apêndice B).

### **3.5.2 Visitas à internação psiquiátrica**

Este espaço de pesquisa também pode ser destacado como expressão dos imprevistos do campo empírico que passam a se tornar relevantes para os rumos da pesquisa. Como será detalhado na “**Análise e construção das informações**”, em determinado momento da minha participação no **grupo de redes**, uma das participantes passou por um processo de internação num hospital psiquiátrico regional, em função de uma crise psicológica vivenciada. Nesse sentido, alguns profissionais do serviço se organizaram para visitá-la neste outro serviço, de modo que tive a oportunidade de acompanhá-los em todas as ocasiões.

Os encontros ocorreram nas dependências do hospital psiquiátrico. O primeiro deles se deu no pátio reservado para recreação dos internos. O segundo ocorreu em uma oficina artística que eles estavam realizando e o terceiro, em uma sala reservada. No total, foram três visitas realizadas, com duração de cerca de uma hora cada uma. Em cada uma delas, diferentes profissionais estiveram presentes, de modo a possibilitar uma ampla comoção da equipe profissional frente ao caso e, também, uma interessante oportunidade para dialogar sobre processos concernentes a situações de crise das pessoas atendidas, internação psiquiátrica e a lógica institucional da região na atenção à saúde mental. Além disso, tratou-se de uma rica oportunidade de estreitar o vínculo com a participante internada, promovendo diálogos e ações institucionais que tiveram impacto em seu processo de tratamento e também na consecução da experiência empírica que constitui esta pesquisa.

### 3.5.3 Participação em reuniões de equipe

As reuniões de equipe no serviço ocorrem semanalmente, ao longo de um período na parte da tarde, de modo que, neste horário, não são realizados atendimentos ou oficinas terapêuticas com usuários. Os encontros se dedicam sobretudo à discussão de casos, havendo também espaço para troca de informações, bem como para discussão de aspectos administrativos e políticos.

Este espaço desdobrou-se em momentos fecundos para a pesquisa, na medida em que as produções subjetivas relacionadas ao processo de institucionalização por parte dos usuários estão estreitamente associadas às formas como esse processo é configurado na subjetividade social da instituição. Ou seja, as premissas que subjazem às práticas institucionais e os desdobramentos coletivos dessas premissas no serviço acabam por impactar nas possibilidades de produção subjetiva das pessoas atendidas no processo de tratamento. Como ficou expresso na discussão teórica deste trabalho, essa influência social não se realiza de forma linear, mas guarda sempre uma tensão com a subjetividade individual das pessoas que a vivenciam.

Ao longo dos encontros, nas reuniões de equipe, eu também dialogava com os participantes, saindo da posição de mero observador, de modo a me posicionar diante dos casos tratados e eventualmente levando questões, para que fossem pensadas e incluídas na discussão. Essa possibilidade se mostrou afinada aos princípios metodológicos dos **sistemas conversacionais**, ampliando as possibilidades de trocas entre nós e tornando o diálogo mais enriquecido, ao abordar diferentes aspectos das temáticas tratadas. No total, participei de 15 encontros, de cerca de três horas cada. Os diálogos considerados significativos resultantes dos encontros foram devidamente registrados em diário de campo e compuseram o substrato empírico sobre o qual as construções das informações puderam ser tecidas.

### 3.5.4 Momentos Informais

Para além dos encontros formais que foram se constituindo enquanto atividades fixas de que eu participava com determinada frequência, guardei certo tempo da atividade de campo para transitar mais livremente pelo serviço. A esses espaços, dou o nome de **momentos informais**, uma vez que não foram previamente planejados.

São momentos de valor ao estudo, pois muitos dos diálogos significativos com os profissionais, usuários e participantes da pesquisa aconteceram fora do *script* inicialmente



planejado, de forma que diversos indicadores importantes para a pesquisa puderam ser construídos a partir desses momentos, cujo exemplos são: conversas “de corredor” com profissionais e usuários, participação esporádica de algumas oficinas terapêuticas, participação de alguns instantes de convivência entre usuários e entre profissionais, acompanhamento de alguns atendimentos e abordagens profissionais em situações de crise, participação em alguns eventos científicos e técnicos de que os profissionais do serviço fazem parte, acompanhamento de atividades com os usuários fora do CAPS, como passeios ao clube, quadra comunitária e evento de geração de renda.

Esses espaços são concebidos como fundamentais para maior compreensão da dinâmica institucional, dos papéis ali realizados, bem como dos entraves e possibilidades do serviço, na medida em que possibilitam a aproximação daquilo que não é previsto, do que escapa às normas e não obstante continua a constituir de maneira importante as produções subjetivas no contexto da instituição. À medida que acontecimentos, expressões e diálogos significativos para o objeto de pesquisa surgiam nesses momentos, eles eram devidamente anotados em diário de campo e compuseram, de forma não menos importante que os outros momentos já destacados, a construção das informações que seguem posteriormente. No total, o tempo dedicado ao “livre trânsito” pelo serviço em **momentos informais** foi de aproximadamente 25 períodos de 4 horas cada.

### 3.6 Últimas considerações metodológicas

Como foi dito em alguns momentos anteriormente, nesta pesquisa, optei de modo geral pela assunção de um lugar participativo enquanto pesquisador. Desse modo, evitei a pretensa busca por uma neutralidade e me posicionei de maneira ativa não apenas na construção teórica, mas também na experiência empírica. Penso que isso tenha se desdobrado em inúmeras possibilidades de pesquisa, na medida em que fiz parte de diversos diálogos travados diante de situações concretas que suscitavam inúmeras reações nos envolvidos, inclusive em mim.

Este posicionamento está vinculado a uma concepção de pesquisa indissociada da prática profissional e estreitamente articulada com a dimensão ética e política da produção de conhecimento. Por essa razão, considero que a função da pesquisa não seja apenas a de criticar de maneira desproporcional a realidade estudada, mas propor reflexões

contextualizadas e ponderadas sobre novas possibilidades de pensar os fenômenos abordados, podendo ter impactos importantes na prática institucional.

Nessa perspectiva, uma opção metodológica que fez surgir diálogos interessantes, entre pesquisador e participantes, foi ouvir a opinião deles em relação à contribuição da pesquisa, ou seja, querer saber como eles viam a eficiência da pesquisa, por meio de reflexões associadas a processos de mudança pessoais e superação de impasses. Nesse sentido, manifestei meu interesse de que o estudo contribuísse com esses processos, deixando claro que eu me interessava em apresentar o texto de dissertação, bem como apresentar as principais elaborações da pesquisa, caso fosse do interesse deles conhecê-las. A partir desta questão e destas considerações, puderam ser construídos interessantes diálogos sobre o processo da pesquisa e sobre a realidade institucional do CAPS. Definitivamente, tais diálogos me influenciaram na maneira de tecer a construção deste texto e compõem, por isso, parte da metodologia do trabalho.

## 4 ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

### 4.1 Breves considerações iniciais.

Como ficou explícito na discussão epistemológica no capítulo anterior, o objetivo de uma pesquisa científica pautada pela perspectiva da Epistemologia Qualitativa não reside na representação isomórfica de uma dada realidade, mas na construção de um modelo teórico, que somente ganha forma e consistência pelo desenvolvimento progressivo de hipóteses relacionadas ao tema pesquisado.

A elaboração gradativa dessas hipóteses torna-se possível mediante processo de construção dos **indicadores** no decorrer da pesquisa. Estes seriam, de acordo com González Rey (1997, 2005b), os elementos que ganham significado por meio da interpretação do pesquisador e que, com o desenrolar da pesquisa, vão ganhando corpo e formando cadeias de significação, de modo que os indicadores anteriores passam a se constituir como matérias-primas para os que são construídos posteriormente. Desse modo, os indicadores não surgem de maneira linear desde o instrumento de pesquisa concreto, mas são produzidos mediante o que o pesquisador consegue construir a partir do instrumento. Mais do que isso, é importante frisar que essa construção não segue uma lógica abstrata enquanto parâmetro invariável para a interpretação, mas somente toma uma significação ou outra de acordo com os interesses científicos do pesquisador e pelos objetivos delineados para o estudo proposto. Mediante a articulação de diferentes indicadores, torna-se possível a elaboração de hipóteses mais consistentes, que, aos poucos, conduzirão ao modelo teórico resultante da pesquisa.

A essa expressão do princípio construtivo-interpretativo, a partir da atividade reflexiva e construção progressiva do modelo teórico, González Rey (2005b) deu o nome de **lógica configuracional** de pesquisa. Não se trata, portanto, de uma lógica pré-estabelecida, mas precisamente da lógica do pesquisador, no processo de ação da pesquisa. Nessa perspectiva, o conhecimento nasce, por assim dizer, de uma zona de tensão entre o pensamento do pesquisador e a cena empírica. O referencial teórico não serve para significar imediatamente dada situação, senão para favorecer o diálogo do pesquisador com a realidade pesquisada.

Parto da premissa da existência de sistemas que estão para além de sua construção social, entretanto, são as inteligibilidades construídas pelo saber que tornam a sua visão possível, num processo que González Rey (1997) chama de abrir novas **zonas de sentido**,

com utilidade para a produção de novos conhecimentos. Estas zonas consistiriam naqueles espaços de inteligibilidade produzidos pela pesquisa científica e que jamais esgotam a questão que eles significam. Ao contrário, esses espaços abrem novas possibilidades de aprofundamento em determinado campo de construção teórica. Nessa perspectiva, pode-se dizer que os alcances teóricos de uma dada pesquisa, mediante abertura de novas zonas de sentido, sempre ultrapassam os limites de sua significação momentânea, pois estão associados à criação de novas alternativas de pensamento em relação a determinado tema e contexto. Assim, a teoria é colocada em processo permanente de confrontação e desenvolvimento.

Tendo em vista essas considerações, é premente apontar para a parcialidade deste estudo. Não pretendo, com ele, alcançar uma explicação geral sobre todos os processos subjetivos das pessoas pesquisadas, tampouco viso a uma “radiografia” dos entraves do serviço para lidar com a questão da institucionalização. O esforço empregado é para que se torne possível a construção de inteligibilidades de processos subjetivos relacionados à institucionalização, enfatizando que essas produções subjetivas emergem num contexto assistencial de saúde mental e conseqüentemente estão perpassadas pelas práticas, concepções e processos educativos construídos nesse contexto. É nesse sentido que pensar a questão da institucionalização também possibilita reflexões mais amplas, tendo em vista alguns alcances e limites da realidade institucional de atenção à saúde pública no país.

Vale ressaltar que os eixos temáticos destacados ao longo desta construção não foram estabelecidos *a priori*, mas foram frutos do processo de interpretação da realidade empírica, de acordo com o que emergia enquanto significativo nas relações pessoais estabelecidas durante o curso da pesquisa. Essa organização do trabalho somente se tornou possível mediante ampla diversidade de informações alcançadas a partir da cena empírica, o que, por sua vez, exigiu a utilização de diferentes instrumentos de pesquisa, conforme descrito na parte metodológica deste estudo.

De modo geral, a construção da informação está organizada em dois eixos temáticos. O primeiro eixo temático problematiza alguns desdobramentos da lógica biomédica ainda presente de forma importante no cotidiano dos serviços substitutivos (PANDE; AMANTE, 2011; ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001), tendo em vista a situação de destacada fragilidade emocional e carência de espaços de socialização dos usuários que participaram do estudo. Nesse processo, busco não tratar essa lógica de forma abstrata, mas inserida numa trama político-institucional que ultrapassa a circunscrição do *locus* desta pesquisa. O segundo eixo aponta alternativas institucionais e teóricas para compreender e lidar de formas diferenciadas com o processo da institucionalização no tipo de serviço em questão,

sinalizando estratégias e conceitos que possam favorecer o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde mental. Por fim, realizo uma discussão teórica a partir das principais hipóteses e indicadores construídos, retomando algumas contribuições de trabalhos científicos discutidos no capítulo teórico deste estudo. Ao longo dos eixos temáticos recorro eventualmente às experiências vivenciadas tanto no **grupo de redes**, nos **momentos informais**, nas **visitas à internação psiquiátrica**, como na **participação em reuniões de equipe**, no intuito de atingir uma tessitura teórica mais condizente com a complexidade institucional, tal qual é construída em seu cotidiano.

#### **4.2 O Grupo de Redes dentro da dinâmica institucional.**

Antes de iniciar a construção dos eixos temáticos, é importante ressaltar as condições a partir das quais o **grupo de redes** se tornou um espaço de pesquisa central deste estudo. Com isso, a intenção é permitir uma visualização mais ampla do papel deste grupo na trama institucional.

Como já destacado nos tópicos dedicados à **Construção do cenário de pesquisa** e aos **Instrumentos**, a constituição do Grupo de Redes antecede a presente pesquisa e se insere num conjunto de iniciativas pensadas pela equipe de profissionais do CAPS II estudado com vistas à superação de alguns impasses institucionais, sobretudo, em relação ao recorrente processo de institucionalização ainda presente no cotidiano do serviço. No entanto, pelas similaridades entre os processos de tratamento e as características dos participantes do grupo e daqueles buscados para serem colaboradores da pesquisa, este recurso terminou por se constituir num espaço importante deste estudo, a partir do qual pude desenvolver amplamente os **sistemas conversacionais**.

A partir da minha comunicação deste interesse de pesquisa com os coordenadores desta atividade, houve ampla abertura para que eu expusesse minhas opiniões sobre o processo do grupo e contribuísse na construção dessa estratégia no serviço. Aliás, em virtude de diversos imprevistos acontecidos no decorrer do período de minha participação, foi bastante frequente (apêndice B) os momentos em que fui o único coordenador da atividade. Esta permeabilidade dos profissionais da equipe às iniciativas de pesquisadores, estagiários e voluntários não se mostrou presente somente nesta atividade, mas em todo o serviço, sendo, inclusive, potencializada pela gerência. Isso se desdobra em interesse por diferentes

iniciativas por parte da equipe, tanto de pesquisa como de atividades empreendidas, o que dá um caráter flexível e, a meu ver, condizente com a complexidade dos fenômenos abordados pelo serviço e com as propostas da Reforma Psiquiátrica do país.

Vale ressaltar que, como essa iniciativa constituiu-se numa estratégia inovadora no serviço, as próprias definições, objetivos e métodos de trabalho do grupo foram rediscutidos ao longo do período de minha participação. Nesse processo, pôde ser aberto um interessante espaço de diálogo crítico em relação ao que estava sendo empreendido não somente entre os coordenadores da atividade, mas em toda a equipe profissional, cabendo mudanças importantes na forma de trabalho, bem como na resolução de quais seriam as diretrizes para inclusão e exclusão de usuários que fossem encaminhados para o grupo.

De maneira geral, foi definido que as atividades do **grupo de redes** se direcionavam para pessoas atendidas que estavam avaliadas pela equipe como em condições de iniciarem um processo de alta institucional, mas que apresentavam um processo de institucionalização, marcado por destacadas dificuldades de se inserirem em projetos de vida alternativos ao tratamento oferecido pelo CAPS. Seus principais objetivos seriam: favorecer a reabilitação social e o processo de alta, mediante engajamento em outros projetos de vida, além de diminuir o retorno dos usuários ao serviço após a alta institucional. Para tanto, algumas diretrizes metodológicas foram definidas, tais como: realizar um mapeamento da rede social de cada participante, identificar recursos disponíveis no território do usuário, fazer um levantamento de projetos, aspirações e limitações individuais, estabelecer metas individuais reavaliadas no curso da participação no grupo e estabelecer tarefas individuais com vistas ao favorecimento do alcance dos objetivos individuais traçados.

Mediante participação nesta atividade, pude entrar em contato com diversos aspectos das dinâmicas subjetivas dos participantes do grupo e também da instituição. Todavia, descrever extensivamente o processo de constituição grupal e avaliar de maneira mais aprofundada os impactos de sua dinâmica na instituição extrapolam os objetivos do presente estudo. Nesse sentido, optei por enfatizar momentos do encontro grupal e construções interpretativas que fossem condizentes com os objetivos estabelecidos para a pesquisa.

### 4.3 Eixo Temático 1 – Institucionalização e lógica biomédica: a expressão do hiato entre assistência e desenvolvimento

Esta primeira parte da construção de informações aborda alguns desdobramentos da lógica biomédica centrada nos sintomas no cotidiano do serviço tido como *locus* da pesquisa. A justificativa desta escolha reside no fato de que, embora tal lógica esteja aparentemente superada pelo discurso declarativo institucional, ela ainda se faz intensamente atuante nas produções subjetivas dos usuários, técnicos e da instituição de modo geral. Com novas roupagens e imbricadas numa grande complexidade, as práticas biomédicas ainda parecem estar associadas a diversos impasses que persistem na culminância de diversos casos de institucionalização atendidos. Entretanto, o intuito de trazer essa questão à baila não se remete a um cunho denunciativo de pesquisa, mas às possibilidades de reflexão decorrentes dessa discussão, que podem, por sua vez, desdobrar em novas estratégias com vistas à produção de alternativas voltadas para o processo de desinstitucionalização e construção de cidadania.

#### 4.3.1 A reificação do patológico e a objetificação da pessoa atendida.

Nesse sentido, primeiramente, apresento a seguinte fala de Amanda (20 anos e em tratamento no CAPS há 02 anos), expressa em uma de minhas primeiras participações no **grupo de redes**:

Eu entrei aqui pro grupo de redes, mas na verdade o médico tinha me dado alta antes. Daí, foi a minha mãe que disse: “Ah, não dá alta pra ela agora não, porque senão ela vai ficar sem fazer nada em casa o dia todo!”. Daí eu vim pra esse grupo. Mas eu não sei... Eu gosto do CAPS, mas tem coisa que eu não concordo também... Por exemplo, um dia eu vi que eles estavam falando que meu diagnóstico era transtorno bipolar, mas que ainda estavam investigando. Poxa, tanto tempo de tratamento e até hoje eles não sabem realmente o que eu tenho? (Amanda, 20 anos).

Nesta expressão, é interessante que Amanda, ao falar sobre a alta institucional, remete-se somente ao que outras pessoas dizem e fazem a respeito e não à forma como ela mesma se posiciona diante desse tema. Trata-se de assunto a ser decidido pelo médico e influenciado por sua mãe, mas que parece distante de sentidos subjetivos que impliquem suas responsabilidades pessoais. Essa postura pode ser vista como indicador de um **processo de dependência dela em relação a essas figuras**, o que termina por comprometer sua emergência enquanto sujeito de seu tratamento. Em seguida, Amanda até se posiciona diante

da forma de condução do seu tratamento, com que não concorda, no entanto, o modo como essa crítica é feita parece indicar um **processo subjetivo de naturalização do transtorno mental**, uma vez que ela busca saber o que “**realmente**” tem e não interpretações médicas para um processo subjetivo dinâmico e complexo.

Esses incipientes indicadores tornam-se relevantes também para pensar sobre a fala proferida logo em seguida no **grupo de redes** por Sebastião (37 anos e em tratamento no CAPS há 06 anos):

A coisa que mais me incomoda de todas é quando alguém que nem me conhece tanto assim olha pra mim e diz: “Você tá é bom, não tem nada não!” Oxe, como é que pode né? Eu não tenho essa doença porque eu quero não... Ninguém sabe como eu tô, só o psiquiatra (Sebastião, 37 anos).

Nessa fala, Sebastião reivindica o reconhecimento do próprio sofrimento, todavia, torna-se marcante a condição de colocar a figura do psiquiatra como central no conhecimento de si mesmo, tal como também expressa a fala de Amanda. Além disso, ao assumir essa postura, a “**doença**” parece reificada como objeto do saber técnico do outro, ocultando a relevância de suas próprias ações no curso do seu desenvolvimento. Essa mesma postura também se fez presente em um **momento informal**, no qual conversava com Sebastião:

Sebastião: Rapaz, eu acho que a cura pra essas doenças que a gente tem é o tratamento mesmo. Tem muitas instituições aí que colocam o cabra bom, igual o CAPS.

Pesquisador: E qual você sente que é o seu papel nesse processo, Sebastião? Quais são as suas responsabilidades?

S: Eu não sei... não sei dizer. Mas uma coisa que eu sei é que eu tô fazendo o tratamento direitinho. Tomo o remédio e vi que não posso ficar sem o remédio. Acho que é pro resto da vida mesmo! Eu não gosto é que os outro falem que eu tô bem quando eu não tô. Quem sabe disso é o psiquiatra e se o psiquiatra falou que tá bom, então é alta.

P: E você não sabe dizer nada sobre você?

S: Eu sei muito pouco.

Assim como interpretado a partir da expressão de Amanda, a postura de Sebastião parece indicar o distanciamento entre o seu campo de ação e os rumos de seu tratamento e, conseqüentemente, do processo de alta institucional, na medida em que ele parece efetivamente não refletir sobre as suas responsabilidades, para além de frequentar as terapias prescritas. Sua responsabilidade em seu próprio processo parece ser vivenciada como seguir aquilo que foi prescrito pelo outro, o que indica uma postura de submissão. Além disso, em um primeiro momento, ele se remete à noção de cura, atribuindo inteiramente à instituição de saúde mental os recursos para se chegar a esse estado. No entanto, isso se torna contraditório



com o seu próprio processo, que marca um tratamento intensivo e prolongado no CAPS e também contraditório com sua própria fala logo em seguida, quando ele diz “**Acho que é pro resto da vida mesmo**”. Nesse sentido, sua situação parece se tornar ainda mais cronificada, ao se eximir da responsabilidade de procurar saber o que fazer para melhorar a própria vida.

Em ambos os casos abordados até aqui, torna-se marcante a identificação das pessoas atendidas com o posicionamento de objetos de saberes alheios aos seus. Esse processo pode ser visto sub-repticiamente como expressão de uma lógica manicomial que efetivamente ainda se faz presente na vida dessas pessoas, não na forma de muros e grades, mas na maneira como elas produzem subjetivamente suas próprias experiências. Essa dinâmica elimina a legitimação da produção dos saberes das pessoas atendidas e, conseqüentemente, dificulta que elas se engajem ativamente em seus processos de desenvolvimento, permitindo a visibilidade teórica de **processos institucionais nos quais desenvolvimento e tratamento aparecem como separados um do outro**. Tais processos parecem relacionados a uma lógica biomédica subjetivada, que justifica amiúde a frequente desresponsabilização das pessoas atendidas frente ao próprio tratamento, culminando numa persistente institucionalização psiquiátrica. É precisamente essa separação que tem ocultado o **papel da educação** na cosmovisão do tratamento médico, que termina hipertrofiando seu aspecto instrumental.

O conjunto destes indicadores ganha força, ao analisarmos as expressões dos participantes do **grupo de redes** relacionadas a uma dimensão recorrentemente mencionada como central por eles: o trabalho. Segundo diversos relatos, há uma grande dificuldade em persistir em uma determinada ocupação. A esse respeito, Sebastião diz:

A gente começa o trabalho, faz o serviço direitinho. Mas de repente, do nada, rapaz, dá um desânimo tão grande, que eu pego e largo e vou embora. Peço conta! Mas isso é desses problema de doença mental que a gente tem... (Sebastião, 37 anos).

Como fica explícito, Sebastião assume como causa direta de sua incapacidade atual para se manter em um trabalho aquilo que ele considera como condições inerentes à sua “**doença mental**”. Nesse sentido, ele parece se ver prisioneiro de uma situação, diante da qual pouco pode fazer, colocando a sua vida dentro da “**doença**” e não o contrário. Contudo, podemos pensar que essa expressão sinaliza a existência de produções subjetivas que estão para além do que é conscientizado por ele, como a produção de sentidos subjetivos relacionados à insegurança, à desvalorização de si e ao medo, que podem ser, por sua vez, desdobramentos da carência de vínculos sociais – processos que terminam intensificados pela

reificação de seu transtorno mental e pelo consequente distanciamento desse fenômeno de suas ações.

Ainda, outros fatores parecem influenciar nessa descontinuidade no âmbito do trabalho, de modo a também se relacionarem à construção hipotética da dissociação entre tratamento e desenvolvimento. Nesse sentido, Neto (30 anos, há 04 anos em tratamento) diz logo em seguida:

Eu estou procurando um trabalho, mas o problema é que a maioria deles é de manhã. E eu só consigo acordar 10 horas da manhã, porque eu tomo remédio e é impossível pra mim acordar antes disso... (Neto, 30 anos).

Essa fala é complementada em seguida por Nina (47 anos, há 04 anos em tratamento):

Eu entendo o que o Neto tá falando. Só quem toma esses remédios sabe o que a gente passa. Eles são importantes, mas tem a contrapartida. Não é ficar se escorando nos efeitos da medicação... mas ela dá uma preguiça... mas uma preguiça! Se eu saio da cama antes das 9, 10 horas, eu acho que eu vou cair de sono! Eu fico morosa... sempre tem um monte de coisa pra fazer na minha casa, louça pra lavar, roupa pra lavar, piso pra limpar... mas fica muito difícil com tudo isso que a gente toma (Nina, 47 anos).

Diferentemente de Sebastião, Neto e Nina colocam, nesse momento, como centro de suas incapacidades para realizar um trabalho cotidianamente os efeitos da medicação ingerida. Por um lado, como expressa Nina, acredito que não se pode negar a importância da medicação para determinados processos de tratamento, auxiliando a retomada de atividades e processos que podem contribuir com a reabilitação social de alguns usuários. Por outro, não podemos nos furtar à crítica dos diversos abusos ainda cometidos nesse âmbito, mediante “docilização química” dos recursos geradores do outro, o que acaba reduzindo em grande medida suas possibilidades de desenvolvimento. Nesse caso, não me remeto somente à quantidade por vezes excessiva de medicamentos ingeridos, mas fundamentalmente à centralidade que essa prática ocupa frente às inúmeras possibilidades terapêuticas existentes. Tal centralidade termina por colocar o outro em uma posição de consumo e passividade, dentro de uma lógica na qual os recursos para sua superação provêm de fora e não da própria pessoa atendida e de sua inserção diferenciada na produção social. Nesses casos, a importância da criação de novos espaços de socialização, por exemplo, é ocultada, em função da ênfase biológica na visão dos processos humanos.

De modo geral, os processos analisados até o momento se relacionam à dissociação entre desenvolvimento e tratamento anteriormente abordada, uma vez que marcam uma

dinâmica na qual, como foi referido, o tratamento é antes vivenciado como um procedimento a ser realizado, do que uma forma de desenvolvimento no qual seja imprescindível a implicação subjetiva da pessoa atendida. Assim, essas incipientes construções interpretativas podem ser pensadas enquanto indicadores de uma mesma **configuração subjetiva social da institucionalização no âmbito do serviço: a produção da pessoa atendida enquanto objeto de procedimentos técnicos** – o que se expressa pela ausência de protagonismo e responsabilidade individual frente ao próprio desenvolvimento. Tal hipótese deve ser acompanhada a partir da construção de outros indicadores que poderão desdobrá-la em situações concretas, ampliá-la e, eventualmente, contradizê-la. Vale destacar que os impactos subjetivos dos processos institucionais se expressam de forma diferenciada nas configurações subjetivas individuais dos usuários, todavia, pela articulação inteligível entre tais processos singulares, torna-se possível abordar aspectos da subjetividade social da instituição que estão para além da dimensão individual.

O posicionamento de Sebastião expresso anteriormente parece ter estreita relação a uma fala que ele trouxe em um encontro posterior do **grupo de redes**:

Depois que eu comecei a ter esses problemas que eu tenho... de esquizofrenia, essas coisas... eu vi que eu precisava era de tratamento. Daí eu parei com tudo que eu tava fazendo, pra focar no tratamento, pra ver se ficava bom logo... Acho que é isso, né? Primeiro, tem que ficar bom, ter condições boas de saúde, pra depois sair fazer as coisas, trabalhar, divertir... (Sebastião, 37 anos).

Essa fala de Sebastião indica novamente a distância entre o tratamento realizado e diversas dimensões relevantes em seu desenvolvimento integral. Essa se mostrou uma expressão frequente e que foi tomando diferentes formas entre os usuários que se encontram institucionalizados. Nesse sentido, essa expressão, somada às construções realizadas anteriormente, parece integrar um aspecto importante e recorrente das **configurações subjetivas individuais do tratamento por parte destes usuários: a representação de que o tratamento é feito somente dentro do CAPS e consiste basicamente em seguir as prescrições médicas e comparecer às atividades propostas**. Essa hipótese, por sua vez, vincula-se à configuração subjetiva social da institucionalização, associada à produção da pessoa atendida enquanto objeto do tratamento, pois se ela precisa primeiramente se tratar para somente depois realizar atividades que impliquem a produção de sentidos subjetivos relacionados ao bem-estar, faz-se muito difícil sua implicação emocional no tratamento e, conseqüentemente, a assunção de um posicionamento apropriado nesse processo.

Um posicionamento que também expressa algumas das dificuldades abordadas até aqui é a de Neto, assim que chegou ao **grupo de redes**:

A minha mãe é que cuida de mim até hoje. Eu já tenho 30 anos e não consigo cuidar de mim. Não tenho dinheiro, nunca tive namorada, não tenho nada. Desde criança, eu tenho dificuldades para ter amigos. Eu tinha muita dificuldade de aprender e era muito ingênuo também. Fui vítima de ‘bullying’ por isso... Daí, até hoje, quando eu faço aniversário, eu visto uma roupa bonita, mas ninguém vai me visitar. (...) Eu não sei viver sem minha mãe. Se a minha mãe morrer, eu prefiro morrer junto (Neto, 30 anos).

Essa fala apresenta um posicionamento altamente vitimizado de Neto em relação ao seu próprio desenvolvimento, na medida em que ele parece se sentir a resultante de processos vitais trágicos e lamentáveis, diante dos quais nada pode fazer. De certo modo, a postura de Neto pode ser vista como indicador de mais um desdobramento subjetivo do discurso e práticas patologizantes, a partir do qual se sente sentenciado a uma prisão diagnóstica cujos efeitos, para além do escopo clínico, orientam uma construção subjetiva de sua própria vida configurada à perda. Por se sentir sem recursos para transformar essa situação, Neto termina por assumir uma condição de dependência crônica em relação ao outro.

Essa dinâmica subjetiva se faz presente em outro trecho de fala proferida logo em seguida:

Eu não sei por que eles me colocaram num grupo que prepara para a alta. Eu tenho depressão desde criança, a minha história de vida é muito triste. É difícil você ver aqui no CAPS uma história que seja mais triste do que a minha. Daí, tem gente que fala pra mim que eu não mudo porque eu fico me fazendo de coitadinho. Mas ninguém sabe o que que é sentir na pele essa depressão que eu sinto todo dia. Eu não tenho alegria em viver! Só fico trancado dentro do quarto, não tenho vontade de sair pra nada... Tenho 30 anos, já to ficando velho e ainda não vivi a vida. A melhor amiga que eu tive na minha vida foi assassinada, meu pai não liga pra mim e tá com problema de coração na cidade dele. Ele nem pode saber que uns parentes nossos morreram. Eu tive muitas perdas na vida e isso me prejudica muito hoje (Neto, 30 anos).

A sequência de falas de Neto torna possível a construção de um indicador sobre a articulação subjetiva existente entre a sua condição de se sentir dependente de outras pessoas e de se sentir dependente do serviço. Nesse caso, o receio que Neto expressa em perder a sua mãe, potencializado pela perda da amiga que vivenciou, pode ser associado à sua insegurança em relação à alta do CAPS. Como ele se sente carente de recursos para assumir a própria vida, outros devem fazê-lo, de forma que aparentemente ele não consegue sequer se conceber separado de quem ele se sente dependente. Tal processo também parece se dar em sua institucionalização no serviço de saúde mental, mediante sua recusa em se ver de alta e

potencializada pela ausência de estratégias institucionais que promovessem outros patamares de desenvolvimento em sua vida. Embora as situações de crise de Neto não sejam mais frequentes, sua cronificação parece evidente.

Em seu caso, a posição de dependência parece estar configurada subjetivamente, de modo a produzir sentidos subjetivos relacionados a ela em diferentes momentos da vida de Neto. Nesse caso, o receio em receber alta pode ser visto como indicador de elementos de sentidos subjetivos associados à insegurança, medo e desvalorização de si – processos também presentes em Sebastião diante da incapacidade de conseguir um emprego. Desse modo, frente à condição de dependência do serviço nos casos em que se faz presente o processo de institucionalização, como o de Neto, **a possibilidade da alta institucional parece ser configurada subjetivamente como uma ameaça à condição de saúde**, pois tal processo implicaria em uma situação de ainda maior vulnerabilidade que a atual.

Nesse sentido, a condição de reificar sua depressão enquanto constante abstrata e independente de suas ações parece agravar ainda mais a situação de Neto, algo que pode ser interpretado a partir do seguinte trecho: **“Eu não sei por que eles me colocaram num grupo que prepara para a alta. Eu tenho depressão desde criança, a minha história de vida é muito triste”**. De forma articulada aos indicadores previamente levantados, seu transtorno mental é concebido eminentemente como objeto de intervenção profissional, num processo de alienação de si mesmo, pois se sente afastado de seus próprios processos de vida. Assim, torna-se possível ampliar o modelo teórico associado à objetificação do usuário no tratamento, a partir da ideia de que **a reificação do patológico por parte de alguns usuários está associada ao distanciamento das próprias potencialidades do tratamento e do processo de alta institucional**. Desse modo, o desenvolvimento integral escapa ao olhar centrado na doença, consistindo-se em um grande empecilho para a emergência do sujeito no tratamento.

Essa articulação do histórico de vida e das experiências em outras esferas sociais na produção subjetiva atual permite vislumbrar a **lógica configuracional** com que os processos de institucionalização vão ganhando contornos subjetivos nos casos aqui abordados. Como fica explícito, o caráter hipotético destas construções não acontece de maneira fragmentada, de modo a dissociar uma afirmação da outra. As hipóteses se articulam mediante a interpretação de trechos de falas que, embora tragam diferenças em seus conteúdos e nas histórias de vida daqueles que as pronunciam, estão intensamente vinculadas pela força da subjetividade social que se configura de forma convergente na produção de sentidos subjetivos individuais dos usuários do serviço.

A visibilidade teórica do processo de Neto, por exemplo, implica na responsabilização profissional frente ao seu processo. Evidentemente, com isso não pretendo dizer que suas limitações subjetivas sejam consequência direta e exclusiva da ação institucional. Trata-se, como fica expresso, de processos subjetivos complexos, que se configuram em diferentes dimensões de sua vida. No entanto, pela articulação existente entre a dependência de outras áreas àquela desenvolvida em relação à instituição, as relações terapêuticas poderiam favorecer processos de ruptura a essa cristalização psicológica, abrindo campos para produções subjetivas alternativas às associadas ao seu sofrimento atual.

Nesse sentido, é possível pensar que uma relação terapêutica que se pautar pela noção de superioridade do saber do especialista em relação aos da pessoa atendida não favorece a transformação dessa situação. Pelo contrário, nesses casos, parece ser fundamental que as práticas profissionais na instituição se voltem para a valorização e potencialização dos recursos subjetivos do outro – o que implica numa reconfiguração de papéis, invertendo a lógica do protagonismo profissional. Nesse caso, o fio condutor da ação terapêutica passa a ser o favorecimento da produção subjetiva de quem é atendido e não a “domesticação” de sua subjetividade com base no saber do especialista. Isso pode se dar mediante estabelecimento de relações cujo esteio seja a construção de uma cidadania voltada para a confiança do desenvolvimento do outro e para a capacidade de pensar – o que tem sido defendido neste trabalho enquanto **processo educativo**. Nesse caso, potencializar o trabalho de desinstitucionalização na saúde mental também é desinstitucionalizar o saber hegemônico biomédico, mediante abertura para outras esferas como a educação.

Desse modo, a partir do conjunto de indicadores construídos até o momento, tendo em vista o objetivo de avançar na explicação de estratégias institucionais afinadas ao processo de desinstitucionalização, é possível afirmar que **desenvolver ações educativas voltadas para o favorecimento de possibilidades singulares alternativas à institucionalização é um desafio institucional importante na busca pela superação da objetificação da pessoa atendida**.

Voltando ao caso de Neto, a partir de uma fala de um dos técnicos do serviço em um **momento informal**, torna-se possível a elaboração de novas construções interpretativas:

O Neto é um caso famoso e desafia todos os profissionais do serviço. A gente já não sabe mais o que faz com ele! Tudo o que você oferece, ele boicota. É um boicotador em cada grupo que ele participa! Sempre que ele tá num grupo, o grupo vai construindo alguma coisa legal na sessão e no final, ele vem e joga tudo pra baixo de novo. Ele acaba boicotando as possibilidades terapêuticas que ele poderia ter... daí

fica muito difícil. A gente fica cansado... E o pior que não é só ele não viu... tá cheinho de paciente assim aqui. (Técnico do serviço).

Efetivamente, o posicionamento de Neto nos trechos de fala trabalhados indica dificuldades em empreender algumas transformações em sua vida que levem a um gradual aumento de suas responsabilidades sobre o seu desenvolvimento, o que representaria o afastamento da instituição que se vê dependente. Todavia, a expressão do técnico é um indicador de que, nesse caso, **a importância de seu comportamento expresso é mais relevante do que os sentidos subjetivos que se configuram nesse comportamento.** Em outras palavras, ao invés de buscar compreender o que significa esse comportamento a partir da singularidade de Neto, o julgamento de “**boicotador**” o encapsula em mais um rótulo de exclusão que, malgrado as boas intenções de ajudar por parte da equipe, termina por ignorar a complexidade da sua produção subjetiva e expressa a expectativa institucional da docilidade dos pacientes.

Esse processo acaba se desdobrando na carência de construção de estratégias alternativas para lidar com o caso de Neto e termina por reproduzir situações em que se evidencia sua resistência em se adequar ao modelo de tratamento proposto, mediante o que é interpretado pelos profissionais como “boicote”. Como fica expresso na fala do técnico, este é apenas um caso de vários, de modo que se torna possível pensar que este tipo de conduta também seja adotada pela equipe nesses outros casos. Nesse sentido, a expressão individual do técnico do serviço pode ser visto como mais um indicador da subjetividade social hegemônica na instituição. Desse modo, torna-se inteligível **certa coerência existente entre a expressão do técnico, as configurações subjetivas individuais dos usuários em relação ao tratamento e, de maneira mais ampla, a dinâmica subjetiva institucional.** Trata-se de processos dispersos na aparência, mas que se tornam passíveis de articulação a partir da lógica configuracional de pesquisa aqui trabalhada. Mediante a possibilidade de tal articulação, torna-se evidente como expressões aparentemente casuais e informais no cotidiano institucional alcançam um valor ímpar para o estudo da subjetividade nesses contextos.

#### **4.3.2 O vácuo político-institucional, o tratamento e a comodidade carcerária da reclusão institucional.**

O tecido de informações construído até o momento permite a visibilidade teórica de processos subjetivos relacionados à institucionalização e que, embora estejam intensamente articulados, encontram-se organizados em diferentes dimensões. Tal organização não segue

uma lógica abstrata, mas precisamente direciona-se aos objetivos propostos para esta pesquisa.

Assim, com vistas à abordagem desses processos, já se torna possível falarmos em **três modelos teóricos em desenvolvimento no curso desta construção**. O primeiro deles está relacionado à configuração subjetiva social da institucionalização por parte do serviço pesquisado. O segundo é constituído pelas construções relativas às configurações subjetivas do tratamento por parte de usuários institucionalizados. Já o terceiro, diz respeito às configurações subjetivas do processo de alta institucional por parte dessas pessoas atendidas. Também de acordo com as intenções teóricas deste estudo, tais modelos estão perpassados pela discussão da lógica biomédica de assistência à saúde e pela elaboração de algumas alternativas institucionais, no intuito de fomentar estratégias pautadas pela articulação entre educação, saúde mental, modo de vida e desenvolvimento integral das pessoas atendidas.

Tendo isso em vista, no intuito de explorar algumas das ideias desenvolvidas anteriormente e ampliar os modelos teóricos em construção, estendo-me na análise de uma situação vivenciada em um dos **momentos informais** no cotidiano do serviço.

Durante as atividades em grupo de determinada oficina terapêutica que ocorre sob a coordenação de técnicos da equipe e estagiários universitários, um dos técnicos fez um sinal solicitando minha aproximação. Ao chegar mais próximo dele, percebi que a seu lado estava a usuária Fátima, de cabeça baixa e chorando discretamente. O técnico, então, perguntou se eu podia conversar individualmente com Fátima, pois havia concluído que ela não se encontrava em condições de participar da atividade grupal. Aceitei sua solicitação. Fátima tinha, então, 46 anos, era diagnosticada com esquizofrenia e fazia tratamento no serviço há três anos, mas seu histórico de tratamento em outras instituições já somava sete anos.

Sentindo o constrangimento de Fátima por estar numa sala para conversar, em um momento de tristeza, com alguém que jamais havia conversado antes, comecei o diálogo, dizendo perceber que ela não estava bem, tentando deixá-la à vontade para conversar a respeito do que se passava com ela. Um tanto tímida a princípio, aos poucos, ela começou a falar. Fátima disse:

Eu estou muito triste hoje, porque eu quero muito voltar para a minha cidade, que fica no interior de Goiás. É lá que mora a minha filha e a minha mãe, as pessoas que eu mais amo no mundo... Eu sinto muita, muita saudade da minha filha. Já tem 4 meses que eu não encontro com ela! (Fátima, 46 anos)



Buscando entender um pouco melhor a sua situação, pergunto por que, então, ela estava morando naquele momento no Distrito Federal. Ela disse:

Eu vim pra cá só pra fazer o tratamento. Vim já faz uns quatro anos... Mas eu vim pra morar em casa alheia, na casa de uma amiga, mas é muito ruim ter que morar de favor numa casa que não é a sua. Eu até tento ajudar no que eu posso: eu limpo a casa, cozinho, faço outros serviços domésticos, mas essa minha amiga nunca tá satisfeita... Daí é muito ruim, porque fica um clima estranho e eu fico muito triste (choro) (Fátima, 46 anos).

A situação descrita por Fátima pode ser vista como a concretização extrema do que foi referido anteriormente enquanto dissociação entre tratamento e desenvolvimento. Nesse caso, não somente isso se dava na dimensão subjetiva, como em outras situações já abordadas, mas inclusive no plano geográfico, pois para realizar o tratamento, “precisava” se afastar por longos períodos de sua casa e das pessoas mais importantes para ela.

Apesar do estranhamento que essa situação possa causar, essa fala de Fátima expressa uma realidade rotineira no serviço: a condição de ter que se deslocar de sua cidade natal, ou de sua região administrativa do DF, para ser atendido por uma equipe de profissionais especializados em saúde mental. Trata-se de uma expressão importante das dificuldades político-institucionais existentes na região, que ainda conta com uma quantidade muito insuficiente de serviços especializados nesse tipo de atenção (SANTIAGO, 2009; ZGIET, 2010) e coloca-nos frente ao inevitável questionamento da qualidade de um tratamento que precisa ser afastado do “território existencial” (LANCETTI, 2012) da pessoa atendida para que ele se faça possível acontecer. Nesses casos, a premissa básica do processo de desinstitucionalização se vê comprometida em sua raiz, pois não é possível que a atenção se volte para as especificidades concretas do usuário, se o seu mundo está amplamente afastado do serviço. Esse processo enriquece o modelo teórico relacionado à configuração subjetiva social da institucionalização, pois articula a dimensão institucional mais ampla estreitamente à qualidade da vivência concreta de uma pessoa atendida, tornando inteligível que **as limitações político-institucionais contribuem para a intensificação de dificuldades que usuários institucionalizados enfrentam no processo de tratamento.**

Para além da distância do seu território existencial, a fala de Fátima expressa uma situação de grande desconforto, na medida em que precisava morar na casa de uma pessoa que parecia a tratar como uma funcionária e não como amiga. Diante do que ela contava, suspeitei existir uma relação de exploração vivenciada por ela em relação à “amiga”. Essa

suspeita, posteriormente, ganhou a força de um indicador, ao conversar com dois profissionais da equipe que conhecem o caso dela e que também confirmaram essa mesma desconfiança.

Ainda a respeito de seu processo, Fátima disse:

Eu sou diagnosticada como esquizofrênica, mas o meu quadro já tá estabilizado... Eu não sei por que não me deram alta até hoje! Eu já me sinto bem melhor do que quando eu entrei. Não tenho crise desde que eu cheguei no CAPS... (Fátima, 46 anos).

A partir desta fala, somado ao que foi dito anteriormente, podemos pensar que a produção subjetiva atual de Fátima em relação ao seu tratamento não somente parece se dissociar do seu desenvolvimento pessoal, como parece se constituir numa barreira para esse processo. De acordo com o referencial teórico aqui utilizado, podemos dizer que esse processo impede a emergência do sujeito, gerando um nível de sofrimento que, ao se encontrar para além do rótulo diagnóstico, termina por não ser objeto de atenção institucional. Em casos como este, podemos pensar que as práticas institucionais distanciam-se em grande medida do seu **potencial educativo**, uma vez que não promovem situações de vida que favoreçam a construção da cidadania das pessoas atendidas e que as coloquem no lugar do desafio, rompendo com o *statu quo*.

Com essa afirmação, não pretendo ser simplista e indicar que a alta institucional seria a resolução de todos os problemas de Fátima. Para tanto, seria necessário um acompanhamento longitudinal, permitindo um estudo mais aprofundado de sua situação, que tornasse possível a elaboração de hipóteses mais abrangentes de seu processo. No entanto, no que concerne ao objetivo de compreender as configurações subjetivas do tratamento por parte dos participantes da pesquisa, acredito que esta interpretação já se mostra relevante para o modelo teórico em desenvolvimento, na medida em que torna inteligível que **o tratamento não cumpre, por si só, uma função terapêutica, podendo, inclusive, potencializar o processo de cronificação, mediante institucionalização da pessoa atendida**. Como lembra González Rey (2007), nenhuma relação é terapêutica em abstrato, mas somente alcança essa condição pela possibilidade de favorecer processos de mudança que sejam importantes na vida do outro. Em outras palavras, o tratamento não possui um valor inerente de forma independente da qualidade da vivência de quem é atendido. Pelo contrário, é somente na condição de favorecer uma trama concreta de vida que um processo de tratamento passa a fazer sentido – o que não parece ser o caso de Fátima.

Essa construção aponta para a importância de manter uma postura crítica sobre a forma como o tratamento se insere na vida de quem é atendido, de modo a buscar direcioná-lo ao favorecimento das potencialidades do sujeito e não na construção de uma situação que intensifique o fortalecimento de seus bloqueios. Tal postura crítica poderia favorecer a flexibilização das estratégias adotadas, em consideração à condição singular das pessoas atendidas e às diferentes formas de subjetivação existente frente ao tratamento. Diante de situações concretas como esta é que o estudo da subjetividade pode ter um valor heurístico na superação de lacunas institucionais atualmente existentes, pois permite gerar inteligibilidades sobre como determinado processo, como o tratamento, configura-se subjetivamente de maneira articulada a outros espaços sociais e a outros momentos da história de vida da pessoa (GONZÁLEZ REY, 2011).

Enquanto conversava com Fátima, o mesmo técnico que solicitou minha atenção anteriormente entrou na sala em que estávamos e perguntou:

Quem é sua médica, Fátima? Você está tomando direitinho a medicação? (Fátima respondeu positivamente). Mas não faltou nenhum comprimido essa semana? (Fátima fez um sinal negativo com a cabeça) (Técnico do serviço).

Esta fala do técnico expressa uma postura profissional que nos faz questionar a qualidade do diálogo estabelecido em determinados momentos com as pessoas atendidas. Ou seja, antes mesmo de buscar escutar o que Fátima tinha a dizer, o profissional já presumiu que seu problema estava, de certa forma, atrelado à displicência com a medicação, como se passar por algum sofrimento durante o tratamento correspondesse linearmente ao processo de “não adesão ao tratamento” – explicação recorrentemente utilizada para justificar momentos de dificuldade dos usuários. Nesse caso, podemos pensar que essa expressão se relaciona à representação de alguns usuários de que o tratamento está associado basicamente a responder de forma satisfatória as prescrições médicas e ao comparecimento das atividades propostas. Faz-se presente, mais uma vez, certa coerência entre as produções subjetivas das pessoas atendidas e a expressão profissional, fortalecendo a hipótese de se tratar de um fenômeno mais geral do que simplesmente casos esparsos no cotidiano institucional.

Ao final do diálogo com Fátima, vou ao encontro do mesmo técnico para conversar sobre alguns pontos tratados na conversa com a usuária. Abaixo, coloco parte deste diálogo:

Pesquisador: Talvez seria interessante investigar melhor se Fátima não está sofrendo uma situação de exploração com essa amiga. O que você acha?  
Técnico: É, ela já tinha me contado mesmo tudo isso. A gente desconfia mesmo de que essa moça que ela mora esteja explorando ela... A gente até vinha pensando que

a alta seria bom pra ela. Mas agora isso muda um pouco né, porque ela tá desse jeito, chorosa, daí é um pontinho a menos pra alta, né?

P: Mas será que ela não está “desse jeito” justamente por essa situação de exploração e de afastamento de casa que ela está vivendo?

T: É...

Esse trecho de diálogo parece fecundo para a construção teórica aqui realizada. Em primeiro lugar, é possível perceber uma associação direta, por parte do técnico da equipe, entre o choro de Fátima e um retrocesso no tratamento. Esse processo parece guardar estreitas afinidades à rotulação de Neto de “boicotador”, por parte de outro técnico. Ambas as situações parecem atreladas ao indicador previamente elaborado de que o comportamento visível parece ser mais valorizado do que os sentidos subjetivos que se configuram na expressão desse comportamento. De modo geral, tanto no caso de Neto, como no de Fátima, a assistência parece enfatizar um olhar voltado para a expressão sintomática da pessoa atendida, o que acaba por impossibilitar uma atenção pautada pela singularidade dos processos subjetivos envolvidos. Em segundo lugar, essa hipertrofia do aspecto sintomático encontra-se vinculada à outra hipótese tecida que relaciona a reificação do patológico ao distanciamento entre as potencialidades dos usuários e o tratamento realizado, pois oculta-se o caráter gerador do sujeito frente à sua própria expressão emocional. Por fim, todas essas construções contemplam e podem ser vistas como desdobramento da hipótese mais ampla da configuração subjetiva social da institucionalização, que sinaliza a produção da pessoa atendida como objeto dos procedimentos técnicos empreendidos, dificultando a emergência dessas pessoas enquanto sujeitos de seus processos de desenvolvimento.

No caso de Fátima, é possível afirmar que seria pertinente colocar no centro da discussão o que aparentemente vem sendo deixado em segundo plano. Isto é, a distância de sua cidade natal e o conseqüente afastamento da mãe e de sua filha, articulados à situação de exploração e desconforto em “casa alheia”, parecem culminar numa condição de grande sofrimento por parte dela, o que inevitavelmente impacta na forma como o tratamento é configurado subjetivamente. Se aspectos como estes não forem levados a sério, é possível afirmar que seu tratamento dificilmente cumprirá uma função terapêutica, uma vez que estará desvinculado do comprometimento com processos de mudança fundamentais para o seu modo de vida atual.

Como afirma González Rey (2011), desconsiderar as questões relativas ao modo de vida da atenção à saúde é desconhecer que os processos de saúde estão indissociados das esferas sociais e culturais atuantes. Por outro lado, por meio dessa desconsideração, a **dimensão educativa** a ser trabalhada pela instituição de saúde mental é impossibilitada em

grande medida, haja vista que tal dimensão somente pode se fazer valer a partir da potencialização de recursos existentes numa trama concreta de vida e não num padrão idealizado de desenvolvimento.

De maneira alternativa, a expressão do sofrimento de Fátima em função de sua situação de vida naquele momento poderia comunicar à equipe, inclusive, um **salto qualitativo** dela em seu próprio tratamento, na medida em que sofria justamente pelo descompasso entre o seu modo de vida e as condições que ela sentia ter naquele momento para enfrentar novos desafios e aproximar-se de quem é mais importante para ela. Isso poderia impulsionar alterações estratégicas em seu plano terapêutico, de modo a favorecer seu desenvolvimento. Contudo, nesse caso, o que podemos chamar de “choro de indignação” é antes compreendido como um **“pontinho a menos para a alta”** do que o substrato para algumas reflexões que deveriam se fazer mais presentes. Nesse sentido, penso ser pertinente questionar: até que ponto, em alguns casos, o tratamento, tal como está idealizado, não agrava o próprio sofrimento da pessoa que está “submetida” a ele?

Tendo em vista a alta recorrência de usuários institucionalizados nos serviços substitutivos de saúde mental, é possível pensar que as limitações na forma de lidar com situações como a que foi exemplificada com o caso de Fátima não dizem respeito somente ao escrutínio profissional do serviço em que foi ambientada a pesquisa, tampouco a indivíduos isolados e dispersos na convivialidade de Fátima, mas referem-se à **lógica biomédica** que marca ainda atualmente uma presença sistêmica e hegemônica em nossa subjetividade social. Por meio dessa lógica, o profissional especialista ocupa um lugar de detentor de todo o conhecimento, mediante institucionalização de um saber rígido sobre o outro. Trata-se de um processo avesso ao que foi discutido no capítulo teórico enquanto desinstitucionalização (AMARANTE, 2009) e afinado de forma contundente à culminância do usuário institucionalizado enquanto objeto de procedimentos técnicos.

Nesse sentido, são os padrões e referências da própria instituição as balizas para a assistência, de modo que, em situações de destacada fragilidade emocional e carência de vínculos sociais, tal institucionalização do saber culmina na institucionalização da própria pessoa atendida. Em última instância, trata-se de um processo que ata permanentemente o fenômeno do transtorno mental à condição de exclusão social. Com base nisso e em relação ao objetivo de compreender a relação entre a lógica biomédica de assistência à saúde e a institucionalização, torna-se possível afirmar que **a lógica biomédica voltada para a cura dos sintomas desdobra-se em processos de institucionalização que intensificam a cronificação da exclusão social da pessoa atendida.**

Ainda no mesmo dia, voltei a conversar com Fátima e questionei se ela já havia conversado sobre esse seu desejo de alta com algum profissional. Ela disse:

Eu conversei na semana passada, mas me falaram que eu só vou poder ter alta daqui uns dois meses. É que eu tô no processo de receber o auxílio doença do INSS, mas vai demorar, deve ser só daqui uns meses... daí eles estão esperando. Mas é muito tempo, eu não sei se eu aguento até lá! Minha mãe vem pra cá daqui um mês e eu queria muito, muito ir embora com ela pra minha cidade, pra minha filha... (Fátima, 46 anos).

Nesta fala, Fátima toca numa questão que me parece relevante para a discussão da institucionalização no âmbito da atenção à saúde mental: o benefício que é algumas vezes oferecido pelo governo para pessoas com transtorno mental grave. Trata-se do Benefício de Prestação Continuada, instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social e que é operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, e que, segundo *site* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso (...), e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2013).

Como fica patente em sua definição original, tal benefício não contempla pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, mas sim aquelas diagnosticadas com deficiência mental. Todavia, mediante conquistas políticas no âmbito da assistência social à saúde mental, em alguns casos, esse benefício também é concedido aos usuários de serviços assistenciais de saúde mental. Trata-se, a meu ver, de uma importante conquista em termos de direitos humanos e uma possibilidade assistencial que pode ser relevante no favorecimento de alguns processos de desenvolvimento dessas pessoas. Todavia, sem pretender esgotar essa complexa discussão, proponho uma breve reflexão sobre a forma como essa política tem ganhado contornos concretos na experiência de Fátima, buscando contribuir com reflexões que ultrapassem este caso único e possam ajudar na compreensão de outros casos em que essa questão se faça pertinente.

Em sua fala, Fátima associa o período planejado pelos profissionais para a sua alta institucional ao momento em que ela eventualmente conseguirá a obtenção de tal benefício. Entretanto, ao questioná-la se ela já se vê em condições de voltar para sua cidade natal, ela disse:

Eu acho que sim, porque eu acho que eu consigo voltar a trabalhar de novo. Eu fui cabeleireira muitos anos. Eu podia fazer o curso de novo. Mas se eu não conseguir voltar a trabalhar com isso, eu posso procurar outra coisa, porque eu tenho segundo grau completo... (Fátima, 46 anos).

Ainda que esta fala expresse somente no plano verbal a assunção de Fátima em ter condições atuais de voltar ao trabalho, parece pertinente a interpretação de que há desejo de que isso ocorra e certa disposição para tentar esse processo. Mais do que isso, sua fala aponta para outras possibilidades de inserção laboral, caso não consiga exercer o mesmo ofício que tinha antes do tratamento. No entanto, essa condição momentânea de acreditar em si mesma parece não ser apoiada institucionalmente, pois a própria alta institucional é planejada somente para quando ela obtiver o benefício (o que também fica expresso numa reunião de equipe quando o caso é discutido) e tampouco parece ser apoiada pela própria família e pessoas mais próximas de Fátima – o que acaba por intensificar a perpetuação de um processo incapacitante em sua vida. Este exemplo torna-se relevante para refletir sobre dificuldades da equipe profissional em lidar com o **processo da alta institucional**. Ou seja, de uma alta institucional que poderia ser construída em consonância a um momento diferenciado de seu desenvolvimento pessoal, levando em conta seu potencial gerador enquanto sujeito, passa-se a um processo que somente pode ser alcançado caso ela esteja “protegida” contra a sua possível incapacidade de reinserção no mercado de trabalho. Nesses termos, trata-se de uma medida, de certo modo, reativa contra uma dificuldade futura que é tida como provável pelas pessoas próximas a Fátima – o que vela uma profunda desconfiança de que ela possa efetivamente se desenvolver para além do escopo de sua “patologia”.

Esse processo pode ser exemplificado por um diálogo que tenho com Fátima cerca de dois meses após a nossa primeira conversa:

Pesquisador: Oi Fátima! Que bom te ver... como você está?

Fátima: Eu tô bem... a minha mãe chega daqui uns dias!.

P: É mesmo? Nossa, que coisa boa! E você está planejando voltar para a sua cidade com ela, como você me falou que queria?

F: Não, não volto não... (silêncio). A minha mãe e minha amiga, aquela que eu tô morando na casa dela, quer que eu espero sair o benefício...

P: Mas e você? O que você quer, Fátima?

F: Ah, eu acho que é melhor esperar o benefício mesmo, ainda que demore mais. Eu tô achando que eu não consigo voltar a trabalhar não, eu já esqueci as coisas que eu sabia fazer... É melhor esperar o benefício mesmo antes de voltar...

Diante da fragilização emocional em que Fátima se encontra, parece ter sido, nesse momento, impossível para ela conseguir concretizar aquilo que outrora considerou ser um

desafio possível: voltar a trabalhar. Assim, frente a uma situação de tamanha carência de vinculação social e a uma conjuntura assistencial que parece fortalecer suas próprias barreiras subjetivas, Fátima se vê condenada a permanecer na **comodidade carcerária da reclusão institucional**. Como as práticas institucionais e a conjuntura dos fatores sociais nos quais ela está imersa potencializam seu papel de “vítima”, ela passa a não desenvolver recursos subjetivos para emergir como sujeito frente às pressões vivenciadas – o que termina por intensificar sua fragilidade emocional, ao invés de facilitar o seu crescimento. Esse processo expressa uma das razões pelas quais a educação aparece atualmente como alternativa às formas institucionalizadas de medicalização e ao instrumentalismo da assistência à saúde.

Essa relação paradoxal entre trabalhar ou “conseguir o benefício do INSS” é recorrente para diversos usuários do serviço. Desde uma perspectiva baseada na semiologia psicopatológica, parece ser impossível compreender se a implementação ou a possibilidade desse benefício está realmente auxiliando a pessoa num momento de necessidade, ou se está contribuindo para potencializar a cronificação de seu sofrimento atual. Trata-se de uma limitação conceitual: diagnósticos psiquiátricos efetivamente não permitem gerar inteligibilidades sobre processos que estão para além de suas fronteiras.

Vale ressaltar que as reflexões aqui tecidas não se remetem à desconsideração da importante conquista do benefício social em pauta, em termos de direitos humanos. Pelo contrário, aponta que essa conquista somente se concretiza efetivamente na vida das pessoas atendidas se ela for praticada em consideração à singularidade de seus processos de desenvolvimento. Do contrário, corre-se o risco de que o uso desse recurso público sirva como meio de impotencializar as pessoas atendidas, enquanto incapazes de transformações em suas vidas e como inábeis para se inserirem produtivamente na vida social. É nessa perspectiva que se justifica buscar novas construções conceituais que sejam mais condizentes com a complexidade dos fenômenos em questão. Trata-se, neste caso, de uma contundente expressão da indissociabilidade entre teoria e prática ou entre elaboração de conceitos e compromisso social.

Essa situação aponta para a complexidade das produções subjetivas, sinalizando as múltiplas e indissociadas relações existentes em uma expressão que parece, a princípio, meramente individual. Isto é, primeiramente, torna-se possível perceber que a manifestação de sofrimento de Fátima na oficina terapêutica está associada a outros espaços sociais de sua vida (como o afastamento de sua cidade e entes queridos) e a outros momentos de sua história (como o tempo em que conseguia exercer um ofício regular).



Em segundo lugar, essa análise indica que, embora se trate da singularização de um processo subjetivo individual, ele está intensamente vinculado à forma como a técnica do serviço se relaciona com ela no preciso momento de sua expressão de choro. Mais do que isso, esse processo está também vinculado aos desdobramentos que ocorreram na equipe profissional do serviço e que, por sua vez, culminaram na permanência de Fátima no tratamento, esperando por um benefício que atesta sua incapacidade momentânea para voltar ao trabalho.

Por fim, podemos pensar que essa situação não representa somente a dificuldade dos profissionais em lidar com a situação, mas também é desdobramento da falta de apoio de familiares e pessoas eventualmente próximas, que poderiam ajudá-la no processo de superação desta sua dificuldade. Nesse sentido, mediante as outras construções interpretativas elaboradas e buscando avançar na relação entre lógica biomédica, institucionalização e educação, a análise desta situação nos permite pensar que **há um vácuo institucional atualmente existente na atenção à saúde mental, que se expressa pela dificuldade atual de desenvolver processos educativos, os quais poderiam dar maior suporte para a reabilitação social de pessoas que se encontram em situações de destacada fragilidade emocional.**

Com efeito, esse vácuo institucional não pode ser concebido como uma limitação exclusiva das ações dos serviços substitutivos em saúde mental, mas também se remete à carência de outros recursos sociais, como a precária rede de saúde pública presente atualmente na região. Essa relação entre as limitações político-institucionais e a intensificação das dificuldades de pessoas atendidas com destacada fragilidade emocional já foi abordada anteriormente. No entanto, a partir do desenvolvimento dos modelos teóricos em construção, essa questão se faz relevante novamente, demandando novas construções a esse respeito. Nesse sentido, é importante destacar a fala de um técnico do serviço, a partir de diálogo estabelecido em uma das **reuniões de equipe**:

O paciente tem muito medo de receber alta, porque ele conhece a dificuldade que é ser atendido fora do CAPS. Muitas vezes, pra você conseguir uma receita da medicação que você toma, precisa dormir na fila pra conseguir atendimento. Você já imaginou? A pessoa já tem uma condição psicológica sensível, já está em sofrimento e ainda ter que dormir na fila pra conseguir consulta psiquiátrica? Às vezes, eles ficam debaixo de chuva à noite toda pra conseguir! É caótico! Foi por isso que há muito tempo aqui no CAPS a gente criou o Grupo de Egressos, que é uma condição de alta das oficinas terapêuticas, mas que continua com o acompanhamento médico. Isso garante as consultas psiquiátricas e garante as receitas pras medicações que eles precisam tomar. Isso foi criado há muito tempo, mas como a situação dos atendimentos de saúde não melhorou nos últimos anos, esse grupo continua existindo... (Técnico do serviço)

Primeiramente, a fala do técnico expressa uma carência real da região, no que concerne à dificuldade de conseguir atendimento público com profissionais de saúde no âmbito das unidades de saúde locais. Sobretudo, no que concerne às **configurações subjetivas do processo de alta institucional**, fica explícito o temor dos usuários em situação de alta institucional frente à carência de atendimento psiquiátrico, na medida em que ele se faz necessário para o acompanhamento medicamentoso e, inclusive, condição fundamental para a obtenção desses medicamentos. Podemos pensar que esse temor se dá também em função da centralidade da terapêutica medicamentosa já mencionada anteriormente.

Em segundo lugar, a fala do técnico expressa a busca institucional por criar recursos para lidar com alguns problemas que ultrapassam a circunscrição do serviço, mediante a criação do “Grupo de Egressos”. Nesse sentido, sinaliza uma atenção aos aspectos políticos e conjunturais da saúde pública na região e, sobretudo, a busca por alternativas estratégicas para que as pessoas atendidas não fiquem desassistidas frente aos impasses institucionais percebidos. Entretanto, aponta para uma situação de crise assistencial no âmbito da saúde pública da região, que termina por comprometer amplamente as possibilidades terapêuticas da atenção de um serviço. Nesse caso, essa iniciativa configura-se como uma medida paliativa que está longe de alcançar a resolução do problema em questão – o que demandaria ações políticas muito mais amplas do que o escopo de um serviço apenas.

Mediante a alta demanda existente por novos atendimentos, que também passam a ser inseridos nas agendas dos psiquiatras, e a manutenção dos atendimentos desses usuários egressos, chega-se a uma situação de inchaço do serviço que não pode ser superada. Como se trata de um processo constante e gradativo de aumento dos atendimentos realizados, passa a ser inevitável a queda na qualidade do atendimento oferecido. Com efeito, essa queda na qualidade tem relação com o desfavorecimento da atenção às produções subjetivas singulares das pessoas atendidas, dificultando a elaboração de estratégias educativas pautadas pela construção da cidadania.

Ainda, outra fala pertinente para essa discussão veio da tia de Sebastião, em um dos encontros do **grupo de redes**. Para este encontro, havia sido solicitado que cada participante levasse consigo algum familiar, cuidador ou amigo, no intuito de aproximar os profissionais do serviço dessas pessoas de referência. Nesta época, Sebastião vivia na casa da tia e ela comentava sobre a sua percepção do desenvolvimento de Sebastião nos últimos tempos, abordando a possibilidade iminente de que ele recebesse alta institucional. Ela disse:

O Sebastião ama muito vocês aqui, ele gosta muito do CAPS. Ele sempre foi tímido desse jeito, desde criança. Ele não é de enturmar muito fora, não gosta de conversar muito com quem vai lá em casa. Ele gosta do cantinho dele. E aqui é diferente, é o único lugar que ele tem amigos. Então, eu peço pra vocês deixarem ele continuar no futebol dele com os amigos do CAPS e também para não tirarem o atendimento do médico, porque só eu sei a dificuldade que foi pra conseguir esse atendimento. Você vai no posto de saúde e muitas vezes não consegue e vocês sabem que ele não pode ficar sem remédio (Tia de Sebastião).

A fala da tia de Sebastião, tal como o trecho apresentado anteriormente do técnico em serviço, sinaliza a carência de serviços assistenciais de saúde básicos para a população, o que se desdobra em elementos de sentido subjetivo relacionados à insegurança e ao medo de que o sobrinho receba alta e se veja sem atendimento especializado. Além disso, sua fala expressa a vinculação de Sebastião aos profissionais e a outros usuários do CAPS. Contudo, também pode ser vista como expressão da carência de outros espaços de socialização em sua vida, de modo que seus vínculos pessoais parecem restritos às atividades realizadas no serviço. Isso indica a dificuldade do próprio serviço em propor **ações educativas** articuladas a outros espaços sociais para além de sua circunscrição, o que poderia favorecer a vinculação de Sebastião a outros grupos e potencializar sua socialização.

As dificuldades resultantes desse processo também se fazem presentes nas expressões de Sebastião, como em algumas falas já abordadas anteriormente e na seguinte fala em um dos **momentos informais** em que estava conversando com ele:

Ontem o dia inteiro e essa noite passada eu não fiquei bem não. Fiquei ansioso, inquieto... Não sei o que que aconteceu. Daí eu comecei a escutar as vozes, mas não sabia se era os vizinho aqui de casa conversando, se era coisa da minha cabeça... Não conseguia entender o que eles falavam... E já imaginou se eles me dão alta, moço? Daí eu vou ficar sem medicação, porque eles vão achar que eu estou bom e daí fica tudo ruim de vez! (Sebastião, 37 anos)

Algo que chama a atenção na fala de Sebastião é que, apesar de já termos conversado diversas vezes, no **grupo de redes**, sobre a alta não representar necessariamente a ausência de medicação, nem ausência de acompanhamento especializado em outras instâncias da rede de saúde, ele mantém essa estreita associação entre alta e desassistência profissional. Se por um lado isso aponta para a desconfiança de Sebastião em seus próprios recursos para alcançar uma condição de vida mais autônoma, por outro, essa expressão também pode estar vinculada ao conhecimento da parca rede de saúde pública existente em sua região, o que potencializa essa insegurança e sensação de abandono. Assim, de forma afinada ao que sua tia expressa, esse processo amplia o **modelo teórico relacionado às configurações subjetivas do processo de alta institucional**, na medida em que sinaliza uma **produção subjetiva em**

**relação à alta que expressa insegurança e sensação de estar sendo abandonado pelos profissionais que lhe atendem.**

No entanto, dentro dessa discussão, vale destacar outro agravante da situação de Sebastião, que é comum a diversos usuários atendidos no serviço, como no caso de Fátima, e que também se insere nas dificuldades político-institucionais aqui discutidas: ele vive numa região relativamente afastada do serviço, dificultando ações educativas institucionais no seio de sua comunidade. Todos esses elementos, aparentemente dispersos, parecem favorecer uma postura relativamente passiva no tratamento, em que o CAPS parece como o provedor de todos os recursos carentes na vida de Sebastião. Em última instância, esse quadro reforça a sua objetificação dentro do processo de seu tratamento, ao dificultar em grande medida a criação de situações que pudessem valorizar seu caráter gerador.

Frente a esses impasses, é possível elaborar a seguinte questão: se o trabalho para fora dos muros do serviço é prerrogativa básica dos serviços substitutivos no âmbito da Reforma Psiquiátrica (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1994), como realizar este trabalho se o serviço está sobrecarregado mediante crescente demanda de atendimento e geograficamente distante do território existencial das pessoas atendidas? Assim, apesar dos avanços das últimas décadas na dimensão da política pública de saúde mental, diversos impasses político-institucionais ainda dificultam amplamente a concretização dessa política no cotidiano dos serviços e das pessoas atendidas na região do DF (SANTIAGO, 2009; ZGIET, 2010).

Essas construções interpretativas permitem, nesse momento do estudo, a articulação de dois processos abordados neste eixo e que até o momento não foram devidamente relacionados: as dificuldades político-institucionais e o processo de institucionalização. Como fica expresso, as lacunas político-institucionais desdobram-se na intensificação da dificuldade de que as práticas assistenciais estejam efetivamente presentes no território existencial dos usuários e atentas às singularidades das pessoas atendidas. A consequência disso é uma atenção que se volta inevitavelmente para os seus próprios parâmetros institucionais, por não alcançarem a condição dessa abertura territorial. Esse processo tem amplo impacto na **configuração subjetiva social da institucionalização no âmbito do serviço pesquisado** e guarda estreitas relações com a hipótese da produção da pessoa atendida como objeto dos procedimentos técnicos do tratamento. Assim, apoiado nos indicadores previamente construídos e nas diversas expressões trabalhadas, podemos dizer que **as dificuldades político-institucionais no âmbito da atenção à saúde mental têm se desdobrado na intensificação do processo de institucionalização, mediante desfavorecimento de ações**

**voltadas para a singularidade das pessoas atendidas, comprometendo o processo de desinstitucionalização.**

#### **4.3.3 Principais construções parciais.**

De modo geral, com base nas principais construções interpretativas realizadas até o momento, destacam-se os seguintes pontos principais:

- 1) A configuração subjetiva social da institucionalização por parte do serviço onde foi realizada a pesquisa mostra-se estreitamente relacionada à produção das pessoas atendidas enquanto objetos de procedimentos técnicos. Essa realidade guarda articulações com processos institucionais nos quais desenvolvimento e tratamento aparecem dissociados um do outro. Nesses casos, o tratamento parece ser configurado subjetivamente pelos usuários como um processo realizado somente dentro do serviço de saúde mental, consistindo basicamente no comparecimento às atividades propostas e no acompanhamento das prescrições médicas. Assim, trata-se de uma expressão de uma lógica manicomial que ainda se faz efetivamente presente na lógica assistencial, não no formato de grades e muros, mas na maneira como as pessoas atendidas produzem subjetivamente suas experiências no tratamento. Essas construções hipotéticas ganham força pela coerência existente entre as expressões dos usuários, técnicos e, de forma mais ampla, da dinâmica institucional.
- 2) A lógica biomédica, ao se voltar prioritariamente para os aspectos sintomáticos do usuário, termina por ignorar os sentidos subjetivos que se configuram na base desses sintomas. Desse modo, termina por reificar sintomas em processos patológicos, distanciando as potencialidades das pessoas atendidas do tratamento e, conseqüentemente, do processo de alta institucional. Esse processo vincula-se à objetificação da pessoa atendida e desdobra-se em processos de institucionalização que acentuam a cronificação de sua condição de exclusão social. Nesse contexto, o papel da educação na cosmovisão do tratamento médico é ocultado, ao ser hipertrofiado o seu aspecto instrumental.
- 3) A realidade político-institucional atualmente vigente na região do DF intensifica o processo de institucionalização no âmbito da saúde mental, ao apresentar baixa

cobertura de serviços de saúde mental e carência de atendimentos especializados nas unidades de saúde. Isso culmina em diversas situações nas quais o serviço se vê afastado do território existencial da pessoa atendida, o que dificulta ações voltadas para a singularidade das pessoas atendidas, comprometendo o processo de desinstitucionalização. Além disso, pela falta de apoio institucional, nos casos de usuários marcados pela institucionalização, as configurações subjetivas da alta institucional parecem associar este processo a uma ameaça à condição de saúde e como um abandono por parte da equipe profissional. Nesse sentido, instaura-se um vácuo institucional desfavorecendo estratégias educativas que poderiam dar maior suporte para a reabilitação social de pessoas que se encontram em situação de destacada fragilidade emocional.

- 4) O tratamento no âmbito da saúde mental não possui um valor inerente e dissociado de seus desdobramentos na vida concreta das pessoas atendidas. Pelo contrário, ele somente alcança a condição terapêutica na medida em que promove mudanças e favorece a construção de caminhos alternativos nos processos de desenvolvimento humano implicados em sua *práxis*. Nesse sentido, faz-se relevante a implementação de estratégias educativas alternativas, mediante construção de práticas conjuntas que potencializem a cidadania e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de promoção social.

#### **4.4 Eixo temático 2 – Educação e modo de vida: o desenvolvimento na ação favorecendo a emergência do sujeito**

Até o momento deste estudo, foram abordados aspectos empíricos relativos às produções subjetivas associadas ao processo de institucionalização. Dentre esses aspectos, destacaram-se os desdobramentos da lógica biomédica centrada nos sintomas, que parecem impactar intensamente pessoas atendidas com destacada fragilidade emocional e carência de vinculação social. Todavia, também se fez presente na construção dos modelos teóricos em desenvolvimento a importância da implementação de **estratégias educativas**, contribuindo com o favorecimento da construção de caminhos alternativos à institucionalização. Tais

estratégias estariam vinculadas à potencialização da cidadania e, com efeito, a diferentes possibilidades de promoção social. Nesta perspectiva, por considerar a importância dessas estratégias, neste segundo eixo temático, serão abordadas algumas alternativas institucionais nesse sentido, com ênfase no **modo de vida** (GONZÁLEZ REY, 2004b, 2011) e na **emergência da pessoa atendida enquanto sujeito do próprio tratamento**. Desse modo, a intenção é discutir algumas ações que se pautem pelo favorecimento integral do desenvolvimento humano, superando a tendência da busca pela cura da “doença mental”.

#### 4.4.1 Ações educativas e a emergência do sujeito: o cuidado para além da fronteira do serviço.

A primeira situação discutida é a mobilização da equipe de profissionais e as estratégias de ações estabelecidas frente ao processo de internação psiquiátrica de Nina – participante do **grupo de redes** –, que ocorreu durante o processo da pesquisa. Um trecho de fala de Nina já foi abordado no primeiro eixo, todavia, pela relevância deste seu processo para a construção teórica deste estudo, faz-se importante acrescentar outras de suas características pessoais e alguns trechos de fala que abordem sua trajetória institucional.

Nina tem 47 anos, é uma mulher simpática e falante. É mãe de três filhos, divorciada (embora more com o ex-marido, que se tornou um “companheiro”), reside numa cidade do estado de Goiás situada a 80 km do serviço e faz tratamento no CAPS II há cerca de três anos. Em sua vida, Nina já trabalhou como professora de crianças e adolescentes, bem como já empreendeu diversas atividades comerciais. Ela é diagnosticada com transtorno bipolar e sua história é marcada por dezenas de internações psiquiátricas, que se iniciaram quando ela tinha 18 anos. Sobre esse processo, ela diz, em um encontro do **grupo de redes**:

Ih, eu já tive muita internação psiquiátrica na minha vida... Já conheci manicômio em tudo que é lugar: Rio de Janeiro, Belém do Pará... Aqui na região mesmo eu conheço todas as clínicas! Dede os 18 anos, eu interno praticamente todo ano e inclusive já teve ano que eu internei mais de uma vez... Vem a crise e daí não tem jeito, eu vou parar junto com os doido no sanatório... (Nina, 47 anos).

Outra fala de Nina que se faz importante para esta construção se deu em um **momento informal**:

O negócio é esse Daniel. Eu vou indo bem, vou melhorando, vou retomando as minhas coisas e o médico vai diminuindo a medicação. Só que daí chega uma hora que eu fico muito acelerada e acabo sendo internada. Daí retorna tudo de novo. A

medicação volta a ficar muito alta, eu fico grogue... morrendo de sono e com preguiça de fazer qualquer coisa... até eu ir melhorando de novo e assim vai... Isso é cíclico (Nina, 47 anos).

A fala de Nina e seu histórico de periódicas e frequentes internações guarda certa relação com a construção realizada a partir da situação em que o choro de Fátima foi interpretado por um técnico do serviço enquanto “um pontinho a menos para a alta”: a ênfase pelos aspectos sintomáticos parece prevalecer à consideração pela singularidade da produção subjetiva da pessoa atendida. Mais do que isso, ambas as situações parecem expressar um aspecto importante relacionado à **configuração subjetiva social da institucionalização** por parte do serviço pesquisado e que, mediante os trechos de fala de Nina, agora se faz inteligível: **a subjetividade social hegemônica da instituição associa a crise psicológica diretamente a um retrocesso no tratamento**. Nesse sentido, mediante um processo de crise, sobretudo se acompanhado de internação psiquiátrica, como no caso de Nina, a construção do processo da alta institucional parece se distanciar da realidade e as conquistas do tratamento por vezes parecem descartadas.

Nesta lógica, podemos pensar que as formas como são tratadas as crises, em geral, cumprem um papel importante na cronificação de um círculo vicioso recorrente, que, de fato, não parece ser questionado. Nesse processo, frequentemente, de forma gradual, a pessoa atendida vai se desenvolvendo e alcançando novas conquistas em seu tratamento, mas, em função de uma multiplicidade de questões (inclusive, por pressões sociais sofridas decorrentes das próprias transformações empreendidas em sua vida), ela acaba tendo uma nova crise. Nesse momento, muitas vezes, ela é internada e o seu tratamento volta a ser concebido e tratado pelos profissionais – e amiúde pela própria pessoa – como uma “volta à estaca zero”, sendo direta a associação entre crise e retrocesso. No caso de uma internação, após a crise, a pessoa volta ao CAPS, desenvolve-se de maneira limitada novamente, até a eclosão de outra crise e tudo retornar.

Tal círculo vicioso pode ser visto como mais uma expressão de concepções e práticas pautadas pela lógica biomédica, na medida em que são focalizados os aspectos sintomáticos expressos pelo usuário, terminando por se ignorar as especificidades dos sentidos subjetivos produzidos em determinada situação – o que culmina na produção da pessoa atendida enquanto objeto de procedimentos técnicos e controlados. Nesse caso, perde-se a oportunidade de trabalhar com o usuário de maneira diferenciada, de forma mais afinada à singularidade de seus processos concretos de vida.



De maneira alternativa, desde a perspectiva assumida neste estudo, podemos pensar que a própria crise poderia ser considerada como fenômeno capaz de auxiliar em construções epistêmico-teóricas pertinentes à atuação profissional, superando práticas assistenciais que ainda parecem carecer de reflexões teóricas e críticas que possam engendrar novos modos de pensar e fazer a atenção à saúde mental. Essa forma alternativa de lidar com a situação da crise parece ter se dado no caso de Nina no curso da pesquisa, embora ela tenha sido internada em um hospital psiquiátrico em decorrência desse processo. Tratou-se, a meu ver, de uma importante expressão daquilo que foi discutido na parte teórica deste estudo enquanto o **cuidado para além da fronteira do serviço**.

Nesta ocasião, a internação de Nina no hospital psiquiátrico local se deu após a eclosão de uma crise que coincidiu com um momento fértil de reflexões sobre o seu próprio desenvolvimento no **grupo de redes**, em que ela começava a concretizar alguns projetos diferenciados em sua vida. Tal internação durou cerca de três meses e, durante este período, a equipe se mobilizou para visitá-la três vezes. Em cada uma dessas visitas, diferentes profissionais estiveram presentes e, em todas as ocasiões, tive a oportunidade de acompanhá-los. Esse período se desdobrou em um interessante momento de reflexão com a equipe sobre o papel da internação no tratamento dos usuários, bem como sobre concepções e práticas em períodos de crise psicológica, tendo como eixo a lógica de toda a atenção em saúde mental.

Um trecho desses diálogos, a caminho de uma das **visitas à internação psiquiátrica**, é marcante nesse sentido:

Técnico 1: Mas e agora que a Nina está em crise, hein? A gente muda o plano terapêutico dela?

Técnico 2: Eu não sei... ela estava indo tão bem com os projetos dela...

Pesquisador: Mas a crise também não pode ser vista como um momento delicado no desenvolvimento dela, ou inclusive expressar um salto qualitativo nesse desenvolvimento?

T1: É... senão a gente fica perpetuando um processo que nunca tem fim!

T2: Ela vem aqui, melhora, tem uma crise e volta tudo... Até quando, né? Gente, são 30 anos desse jeito!

P: Pois é. Às vezes eu fico pensando que somos nós que devíamos pensar na nossa tolerância para lidar com formas de se expressar que desviam da norma e do controle...

T1: É verdade... a gente fala muito que o paciente que tá institucionalizado, mas não vê que muitas vezes são os próprios profissionais e o serviço que estão institucionalizados, cronificados...

Esse trecho de diálogo, que apresenta uma reflexão conjunta com base no caso de Nina, expressa um momento em que há abertura para refletir de maneira diferenciada, favorecendo a criação de alternativas frente aos procedimentos padronizados costumeiramente

adotados. A fala do Técnico 2, em que diz “**Gente... são 30 anos desse jeito!**”, leva-nos a questionar se efetivamente a recorrência das crises de Nina é uma consequência direta do **curso natural da doença** (AMARANTE, 2009), ou se, com efeito, manter a mesma sequência de intervenções assistenciais não seria determinante para cronificar o lugar social do dito “doente” e, conseqüentemente, cronificar seu sofrimento. Por sua vez, o posicionamento final do Técnico 1, ao questionar a condição de institucionalização dos profissionais do serviço e da própria instituição, é interessante na medida em que parece problematizar, se, ao invés de categorizar o outro com base em seu comportamento, não for a própria incapacidade para transformar uma situação tão crítica que deveria colocar em xeque as limitações assistenciais. Nesse caso, o julgamento do outro dá lugar, ao menos no plano verbal, à autocrítica de perceber-se, por vezes, sem condições de criar novas possibilidades e, em última instância, num posicionamento cronificado.

Essa mesma postura se fez presente no seguinte posicionamento de outro técnico do serviço em uma das **reuniões de equipe**:

Até que ponto o paciente vai ficar aqui porque ele é crônico e até que ponto não são todos os problemas que a gente tem que está institucionalizando o paciente? Muitas vezes tem essa confusão (Técnico do serviço).

A manutenção de questionamentos, como os que se encontram em ambos os trechos apresentados, parece fundamental para manter uma postura crítica e reflexiva frente aos impasses existentes, a fim de permitir a abertura para pensar estratégias inovadoras e condizentes com a complexidade dos fenômenos abordados em serviços de saúde mental. Trata-se de um esforço de repensar as próprias práticas, de modo que, embora se reconheçam limitações sociais mais amplas existentes, não se resumam a elas as possibilidades criativas de inventar o diferente. Em outras palavras, tal postura crítica favorece o reconhecimento das dificuldades atuantes nos impasses institucionais, todavia, culmina na responsabilização das próprias práticas frente a eles, inclusive, no intuito de buscar superá-las.

Nesse sentido, tendo em vista os processos de cronificação das práticas institucionais estandardizadas frente às crises psicológicas e atento ao objetivo de avançar na explicação de estratégias institucionais afinadas ao processo de desinstitucionalização, é possível pensar que **estratégias institucionais pautadas pela flexibilidade e pela abertura à singularidade das manifestações psicológicas do usuário favorecem a busca por alternativas à institucionalização**. Essa elaboração hipotética ganhará novos elementos, mediante a consecução das construções interpretativas deste eixo.

Após alguns diálogos conjuntos, houve uma decisão consensual sobre a estratégia do serviço para lidar com o caso de Nina. Isso é apresentado pelo trecho de um diálogo tecido entre dois técnicos em uma das **reuniões de equipe**:

T1: Talvez a gente devesse manter a Nina no grupo de redes mesmo e tentar apoiar ela nos projetos que ela quer fazer...

T2: É... a gente pode ir acompanhando, né? Se a gente ver que não dá certo, pensa em outra coisa.

T1: Eu acho que isso é importante porque mostra confiança da gente em relação a ela... acho que isso faz muita diferença!

A decisão por manter Nina no **grupo de redes**, nesse caso, pode ser vista como indicador da flexibilização de estratégias voltadas para a potencialização de seus projetos de vida, de maneira afinada à construção hipotética tecida anteriormente. Vale ressaltar que esses diálogos não se deram somente no interior do serviço, mas também juntamente com Nina, durante uma das **visitas à internação psiquiátrica**. No primeiro desses encontros, ela perguntou:

Agora deve mudar meu plano terapêutico tudo de novo, né? Afinal de contas, como eu vou me manter em um grupo para alta, se eu acabei de ter uma crise? (Nina, 47 anos).

Esse posicionamento parece expressão do aspecto da subjetividade social que associa crise psicológica diretamente ao retrocesso, tal como elaborado anteriormente, repercutindo em grande medida nas **configurações subjetivas do tratamento** por parte dos usuários. No entanto, neste caso, a resposta de um dos técnicos foi a seguinte:

Nina, a gente conversou bastante lá no CAPS e a gente entende esse seu movimento, com seus projetos e inclusive com a alta do CAPS, como um processo, que vai sendo construído. Não é de uma vez... e também né... acontecem dificuldades também... Mas pode ser um processo no qual você continue caminhando, se você quiser... (Técnico do serviço)

Foi então que Nina respondeu:

Eu quero continuar me desenvolvendo mesmo! Não quero ficar lá só em grupinho que faz isso e que faz aquilo não, eu quero uma vida diferente. Eu quero esse grupo sim, porque eu quero receber alta. Eu sinto que apesar de tudo, eu tô no caminho. Eu quero dar cabo nos projetos que eu fiz lá. Quero fazer os sabonetinhos pra vender e ter uma renda, ainda que seja pouco. Quero escrever meu livro sobre a minha história, porque eu sinto que, com a minha experiência, eu posso ajudar muita gente... Não quero abandonar nada disso! Eu me identifiquei muito com esse grupo, como nunca eu me identifiquei antes com nenhum outro. Eu ficava lá, fazendo

artesanato, lendo uma história, cantando... No grupo de redes não, eu tô me preparando pra eu sair, pra eu ter alta. (Nina, 47 anos).

Algo interessante nessa sequência de falas é que, à medida que foi dado um espaço no diálogo com Nina para ela se posicionar, ocorre uma mudança tanto em sua entonação de voz, como no conteúdo de sua fala – o que pode ser visto como indicadores da relevância emocional desse processo para ela. A princípio, ela parece ratificar a expressão socialmente hegemônica de sua internação enquanto “um ponto a menos” em seu tratamento. Todavia, após o posicionamento do técnico expressando a confiança da equipe em seus projetos e em seu desenvolvimento, espontaneamente, ela se refere de forma diferenciada em relação à sua crise, dizendo que, apesar de tudo, ainda sente estar “**no caminho**”, abordando concretamente projetos de vida específicos que quer realizar, como a produção de sabonetes e a escrita de um livro sobre a sua história. Nesse caso, o conjunto desses indicadores leva à consideração da qualidade da relação estabelecida com Nina no processo dessas visitas, mediante criação de um espaço dialógico promovido pelos profissionais do serviço, repercutindo no favorecimento desse posicionamento diferenciado de Nina em relação ao próprio processo de tratamento.

Atentos a esse posicionamento de Nina, na seguinte **visita à internação** que realizamos, levamos para ela um livro intitulado “A História de Beta” (BRASIL, 2003), que apresenta a autobiografia de uma senhora que passou por diversas experiências de internação psiquiátrica, por uma série de surtos psicóticos e que, apesar de todo sofrimento, conseguiu elaborar um livro sensível e interessante sobre a sua história. Juntamente com o livro, levamos folhas em branco e caneta para Nina escrever. O intuito dessa ação foi afirmar simbolicamente, a partir de materiais que poderiam servir como inspiração para Nina, a nossa confiança nela e, mais especificamente, em seu projeto de escrever um livro sobre a sua própria história. Tratou-se da utilização de um recurso que foi entendido como favorecedor para o processo de Nina, a partir dos diversos indicadores que iam sendo elaborados no curso de seu tratamento. Diferentemente da concepção tradicional de instrumentos de pesquisa, que prima pela formalização e suposta neutralidade, neste caso, a intenção foi precisamente buscar o envolvimento subjetivo de Nina em uma atividade significativa para ela.

Foi então que descobrimos que, mesmo internada no hospital psiquiátrico, Nina havia escrito algumas partes desse livro. Ela disse:

Eu tenho tido ótimas ideias pra escrever, porque é diferente escrever quando você tá dentro da crise. Isso pode ser ótimo pras famílias de outros pacientes saberem como lidar com alguém que tem esse tipo de problema em casa! Eu quero muito ler o livro

que vocês trouxeram, obrigada! E eu tô dentro desse projeto! Eu prometi pra vocês que ia fazer esse livro e no dia que eu não cumprir a minha palavra vocês podem me enterrar! (Nina, 47 anos)

Essa fala de Nina foi emocionada e pronunciada em tom firme. Nesse caso, embora ela estivesse numa situação difícil na internação psiquiátrica, sua expressão pode ser vista como indicador do valor do outro em sua vida, bem como da assunção de sua responsabilidade pessoal sobre o seu desenvolvimento. Ela parecia nos apresentar, orgulhosa, alguns pilares do que ela considerava a sua “palavra” – algo que a constituía e dava forças para seguir adiante. Durante o período em que esteve internada e após a alta hospitalar, Nina manteve a escrita de partes do seu livro.

Nesta perspectiva, de forma alternativa ao obcecado objetivo de um retorno ao estágio de saúde anterior à eclosão da crise, pareceu mais relevante, no caso de Nina, construir ações voltadas à promoção do seu caráter gerador, malgrado seu intenso sofrimento naquele momento. Essas ações podem ser exemplificadas pelas visitas durante o período de sua internação e pela manutenção do projeto de escrita do livro, apoiando a concretização desse sonho que ela tinha. Com base nos indicadores previamente construídos, tais ações parecem ter favorecido um posicionamento diferenciado de Nina nesse processo, mediante assunção de sua responsabilidade pessoal sobre o seu desenvolvimento. Desse modo, parece pertinente que as estratégias institucionais de atenção à saúde mental sejam constantemente repensadas e reformuladas, na medida em que elas somente cumprem seu papel se forem direcionadas ao favorecimento das peculiares maneiras do outro se desenvolver, mediante suas contradições, especificidades e momentos de ruptura. Reside precisamente neste papel o que tem sido defendido neste estudo enquanto a **importância do caráter educativo** das práticas institucionais neste contexto.

Assim, de forma afinada às construções hipotéticas tecidas e dentro da discussão sobre a elaboração de estratégias voltadas para o trabalho de desinstitucionalização, torna-se possível afirmar que **a valorização do caráter gerador do outro é importante mesmo em situações de intensa fragilidade emocional e engendra ações educativas voltadas para a potencialização de suas singulares produções subjetivas, superando a circunscrição da atenção centrada no rótulo diagnóstico da pessoa atendida.**

Algo que parece relevante é que a manutenção deste projeto não ocorreu de forma isolada, mas articulada a outras iniciativas que Nina passou a empreender logo que voltou para casa. Um exemplo disso foi que, no primeiro encontro do **grupo de redes**, ela levou os sabonetes produzidos, os quais havia planejado fazer por tanto tempo. Os sabonetes tinham

formatos diferentes aos convencionais e estavam cuidadosamente confeccionados para a venda. Ela disse:

Gente, eu tô até dopada com o tanto de medicação que eu tomei na internação. Ainda tô bastante afetada com isso. Mas consegui comprar os ingredientes pra fazer os sabonetinhos e olha o tanto que eu já fiz! (risos) E olha que já tá no fim gente! Eu já vendi sabonete a rodo e vou terminar de vender eles hoje aqui pra vocês (risos) (Nina, 47 anos).

Essa fala e postura de Nina nesse momento parecem expressar que, mesmo em algumas vivências de profundo sofrimento, é possível se manter ativo na consecução de alguns projetos e buscar viver experiências de conflitos de maneiras mais saudáveis. Não há, por assim dizer, uma circunscrição da vida aos limites dos problemas atuais, guardando espaço para se lançar subjetivamente, em novas esferas da vida, ao que ainda está por ser feito, ao porvir. Isso parece ser uma expressão de que somos não apenas aquilo que já conseguimos ou falhamos em conseguir, mas fundamentalmente a abertura que damos para o que ainda podemos ser e que inevitavelmente ainda não alcançamos no presente.

Nesse caso, a partir do que foi apresentado, o apoio institucional recebido parece ter tido desdobramentos subjetivos que mobilizaram Nina a sustentar aspectos importantes de sua vida. Essa dinâmica também fica expressa na seguinte fala de Nina, em um **momento informal**, certo tempo após sua saída da internação:

Os dias que vocês me visitaram no hospital foram os dias mais felizes da minha vida. Eu pensei: “é essa a minha turma! Eu tenho que sair da internação e voltar pros meus amigos” (Nina, 47 anos).

Nina permaneceu produzindo e comercializando sabonetes nos meses seguintes à internação psiquiátrica, mas em função da baixa renda conseguida, lançou-se em outros desafios, como a venda de cosméticos e a revenda de bijuterias. Essas outras iniciativas eram pensadas e discutidas nos encontros do **grupo de redes**, de modo a criar um espaço de diálogo que não somente abordava as dificuldades subjetivas de sua situação, mas que promovia a ação, mediante proposições desafiadoras e pertinentes aos anseios de Nina. Desse modo, para além de um caráter pontual em seu desenvolvimento, podemos pensar que essa sequência de ações empreendidas ao longo do tempo por Nina representa um momento de **ruptura com a morosidade** na qual antes ela referia estar “estacionada” e a **configuração de novos processos subjetivos vinculados à ação** e à busca por novos desafios.

Esse processo parece ter tido amplos desdobramentos na vida de Nina, que impactaram positivamente no seu tratamento de modo geral. Ela disse em outro encontro do **grupo de redes**:

Essa internação que eu tive dessa vez foi muito melhor do que as outras. Eu nunca estive numa internação tão consciente e mudando coisas tão importantes pra mim. Antes, eu ficava lá esperando a alta só, e dessa vez eu também agi. Tanto que eu fiquei muito menos tempo do que eu costumava ficar. E olha só! Faz poucos meses que eu saí da internação e o psiquiatra já tá reduzindo bastante a minha medicação de novo. Isso é porque eu tô me sentindo bem! Tô ficando com menos preguiça e mais disposta pra fazer as coisas do dia a dia... É, acho que eu tô melhorando mesmo (Nina, 47 anos).

De maneira geral, a fala de Nina expressa a indissociabilidade entre assistência e desenvolvimento, rompendo com a representação social do tratamento enquanto processo realizado somente dentro do serviço de assistência – tal como foi construído no primeiro eixo temático. Nesse sentido, foi mediante mudanças empreendidas em diversas dimensões de seu desenvolvimento que se pode dizer que o tratamento tenha cumprido um papel terapêutico em sua vida. Nesse processo, faz-se marcante não somente a acolhida de Nina ao apoio oferecido por nós durante as visitas, mas a assunção de sua responsabilidade individual no próprio tratamento e, de maneira mais ampla, sua postura enquanto protagonista de importantes transformações em seu desenvolvimento.

Assim, para além da equipe que lidou com o caso, Nina também rompeu com a representação social hegemônica que associa diretamente crise e retrocesso, ao produzir sentidos subjetivos alternativos àqueles que provavelmente cronificaram a sua situação – o que impacta tanto o seu percurso singular e individualizado, como o contexto social mais amplo no qual ela está inserida. Dessa forma, seu próprio posicionamento parece expressar que, se concebermos o desenvolvimento humano como um processo não linear e com importantes rupturas em seu curso (VIGOTSKY, 2009; GONZÁLEZ REY, 2003), torna-se estéril associar diretamente uma dificuldade no desenvolvimento com um atraso em seu processo.

Nessa perspectiva, de maneira divergente aos elementos que parecem nortear as diretrizes hegemônicas no campo da saúde mental, o comportamento identificado como crise pode ser concebido como associado a um processo qualitativamente diferenciado e importante para o desenvolvimento da pessoa atendida. Nesse ponto, a definição de **sujeito** ajuda a pensar o processo de Nina, na medida em que o sujeito “[...] representa um momento de contradição e confrontação não somente com o social, mas também com sua própria

constituição subjetiva que representa um momento gerador de sentido de suas práticas” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 240).

De maneira geral, o que parece ter prevalecido entre a equipe profissional, nesse caso, foi o cuidado e o cultivo do vínculo construído com ela ao longo dos anos e a franca consideração pelas potencialidades que se mantinham presentes mesmo no curso da crise psicológica. É nesse sentido que a relação deixa, nesse momento, de se pautar pela institucionalização do outro, mediante julgamento categorizado de seu comportamento, e torna-se flexível e pautada pela singularidade dos processos subjetivos de quem é atendido. Em casos como este, torna-se possível a inteligibilidade de processos que promovam uma forma de **cuidado para além da fronteira do serviço**.

Assim, trata-se de uma sequência de ações profissionais que parecem pertinentes aos desafios do trabalho de desinstitucionalização, sobretudo, porque oferecem a abertura inicial para que o outro seja considerado com base em seus parâmetros e possibilidades e não desde um posicionamento hierárquico e simbolicamente opressor. Nesse caso, ao invés de o terapeuta julgar o comportamento do outro pautado por seus referenciais, é o próprio profissional que se coloca em risco (NEUBERN, 2013) e se vê questionado diante de suas possibilidades para favorecer novas produções subjetivas do outro. Assim, torna-se possível, ao menos a princípio, a constituição de um trabalho pautado pela criação de alternativas à institucionalização, na medida em que o outro sai do lugar de objeto de procedimentos – conforme **configuração subjetiva social hegemônica da institucionalização** – e é dado maior espaço relacional para sua emergência enquanto **sujeito** do seu tratamento.

Assim, mediante o conjunto de indicadores e hipóteses elaborados até o momento, torna-se possível afirmar que **a condição de sujeito é favorecida por uma relação que privilegia a condição de diálogo e a consideração pelas produções subjetivas do outro**. Essa relação não é direta nem linear, mas frente à consecução dos processos aqui apresentados, torna-se possível de ser pensada. Concordando com González Rey (2003, p. 224):

O resgate da ideia do sujeito não passa pela ideia de controle deste sujeito sobre o mundo, mas pela ideia de sua capacidade de opção, de ruptura e de ação criativa, ou seja, pela ideia de que sua ação atual e seus efeitos são constituintes de sua própria subjetividade, e não causas que aparecem como elementos externos da ação.

Após essa sequência de iniciativas de Nina, ela disse, em um dos **momentos informais** em que dialogávamos a respeito do seu desenvolvimento no tratamento:



Eu sinto que é como se tivesse um rio na minha frente, Daniel. E eu já estou prontinha pra nadar. Já passei protetor, estou de maiô, o sol está quente, a água é fria e ninguém pode me empurrar. É proibido me empurrar, porque sou eu que tenho que pular. Mas eu ainda não consegui... (Nina, 47 anos).

Essa fala de Nina expressa, primeiramente, uma grande riqueza simbólica, na medida em que produz uma metáfora clara e relativamente simples para falar de um processo sumamente complexo do seu desenvolvimento. Isso indica sua alta capacidade de utilizar recursos da imaginação e da fantasia para refletir sobre sua própria experiência. Além disso, trata-se da assunção de um posicionamento ativo e apropriado frente ao próprio desenvolvimento, na medida em que reconhece que não é o outro que vai promover o “pulo na água”, mas ela mesma. A água é fria e possivelmente isso traz insegurança e medo a respeito de como ela vai se sentir após pular. Todavia, ela já se sente preparada, ou quase preparada, para empreender essa aventura. Nesse caso, é possível estabelecer uma associação entre o “pulo na água” e o “salto na vida”, no sentido de alcançar uma condição do seu desenvolvimento que, embora sonhada, ainda não pôde ser concretizada até este momento.

Essa interpretação ganha contornos mais nítidos a partir de outra fala de Nina em outro **momento informal**:

Eu estou me escondendo atrás de um muro que eu construí e aos pouquinhos eu estou derrubando esse muro. Só que eu já cheguei no meio do muro e consigo ver o outro lado. Eu não sei se eu termino de derrubar o muro ou se eu já pulo o muro. O importante não é só passar pro outro lado? Então, eu não preciso mais derrubar o muro! É só pular. Mas esse pulo está difícil... Depende de uma cirurgia de vesícula que eu preciso fazer, de uma redução de remédio pra eu ficar mais animada... Depende de um regime, porque eu tô muito gorda. São coisas que eu tenho que fazer por mim. Não tem como outra pessoa ficar fazendo as coisas por mim. Eu tenho que reagir. O CAPS já deu o que tinha que dar na minha vida e agora é hora de eu alçar voos. Todo mundo do meu grupo teve alta e eu fiquei. Já está entrando novas pessoas e eu sou do grupo antigo. Quando é que eu vou sair de alta? Eu sinto que é quando eu pular esse muro (Nina, 47 anos).

Esta fala de Nina é repleta de elementos significativos para os objetivos desta pesquisa. Primeiramente, podemos pensar que o “pulo na água”, relacionado anteriormente ao “salto na vida”, pode agora ser também associado com a superação da institucionalização que se faz marcante em sua vida e, nesse sentido, com “**sair de alta**” do CAPS. Para tanto, é preciso, como ela coloca, “**alçar voos**” e isso parte de suas próprias iniciativas, não somente dos outros. Em segundo lugar, é importante destacar a forma como a alta institucional e, de forma mais ampla, a desinstitucionalização parecem serem vivenciadas enquanto **processos** e

não como um momento isolado, o que é associado à metáfora do processo de “**derrubar o muro**”.

Por último, a fala de Nina traz uma estreita associação entre a dificuldade de concluir o processo de alta institucional a outros problemas atuais em sua vida, como a cirurgia da vesícula, a necessidade de ter mais ânimo para empreender suas atividades e a importância de perder peso, em função de sua obesidade. A partir destas expressões e de forma associada à construção realizada no eixo anterior a respeito da indissociação entre tratamento e mudanças no desenvolvimento concreto da pessoa atendida, torna-se possível a ampliação do modelo teórico em relação às **configurações subjetivas do processo de alta institucional**, na medida em que se faz possível afirmar que **o processo de alta institucional é configurado subjetivamente de maneira indissociada de espaços de vida que estão além dos aspectos circunscritos ao transtorno mental e ao tratamento**. Em outras palavras, trata-se de uma expressão da integralidade do desenvolvimento humano, guardando sua lógica configuracional e sua dinâmica enquanto sistema, superando uma concepção de desenvolvimento enquanto elementos fragmentados que atuam paralelamente uns aos outros.

Por esta concepção de desenvolvimento, pela vinculação existente entre tratamento e desenvolvimento e mediante a estreita associação tecida por Nina entre processos concretos de sua vida e os desdobramentos de seu tratamento, podemos pensar na estreita articulação existente entre o processo de desinstitucionalização e o **modo de vida** da pessoa atendida (GONZÁLEZ REY, 2004b, 2011). Nesse sentido, as outras esferas de sua vida parecem se articular complexamente aos processos do tratamento, colocando eventuais barreiras ao seu desenvolvimento ou eventualmente potencializando-o.

#### **4.4.2 Desinstitucionalização e modo de vida: a assistência pautada pelo favorecimento de possibilidades.**

Mediante discussões entre a equipe profissional acerca dos casos trabalhados no **grupo de redes** e sobre as relações complexas existentes nesses processos, passamos a propor “tarefas” singulares para cada um dos participantes do grupo, de acordo com a necessidade que demonstrassem e a partir da elaboração de conquistas importantes a serem empreendidas em suas vidas. A importância dessa iniciativa, seguramente, estava para além do cumprimento de determinada ação, mas residia na abertura para que, a partir dessa ação, novas produções subjetivas se tornassem possíveis, podendo repercutir de maneira importante na vida de cada um – conforme associação entre os **processos de desinstitucionalização e modo de vida**.

Este foi o caso de Sebastião, que tinha como um dos seus principais dilemas a ruptura com o enclausuramento de ficar dentro do quarto o dia todo e iniciar novas atividades em seu cotidiano. Nesse sentido, primeiramente, os profissionais propuseram que ele participasse de uma oficina terapêutica de futebol, que acontecia na quadra comunitária próxima ao serviço. À medida que essa atividade foi se tornando frequente em sua rotina, a dimensão do exercício físico foi revitalizada em sua vida e possibilitou a criação de um espaço social lúdico, a partir do qual Sebastião pôde ampliar seus laços pessoais. Sobre essa atividade, ele diz:

No futebol é bom porque ninguém é melhor do que ninguém. A gente vai, corre, faz uns gols, leva uns gols (risos) e está tudo bem. Os problemas parece que desaparecem. Eu gosto muito do pessoal lá (Sebastião, 37 anos).

A partir da fala de Sebastião, é possível entender que, ao proporcionar a criação de um espaço social no qual ele pôde se colocar de maneira distinta ao que comumente faz em sua vida, essa atividade física desdobrou-se na produção de novos sentidos subjetivos relacionados à auto valorização, por se sentir acolhido por um grupo. Aliás, a função de uma atividade como o jogo de futebol para o trabalho em saúde mental parece residir na momentânea diluição das barreiras e diferenças entre os participantes, por se tratar de um esporte coletivo e que somente pode funcionar se houver a dimensão do grupo (GOULART, 2013b). No caso de Sebastião, ele é uma pessoa tímida, retraída com os familiares e de pouca conversa. Nesse sentido, a união com os colegas em função de um esporte proporcionou momentos em que seus “**problemas parece que desaparecem**”, mediante relações pessoais nas quais “**ninguém é melhor do que ninguém**”. Isso favoreceu a constituição de novos vínculos afetivos, ampliando seu escopo de sociabilidade.

A partir da atividade do futebol, Sebastião começou espontaneamente a fazer caminhadas esporádicas próximas à sua casa. Para potencializar essa iniciativa própria, foi proposto como tarefa pelos coordenadores do **grupo de redes** que essas caminhadas alcançassem maior regularidade, de modo que ele caminhasse ao menos três vezes por semana, de modo que ele passou a aumentar gradualmente a frequência dessa outra atividade. Após algumas semanas, Sebastião disse:

Agora eu num tô caminhando três vezes por semana não, tô caminhando é todo dia! Aliás, tem dia que eu caminho é duas vezes: de manhã e de tardezinha. E de vez em quando eu vou longe, rapaz! Saio, sinto o sol, vejo as pessoas na rua... Fico mais animado! Hoje é a coisa mais importante que eu faço pra minha saúde! E daí outra coisa que mudou foi que eu passei a banhar todo dia. Antes eu banhava de três em três dias. Tinha vez que eu ficava era uma semana sem banhar... e agora é todo dia. Se eu caminho duas vezes no dia, eu banho duas vezes (risos)! Eu tô melhorando

muito... antes, nem fazer a barba eu fazia, nem escovar os dentes! Hoje, eu faço é todo dia (risos)! Foi difícil até pegar o ritmo, quebrar com essa coisa de ficar em casa, dentro do quarto. Mas isso não faz bem pra ninguém. É difícil no começo, mas foi igual parar de fumar. Eu sabia que era ruim pra minha saúde eu fumar e quando eu parei, eu sofri muito no começo. Mas depois eu consegui e venci o vício do cigarro! Já tem mais de ano que eu não boto um cigarro na boca! (Sebastião, 37 anos).

A fala de Sebastião pode ser vista em estreita associação ao **modelo teórico das configurações subjetivas do tratamento**, no entanto, de um tratamento efetivamente terapêutico, na medida em que sinaliza um processo de desenvolvimento pessoal. Isto é, mediante o estabelecimento de estratégias institucionais pautadas pela flexibilidade e pela valorização de seu caráter gerador, **ações educativas** puderam ser construídas na potencialização de suas produções subjetivas singulares. Nesse processo fez-se importante a condição dialógica com que esse processo ocorreu e, por seus desdobramentos, faz-se mais uma vez marcante a associação entre desinstitucionalização e modo de vida.

De modo geral, a rede de ações que foi sendo tecida no cotidiano de Sebastião expressa a complexidade com que os processos acontecem na vida de uma pessoa. Ou seja, mediante o exercício do futebol, ele passou a fazer caminhadas esporádicas. Ao potencializar as caminhadas, ele passou a reconhecer a importância dessa atividade para a sua saúde e, a partir disso, implementou outras mudanças em seu cotidiano também vinculadas ao seu bem-estar e autocuidado, como é o caso do aumento da frequência de banhos tomados, de escovação dentária e de se barbear, repercutindo de maneira geral em sua higiene e aparência. Torna-se, desse modo, inteligível a gênese de uma configuração subjetiva alternativa àquela que se desdobrou em sua paralisia frente a inúmeros processos de vida. Pelo teor de sua fala e expressão corporal no **grupo de redes**, Sebastião se comprazia em perceber transformações tão significativas em seu desenvolvimento. Mais do que isso, mediante a associação entre essas mudanças e a conquista de parar de fumar, ele passava a reconhecer em si mesmo a capacidade de superação de alguns dos seus limites, fortalecendo suas iniciativas atuais mediante lembrança de outras conquistas que obteve em sua história, como a superação do tabagismo.

De modo geral, uma das maiores expressões de seu desenvolvimento nesse período foi a maneira com que se deu a iniciativa, que ele mesmo teve, de sair do **grupo de redes**. Em sua última participação no grupo, ele disse:

Tem uma coisa que eu queria falar pra vocês. Eu tava conversando hoje com o Daniel e cheguei numa conclusão... É que eu tô me sentindo bem, tô melhorando, tô muito melhor do que antes e acho que agora já dá pra eu ficar só no futebol! Eu

agradeço muito vocês todos por esse tempo aqui. Me ajudou muito! Mas agora eu acho que já é hora de poder sair do grupo de redes e dar o espaço pra outra pessoa. É um passo a mais que eu tô dando na minha vida (Sebastião, 37 anos).

No sentido em que fala Sebastião, a saída do **grupo de redes** foi “**um passo a mais**” em seu tratamento e, assim podemos pensar, em direção à alta institucional. Pela sequência de trechos aqui trabalhada, faz-se marcante como este passo não está destacado dos demais, mas se insere numa caminhada que articula diferentes momentos e espaços de sua vida. Trata-se, assim como se fez evidente na discussão do caso de Nina, da **lógica configuracional** da subjetividade, que articula em um único momento de vida aspectos diversos relacionados à integralidade do desenvolvimento humano.

A partir das construções interpretativas realizadas até o momento e tendo em vista o objetivo de avançar na elaboração de estratégias institucionais que associem educação, saúde mental, modo de vida e desenvolvimento humano, é possível afirmar que **na medida em que o trabalho de desinstitucionalização está indissociado do desenvolvimento integral da pessoa atendida, ele está estreitamente vinculado ao seu modo de vida e, portanto, potencializar aspectos desse modo de vida e que estão aparentemente distantes do transtorno mental do usuário pode implicar o favorecimento desse processo.**

Como fica patente, tanto o desenvolvimento de Nina, como o de Sebastião, não se deram de forma repentina, mas foram construídos ao longo de certo tempo. A importância dessa dimensão do **processo** de desenvolvimento no tratamento também se faz marcante na experiência de Sr. João, mais particularmente relacionado ao processo de alta institucional. Ele tem 63 anos, fazia tratamento há quatro anos no CAPS e é diagnosticado com esquizofrenia. Sr. João não tem filhos, tem uma namorada, é formado em filosofia, professor atuante de filosofia, poeta (com livros publicados), assessor político e tem uma intensa história de militância política. Até o momento de sua participação no **grupo de redes**, o seu tratamento, conforme referido por alguns profissionais do serviço, estava repleto de tentativas de alta institucional e posteriores recaídas, retornando ao tratamento – constituindo-se num tratamento marcado pelo processo de institucionalização. Em certo encontro grupal, ele disse:

Atualmente, eu estou muito bem, graças a Deus! Estou lecionando para dois grupos universitários em aulas particulares de filosofia e atualmente estou em busca de um concurso público, que me ajude a ter mais estabilidade em um emprego. Para mim, isso seria importante agora e acho que eu consigo, porque estou num ritmo de estudo muito acentuado nos últimos meses (risos). Também estou muito feliz com a minha relação amorosa atual, que é muito diferente da relação que tive antes, onde eu não encontrava paz. Agora, se trata de uma menina serena, companheira e estamos até combinando uma viagem juntos... (Sr. João, 63 anos).

Diante desse relato repleto de novas conquistas e boas perspectivas para o futuro, questionei como Sr. João estava se sentindo em relação à possibilidade de concluir o processo de alta institucional. Ele disse:

Da outra vez, quando eu fui encaminhado do CAPS, foi assim, pum, do nada. Bateram o carimbo lá e eu estava de alta. Eu fiquei até desnordeado, rapaz. Perdi a referência e acabei ficando mal. Mas agora não, tá sendo diferente, né?! Eu tô aqui nesse grupo, me preparando, me sinto mais fortalecido... (Sr. João, 63 anos).

A fala de Sr. João explicita uma diferença qualitativa na construção do atual processo de alta em relação à outra experiência que teve. Aparentemente, no outro momento, a alta foi dada sem um período de preparação, de maneira abrupta. Isso parece ter se desdobrado numa vivência de insegurança e sofrimento, que foram se intensificando até que ele precisasse voltar ao tratamento no CAPS. Esse processo de recorrentes voltas ao CAPS após tentativas de alta é frequente no serviço, segundo relatos dos profissionais. Entretanto, já neste momento, ao haver essa preparação, Sr. João parece se sentir expressamente mais fortalecido para concluir esse processo. Isso fica ainda mais claro a partir de sua resposta à questão de um dos coordenadores do **grupo de redes** se ele já pensava que estava pronto para a alta. Ele disse:

Acho que eu vir no grupo mais três ou quatro semanas está bem, né?! Pra eu ir me acostumando e ir pensando melhor (Sr. João, 63 anos).

O posicionamento de Sr. João foi considerado pelos profissionais que coordenavam o **grupo de redes** enquanto reconhecimento da forma gradual com que as diversas conquistas estavam se dando em sua vida, de modo que esperar um pouco mais para a concretização da alta institucional favoreceria seu fortalecimento, à medida que se deparava com novos desafios. Esse acordo pareceu trazer mais segurança para ele e tornava possível um grau de reabilitação social anteriormente não alcançado por ele. Nesse sentido, ele disse, em um dos **momentos informais** em que conversei com ele:

Daniel, eu sinto que dessa vez os meus pés estão no chão. Não estou mais naquela oscilação que eu ficava antes. Vejo que estou mais controlado, sem aquele vulcão que vem quando a gente é contrariado às vezes... Já estou pensando em novos desafios pra minha vida, novas conquistas e eu estou indo atrás disso... Porque não adianta ficar só sonhando e não ir atrás. Eu tenho tentado fazer o que eu sonho virar realidade (Sr. João, 63 anos)

No processo do **grupo de redes**, ficava expresso que este posicionamento de Sr. João não se sustentava somente no plano verbal, mas também na concretização de planos e projetos que antes ele não alcançava, como é o caso das aulas que ele estava lecionando, da rotina de estudos com vistas a entrar em um cargo público e os projetos realizados com sua namorada. Foram esses diversos indicadores que nos levaram a afirmar que Sr. João estava, de fato, em um momento diferenciado em seu tratamento. Por fim, no momento combinado, a alta institucional aconteceu.

Neste caso, em consonância com o modelo teórico das **configurações subjetivas do tratamento** por parte dos usuários, parece ter sido fundamental a atenção às singularidades das manifestações psicológicas de Sr. João neste momento. Isso somente pôde se dar a partir da qualidade de comunicação que se constituiu entre Sr. João e os profissionais da equipe, que pareciam considerar suas diferenciadas produções subjetivas neste momento. Pela associação entre o processo do tratamento de Sr. João e os aspectos mais relevantes do seu modo de vida, esse processo reforça **a hipótese em desenvolvimento que relaciona a alta institucional a um processo configurado subjetivamente na pessoa atendida**, em estreita articulação aos espaços de vida em que esta pessoa se desenvolve.

No intuito de apoiá-lo e também de saber como ele estava, após cerca de um mês do momento sua alta, combinei um encontro com Sr. João em um local de sua escolha. Desse modo, encontramos-nos na biblioteca regional, onde ele me apresentou seu ambiente de estudos, alguns colegas e falou sobre as atividades intelectuais que estava empreendendo. Ele parecia orgulhoso de poder me apresentar esses outros espaços sociais que compunham de forma tão especial a sua vida. Algo novamente mencionado por Sr. João neste encontro foi:

Daniel, eu sinto que dessa vez eu fui muito bem preparado pelo CAPS para a alta. Eu sinto sinceramente que fazer parte daquele grupo me preparou psicologicamente para os desafios da minha vida fora do CAPS. Hoje eu estou muito feliz! (Sr. João, 63 anos)

É interessante a fala de Sr. João, no sentido de valorizar atividades que se deram no âmbito do CAPS, mas que tinham ênfase na preparação para os desafios fora do serviço. Trata-se, assim, da importância de haver ações institucionais que se voltem para o fortalecimento da rede territorial concreta da pessoa atendida – algo alcançado pelo serviço em questão nos casos abordados neste eixo temático. Nessas situações, fez-se efetivamente presente nas práticas institucionais a associação entre desinstitucionalização e modo de vida. Essas ações também são destacadas por uma técnica do serviço em um **momento informal**.

Ela destacava o valor de formar cooperativas e estratégias de trabalho durante o processo de alta institucional. Ela disse:

Porque é assim... o que acontece? Em geral, quando o paciente está estabilizado e já se encontra trabalhando suas potencialidades, ele recebe alta e tchau! Não tem um acompanhamento... A ideia é que esses projetos de trabalho facilitem esse processo de alta, de uma forma ainda próxima do serviço. (Técnica do serviço)

Esse aspecto enaltecido pela profissional da equipe parece próximo da construção de um **cuidado para além das fronteiras** do serviço no processo de alta institucional. Mais do que isso, iniciativas como esta e relações terapêuticas diferenciadas como as que estão sendo ressaltadas na construção deste eixo temático nos leva a pensar que, **apesar das limitações político-institucionais existentes na região, é possível haver ações estratégicas voltadas para o trabalho de desinstitucionalização**. Trata-se, sem dúvidas, de um grande desafio, uma vez que este trabalho somente se faz viável se a questão da singularidade das produções subjetivas de quem é atendido for levada a sério. Todavia, aponta para caminhos institucionais alternativos que, ainda que limitados, efetivamente podem se tornar possíveis.

Diante dos casos analisados, parece expressa a importância de um espaço que, como o **grupo de redes**, possa oferecer apoio ao processo da alta institucional, possibilitando um espaço de diálogo com ênfase nas dificuldades que este momento implica, mas sobretudo no favorecimento da concretização das potencialidades que os usuários apresentam. Principalmente no caso de usuários que se encontram institucionalizados e em tratamento há alguns anos, estratégias nesse sentido parecem oferecer um suporte importante para alcançar novos patamares no processo de reabilitação social. Assim, ampliando o modelo teórico das **configurações subjetivas do processo de alta institucional** e mediante as construções realizadas em cima dos trechos de falas de Nina, Sebastião e Sr. João, podemos afirmar que **o trabalho de construção da alta institucional de usuários institucionalizados demanda estratégias institucionais pautadas pelo suporte à concretização das potencialidades que eles apresentam e pela consideração deste momento enquanto processo gradual a ser apoiado, superando a tendência de concebê-lo de forma fragmentada e abrupta**.

Ainda outra questão que parece ter sido relevante no processo de alguns participantes do **grupo de redes** e que pode servir de substrato para a elaboração de outras estratégias terapêuticas semelhantes é a existência de espaços institucionais que favorecessem o intercâmbio de experiências entre as pessoas atendidas e possibilidades de ações conjuntas, de modo a se apoiarem em seus momentos individuais. Desse modo, ao se sentirem unidos, os participantes pareciam se fortalecer, na medida em que compreendiam mais facilmente a



dificuldade que o outro estava passando, provavelmente por já terem estado em situação semelhante. Tais estratégias são pautadas na flexibilidade, na consideração à singularidade das pessoas atendidas e, sobretudo, no caráter gerador do usuário na criação de recursos próprios para favorecerem seus processos de desenvolvimento.

Uma situação de apoio frente a um momento delicado aconteceu com Sr. João que, ao saber que Nina havia sido internada no hospital psiquiátrico da região, disse:

Eu já estive internado naquele local e, vou falar uma coisa, não é uma experiência nada fácil, viu? Ainda mais porque é um momento em que a gente está enfraquecido, confuso... Por isso, é muito importante o nosso apoio pra Nina nesse momento. Não se esqueçam disso. Aliás, hoje, eu vou pedir licença do grupo antes do final, para eu alcançar o horário de visitas do hospital (Sr. João, 63 anos).

Ações desse tipo parecem ter repercussões intensas na vivência dos usuários. Nina, no caso, disse-me, em um **momento informal**:

Eu também nunca vou esquecer a visita que o Sr. João me fez. Ninguém da minha família tinha ido aquele dia me ver. Nem os meus filhos! E no final da tarde, ele chegou lá com aquele sorriso dele. Ele é muito meu amigo! Me deu a maior força... (Nina, 47 anos)

Outro exemplo desse tipo de apoio frente a dificuldades aconteceu quando Sebastião sugeriu alguns métodos para Nina superar o tabagismo. Nesse dia, ela se queixava que vinha se sentindo muito mal, com problemas respiratórios e que, além disso, o preço do cigarro havia subido muito. Então, Sebastião disse:

Eu vou falar um pouco da minha experiência pra você e você vê se isso ajuda. Eu achava que eu não era capaz nunca de abandonar o cigarro. Ô, mas eu gostava desse danado! Mas eu busquei ajuda. Fui num posto de saúde, fiz parte daqueles grupos pra parar de fumar. Daí eles me mostraram uns vídeos feio demais, do que acontecia com quem não parava de fumar e aquilo me impactou, viu? Daí eu tentei e não consegui. Por fim, eu fui parar numa igreja e fiquei lá um tempo, até que eu consegui parar. Acho que você devia procurar ou um posto de saúde ou uma igreja... (Sebastião, 37 anos)

Sugestões como as de Sebastião fizeram-se presentes em diversos momentos do **grupo de redes**. Algo que parece marcante nesses processos é a enorme variedade de temas abordados, que iam desde receitas culinárias, questões jurídicas até dicas nutricionais. Para além do conteúdo em si dessas dicas, o que parece interessante é novamente a presença da articulação entre modo de vida e processos de saúde mental, o que extrapola em grande medida o debate psicopatológico do transtorno mental.

Nesse caso, Nina parecia bastante atenta ao que Sebastião dizia e eventualmente fazia questões de como ele se sentia nesse período. Ainda que ela não tenha empreendido essa mudança na sua vida até o momento de conclusão desta pesquisa, novas possibilidades pareciam se abrir para ela, frente às sugestões que ele oferecia. Para além disso, a própria dimensão do cuidado entre os próprios participantes já parecia oferecer um suporte emocional importante, de forma a se apoiarem mutuamente.

Vale ressaltar que esse tipo de apoio não se passava somente dentro do CAPS, mas também fora dos muros do serviço, o que aponta para um campo de ações institucionais potencialmente relevantes neste tipo de assistência. Um exemplo desse tipo de contato, que se deu a partir de um encontro do **grupo de redes**, pode ser exemplificado pelo diálogo entre Sebastião e Neto:

S: Eu só tenho amigos aqui dentro do CAPS. Se eu vou pra um lugar fora, eu sou tímido, não tenho vontade de chegar pra conversar com quem eu não conheço. Então, o que eu vou fazer é chamar meus amigos daqui pra ir num clube, fazer um churrasco lá na minha casa...

N: Eu gostaria de ir no clube, Sebastião. Você quer meu telefone?

S: Passa aí! Vamos combinar no sábado? Dessa vez, pode ir só você mais eu, mas depois eu posso chamar também meus amigos do futebol!

N: No sábado, pra mim está ótimo!

O encontro entre ambos não aconteceu na data referida. De todo modo, a partir de então, eles passaram a trocar telefonemas e combinaram encontros em outros momentos. Essa iniciativa me pareceu sumamente interessante, pois em muitos casos, como já foi dito, o CAPS é o único espaço de socialização presente na vida dessas pessoas. Desse modo, favorecer que essas relações se deem também fora do espaço institucional pode abrir possibilidades para que eles ampliem seus vínculos sociais e se engajem em outros tipos de atividades alternativas ao tratamento no serviço. Nesse caso, tais relações podem atuar na potencialização de novos recursos subjetivos dessas pessoas, ajudando no rompimento do hiato entre assistência e desenvolvimento, amiúde reforçado pela lógica biomédica, segundo construções previamente elaboradas.

Outro exemplo, mas desta vez relacionado à questão do emprego, ocorreu enquanto caminhava com Nina nas proximidades do serviço e passávamos em frente a uma padaria, onde ela notou uma placa dizendo “Contrata-se balconista”. Sem hesitar, Nina disse:

Eu vou entrar e perguntar detalhes desse emprego, porque pode ser bom pra alguém do nosso grupo... (Nina, 46 anos).

Nina recebeu as informações do dono do estabelecimento e pegou um cartão com endereço e telefone. Em poucos segundos, ela disse:

Já sei: Neto! Vamos falar pro Neto! Hoje mesmo ele estava pedindo sugestões de emprego e eu não consegui falar nada que parecesse dar certo com ele. Falei um monte de opções, mas ele não parecia interessado. Mas essa pode ser uma ótima ideia! Toma o telefone da padaria e liga pra ele hoje sem falta avisando, Daniel! (Nina, 46 anos).

Neto foi devidamente avisado sobre esta oportunidade e chegou a ir fazer uma entrevista de emprego. Embora os horários de trabalho fossem incompatíveis com suas possibilidades naquele momento, o que parece mais relevante é a abertura de alternativas de desenvolvimento criadas pelos próprios usuários no sentido de se potencializarem.

Ainda com relação a Neto, em certo encontro do **grupo de redes**, ele se queixava bastante sobre a sua incapacidade para conseguir um emprego. Em resposta ao que ele dizia, Sr. João se pronunciou:

Neto, saindo hoje do grupo, quero levar você ao gabinete onde eu trabalho. Não sei se eles estão precisando de alguém para trabalhar agora, mas vamos deixar o seu nome lá e eu vou pedir ajuda para que eles te contratem! Se eu que sou muito mais velho consegui esse emprego, por que você não vai conseguir? (Sr. João, 63 anos).

Neto pareceu animado com a ideia de Sr. João e o encontro grupal foi encerrado mais cedo do que de costume, para que eles tivessem tempo suficiente para irem ao gabinete. Essa iniciativa se desdobrou em outros encontros, nos quais eles disseram ter conversado sobre outras possibilidades e passaram a estabelecer outros intercâmbios entre eles, sobretudo, em relação a um gosto comum que cultivavam: a música.

De modo geral, acredito que iniciativas como estas devam ser apoiadas institucionalmente e potencializadas, na busca por diferentes recursos de promoção do desenvolvimento dos usuários, com vistas à autonomia e à reabilitação social. Como foi trabalhado na parte teórica deste estudo, é importante que os profissionais estejam atentos para essas possibilidades e favoreçam espaços institucionais para que estas iniciativas espontâneas surjam a partir da convivência entre os usuários. Tais espaços de convivência parecem férteis na promoção de novas formas das pessoas se colocarem na vida e, nesse sentido, cumprem uma importante **função educativa** na vida dessas pessoas. Trata-se de possibilidades a serem criadas nas quais a centralidade do terapeuta enquanto detentores do saber dá espaço para práticas que tem como premissa básica a capacidade geradora das pessoas atendidas – subvertendo um dos princípios básicos do modelo biomédico.

Desse modo, com base nos indicadores elaborados, é possível afirmar que **uma estratégia institucional fecunda para o trabalho de desinstitucionalização é o favorecimento de espaços de convivência entre as pessoas atendidas, a partir dos quais seja possível a emergência de iniciativas próprias e conjuntas. Trata-se de um deslocamento da centralidade dos profissionais enquanto detentores do saber para uma ênfase de um trabalho pautado pelo favorecimento de possibilidades.**

#### **4.4.3 Principais conclusões parciais.**

Assim, a partir das construções interpretativas elaboradas neste eixo temático e com referência aos modelos teóricos em desenvolvimento nesta pesquisa, é possível elencar os seguintes aspectos principais:

- 1) A implementação de estratégias institucionais pautadas na flexibilidade e na abertura à condição singular dos processos psicológicos dos usuários ajuda na busca por alternativas à institucionalização, na medida em que terminam por favorecer a emergência de sujeitos. Nesse sentido, fazem-se importantes as práticas que valorizem o caráter gerador do outro mesmo em situações de intensa fragilidade emocional, uma vez que engendram processos educativos voltados para a potencialização de novos processos subjetivos das pessoas atendidas – o que supera a circunscrição da assistência centrada no rótulo diagnóstico.
- 2) O processo de alta institucional configura-se subjetivamente de maneira indissociada de espaços sociais e momentos históricos que estão para além dos aspectos circunscritos ao transtorno mental e ao tratamento no serviço. Desse modo, esse processo demanda a construção de estratégias institucionais pautadas pelo suporte à concretização das potencialidades que os usuários apresentam, bem como pela consideração da alta enquanto processo gradual a ser apoiado, superando a tendência de concebê-la de forma fragmentada e abrupta do tratamento.
- 3) A atenção à saúde mental pautada pela desinstitucionalização está indissociada do desenvolvimento integral da pessoa atendida. Nesse sentido, encontra-se estreitamente vinculada ao seu modo de vida e, dessa maneira, potencializar aspectos desse estilo de vida, ainda que aparentemente eles estejam distantes do transtorno mental, pode

implicar no favorecimento do processo de desinstitucionalização. Esta seria um caminho de promover um cuidado para além das fronteiras do serviço, cumprindo uma função educativa no desenvolvimento integral dos usuários. Nessa discussão, não são desconsideradas as limitações político-institucionais existentes que afetam este trabalho, todavia, tais limitações não impossibilitam ações estratégicas voltadas para a desinstitucionalização. Dentre as possibilidades existentes, uma estratégia institucional fecunda para esse trabalho é o favorecimento de espaços de convivência entre as pessoas atendidas, nos quais seja possível a emergência de iniciativas próprias e conjuntas. Trata-se do deslocamento da centralidade dos especialistas enquanto detentores do saber, para a ênfase de um trabalho cujo esteio seja o favorecimento de possibilidades.

#### **4.5 Integração teórica e metodológica**

A intenção deste último tópico do capítulo empírico desta dissertação é realizar uma **integração teórica e metodológica**, a partir das principais conclusões parciais dos eixos temáticos construídos, de modo a articulá-las com algumas referências bibliográficas que se fizeram pertinentes para esta pesquisa. De modo geral, este estudo abordou produções subjetivas relacionadas ao processo de institucionalização de um CAPS, no DF, enfatizando aspectos que pareceram centrais para a atenção estratégica da instituição.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa se fez valer dos princípios norteadores da **Epistemologia Qualitativa** (GONZÁLEZ REY, 1997, 2005b), os quais se mostraram fundamentais para os alcances teóricos resultantes deste processo investigativo. Nesta perspectiva, mantive como eixo da construção teórica o caráter construtivo-interpretativo, por meio da elaboração de modelos teóricos compreensivos e explicativos (GONZÁLEZ REY, 2009b) sobre as questões levantadas como objeto de pesquisa. Tal construção somente se fez possível mediante progressivo desenvolvimento de hipóteses relacionadas ao tema de pesquisa, segundo as diretrizes da **lógica configuracional** de pesquisa, a partir da qual o “fazer pesquisa” não se remete a uma lógica abstrata e neutra, mas precisamente à lógica do pesquisador, concebido enquanto sujeito do seu próprio pensamento.

Vale destacar que a lógica configuracional não se fez presente somente no momento da análise e construção das informações, mas também no curso da pesquisa de campo, em que

a abertura permanente para a **flexibilidade metodológica** se fez altamente pertinente à complexidade do contexto estudado. Desse modo, em função das necessidades particulares que foram sendo percebidas neste processo empírico, novas estratégias de pesquisa foram sendo elaboradas, na busca permanente por melhores condições de diálogo que pudessem impactar positivamente na qualidade do estudo realizado. Essa busca pela qualidade da comunicação, em detrimento da quantidade abstrata de “dados” obtidos, é uma expressão do giro postulado por González Rey (2004c, 2005b) de uma epistemologia da resposta, para uma **epistemologia da construção**.

Nesse processo, destaco o valor dos **momentos informais**, enquanto recurso precioso para pesquisas dentro desta perspectiva, justamente pelo seu caráter espontâneo que favorece o envolvimento subjetivo das pessoas que deles participam. Por assim dizer, tais momentos informais acompanham a lógica das relações humanas no cotidiano institucional, seja entre os técnicos do serviço, seja entre as pessoas atendidas. No curso desta pesquisa, esses momentos se desdobraram em grandes oportunidades para participar das atividades que, aos poucos, foram se constituindo nos principais espaços de pesquisa. Somado à abertura da equipe profissional para me acolher enquanto pesquisador, esses momentos culminaram na constituição de relações nas quais se fizeram possíveis diálogos sobre concepções de saúde mental, discussões sobre casos atendidos e trocas de experiências de vida. Além disso, foram momentos em que efetivamente pude me sentir contribuindo com o serviço em questão, mediante articulação prática entre as dimensões da pesquisa, da psicoterapia e da educação.

Para concluir os comentários metodológicos, destaco o **valor do singular** para o alcance teórico desta dissertação, em afinidade à concepção do processo empírico enquanto momento de produção teórica. A partir das expressões particulares dos participantes da pesquisa, indicadores puderam ser articulados, desdobrando-se nos modelos teóricos mais abrangentes. Nesta perspectiva, torna-se pertinente estudar aspectos sociais mais amplos por meio dos indivíduos concretos que deles participam. Assim, tornou-se inteligível a noção de que a legitimação do singular culmina em reflexões que estão para além da própria singularidade, mas que seriam impossíveis de serem produzidas sem a devida atenção às diferenças existentes no contexto social em questão.

Do ponto de vista teórico, também pelo esteio da lógica configuracional de pesquisa, a construção das informações desdobrou-se em elaborações interpretativas que estavam para além dos objetivos iniciais deste estudo, expressando o caráter vivo e dinâmico da pesquisa científica. No que concerne ao contexto assistencial estudado, não se deixou de considerar os diversos avanços alcançados mediante implementação dos serviços substitutivos em saúde

mental, frutos do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Sobretudo, fizeram-se relevantes, em comparação às instituições manicomiais, mudanças em relação à possibilidade de que os serviços assistenciais passem a representar locais de experiências voltadas para a produção de vida e geração de sentido. A melhor qualidade dos serviços prestados e a maior ênfase no papel do território existencial na vida da pessoa atendida se mostraram como alguns dos pontos centrais dessas mudanças (PANDE; AMARANTE, 2011; TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKI, 2009).

Todavia, pela persistência de diversas dificuldades institucionais, tornam-se pertinentes estudos que, como esta dissertação, direcionem-se para compreender, de forma mais complexa, essas dificuldades e avançar em produções teóricas que possam engendrar alternativas aos impasses presentes. Dentre eles, este estudo destacou o frequente desenvolvimento de casos atendidos que expressam o alcance de uma desospitalização, mas não de um efetivo e gradual processo de desinstitucionalização da pessoa atendida (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Isso parece, ainda, culminar em importantes impasses na atenção à saúde mental no país, sobretudo, pela desarticulação amiúde presente entre assistência e desenvolvimento integral do usuário.

Nessa discussão, Alverga e Dimenstein (2006, p. 306) sinalizam a necessidade de enfatizar não apenas a velocidade com que o processo da reforma psiquiátrica está se dando, mas, sobretudo, a direção que esse movimento vem tomando, pois, segundo os autores, "[...] a desinstitucionalização pode travestir-se de uma desconstrução reativa". Neste caso, eles retomam o conceito de Machado e Lavrador (2001) de **desejos de manicômio**, para expressarem a persistência do desejo de dominar, subjugar, classificar e hierarquizar a experiência do usuário, ainda que inseridos em serviços substitutivos de atenção à saúde mental. Tais desejos de manicômio não estariam circunscritos, portanto, à formalidade da instituição manicomial, mas atravessariam o tecido social, assumindo características mais flexíveis, tentaculares e fluidas. Também nesse sentido, Lancetti (2012, p. 127) aponta que "[...] o manicômio e as instituições de sequestro estão em plena obsolescência. O controle é cada vez menos produzido por instituições disciplinares, e mais praticado ao ar livre".

Tal busca pelo controle da experiência do outro coincide com o que vem sendo conceitualizado neste estudo enquanto **institucionalização**, ou seja, um estado de rigidez e carência de abertura da instituição às singularidades das dinâmicas humanas que nela se fazem presentes. Neste caso, a subjetividade social da instituição termina por prevalecer às possibilidades inovadoras decorrentes de produções subjetivas alternativas ao seu estado de cronificação. Assim, ocorre uma paralisia, que frequentemente culmina em quadros nos quais

a burocratização dos processos humanos se torna o alvo a ser alcançado, em detrimento de relações pautadas pela dimensão do cuidado.

Essas considerações parecem afinadas aos modelos teóricos desenvolvidos no curso da pesquisa. Primeiramente, em relação à **configuração subjetiva social do processo de institucionalização** no âmbito do serviço pesquisado, ela se apresenta estreitamente relacionada à produção das pessoas atendidas enquanto objetos de procedimentos técnicos e especializados. Em segundo lugar, nesses casos, as **configurações subjetivas do tratamento por parte dos usuários** parecem se expressar pela representação de que tal tratamento é feito somente no espaço “intramuros” do serviço de saúde mental, consistindo basicamente no comparecimento às atividades propostas e no seguimento das prescrições médicas. Por último e de forma intensamente articulada às demais construções, **as configurações subjetivas do processo da alta institucional por parte das pessoas atendidas que estão em situações de institucionalização** associam-se à vivência de tal processo a uma ameaça à condição de saúde, bem como de um abandono por parte da equipe profissional.

Os desdobramentos desses processos parecem estar vinculados à carência de responsabilidade individual por parte dessas pessoas atendidas em relação ao tratamento e, de maneira mais ampla, à ausência de protagonismo no que concerne ao próprio desenvolvimento pessoal. Nesse sentido, trata-se de uma expressão da persistente lógica manicomial que ainda se faz efetivamente presente na vida dos usuários, não pela forma de grades e muros, mas na qualidade das produções subjetivas de suas experiências institucionais. Assim, culmina-se, ainda, em frequentes processos, nos quais a **comodidade carcerária da reclusão institucional** torna-se simbolicamente atuante.

Como se fez presente na construção do primeiro eixo temático, a produção subjetiva relacionada ao processo de institucionalização e conseqüentemente à **objetificação** da pessoa atendida parecem guardar estreitas articulações com a **lógica biomédica de assistência à saúde**. A esse respeito, Capra (1982, p. 150) argumenta:

De acordo com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. (...) A autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal. Ele pode ser um pai benévolo ou um pai ditatorial, mas sua posição é claramente superior à do paciente.

Em afinidade ao que argumenta o autor, **a lógica biomédica**, ao se voltar prioritariamente para os aspectos sintomáticos do usuário – ou para a “observação objetiva de



dados clínicos” (CAPRA, 1982, p. 150) – termina por ignorar os sentidos subjetivos que se configuram na base desses sintomas. Nesse aspecto, são distanciadas as potencialidades das pessoas atendidas do tratamento oferecido, num processo de reificação desses “sintomas” em entidades patológicas. Mediante tal reificação, são ocultadas as hipóteses tecidas pelos profissionais, a dimensão do processo nas construções terapêuticas e, inclusive, os “erros” profissionais cometidos durante a assistência. Ou seja, de um processo complexo e vivo, culmina-se numa atenção encerrada no **curso natural da doença** (AMARANTE, 2009), de modo que o especialista passa a ser colocado no lugar de agente do caminho do outro. É nesta perspectiva que essa lógica associa-se à **objetificação** da pessoa atendida e desdobra-se em processos de institucionalização, acentuando a cronificação de sua condição de exclusão social.

Essa perspectiva assistencial, conforme abordado em ambos os eixos temáticos construídos, possui também estreita associação às formas como é praticado o **processo de alta institucional** no CAPS. Ou seja, nestes casos, ele ainda parece estar coordenado por critérios externos à organização subjetiva da pessoa envolvida. De certo modo, também ainda parece estar circunscrito ao escrutínio profissional e, conseqüentemente, ainda é expressão de uma forma de se relacionar baseada antes pelo poder do que pelo diálogo. Nesse sentido, são frequentes processos em que a alta institucional é tratada de maneira arbitrária, dizendo respeito antes ao julgamento profissional do que à construção terapêutica com a pessoa atendida. Também nestes casos, a objetificação da pessoa atendida continua a prevalecer e o potencial do sujeito permanece não explorado e, até mesmo, desconhecido.

De maneira geral, um desdobramento importante de uma atenção pautada pela noção de patologia é a retirada do potencial de mudança do campo de ação da pessoa considerada doente. Assim, no afã de padronizar as técnicas e a concepção dos fenômenos aos quais se remetem, essa lógica termina por esquivar sua atenção do “núcleo vital” que articula e dá vida aos diversos elementos constitutivos desses fenômenos. Ou seja, em função da normatização dos processos de saúde, termina-se excluindo as singularidades e, conseqüentemente, **outorga-se a morte do sujeito**.

Ademais, ao focalizar somente o que há de comum entre os sintomas expressos pela pessoa atendida, a **lógica biomédica** implica a escolha pré-determinada dos sintomas que são socialmente aceitos e aqueles que devem ser evitados e, nesse sentido, associa-se a uma rígida e estreita perspectiva daquilo que é e deve ser considerado um desenvolvimento normal. Em outros termos, trata-se de postular a existência de uma **concepção universal da natureza humana**, de modo que os desvios realizados da norma estabelecida passam a ser

individualizados (MITJÁNS MARTINEZ; GONZÁLEZ REY, 2006). Nesse processo, oculta-se a dimensão cultural dos processos de saúde e, de forma ainda mais ampla, afasta-se a reflexão dessa dimensão para pensar questões relativas ao desenvolvimento humano. Ou seja, nesta ótica, ao ser julgado como o desvio de uma suposta norma geral, o transtorno mental é compreendido e tratado como fenômeno individual, em detrimento de seus aspectos subjetivos, culturais e sociais envolvidos.

Concebidas e praticadas desta forma, as estratégias institucionais se voltam para a homogeneização dos processos humanos, esquivando-se da responsabilidade de pensá-los em suas diferentes formas de singularização. Conseqüentemente, nesses casos, não se enfatizam aspectos fundamentais para a qualidade da saúde das pessoas atendidas, como os desafios concretos e específicos que elas têm vivenciado, a dimensão do **modo de vida** dessas pessoas (GONZÁLEZ REY, 2004b, 2011) e suas peculiares formas de subjetivação do próprio tratamento. Também, ao ser hipertrofiado o aspecto instrumental do tratamento, o **papel educativo a ser desempenhado pela instituição é ocultado** da cosmovisão assistencial.

Como discutido na construção do primeiro eixo temático, a culminância deste problemático cenário na atenção à saúde mental do DF se relaciona estreitamente à **realidade político-institucional** atualmente vigente na região. Dificuldades tais como a baixíssima cobertura de serviços de saúde mental (BRASIL, 2012) e a carência de atendimentos especializados nas unidades de saúde culminam em diversas situações nas quais o serviço se vê distanciado do território existencial da pessoa atendida, dificultando ações voltadas para o processo de desinstitucionalização. Nesse sentido, instaura-se um **vácuo institucional**, desfavorecendo estratégias educativas que poderiam dar maior suporte para a reabilitação social de pessoas que se encontram em situação de destacada fragilidade emocional.

Em relação a esta **problemática político-institucional** da saúde mental na região, Zgiet (2010) aponta para uma articulação complexa entre diversos fatores, culminando na dificuldade de desenvolver uma atenção pautada pela desinstitucionalização no DF. Um desses fatores – e que parece pertinente para este estudo – é a centralização do poder administrativo local, potencializando práticas políticas baseadas em influências de poder que pouco se relacionam com a capacidade técnica e teórica dos profissionais para ocuparem cargos de gerência e de coordenação nesse âmbito assistencial. Nesse caso, as decisões políticas ficariam ainda mais suscetíveis às tensões do jogo público-privado, culminando no favorecimento de diversas organizações, sobretudo do âmbito farmacêutico, em detrimento do controle populacional sobre os direcionamentos estratégicos adotados. Além disso, a autora enfatiza a invisibilidade política da saúde mental, sendo historicamente preterida em relação

às ações que envolvam outras esferas assistenciais no campo da saúde. Por fim, ela destaca a influência política dos grupos que defendem o modelo hospitalocêntrico e biomédico, que terminam por dificultar a potencialização de ações voltadas para a reforma psiquiátrica. Todos esses fatores, somados ao crescimento desordenado da população local, contribuiriam em grande medida para a desconstrução do modelo manicomial na região.

Entretanto, apesar de todas as dificuldades apontadas no cenário político-institucional em voga na região, é sensato concordar com Santiago (2009), que chama a atenção para a necessidade de não se esperar que as transformações na esfera da saúde mental sejam construídas somente “de cima para baixo”, partindo de uma postura vitimizada de quem apenas espera mudanças macroconjunturais ocorrerem. Há que se atentar para as transformações que podem ser construídas cotidianamente, não somente dentro do serviço, mas na articulação política de setores da sociedade civil envolvidos com a causa e, também, na produção teórica que pode se desdobrar na constituição de estratégias assistenciais alternativas às hegemonicamente empreendidas na atualidade.

Aliás, um ponto que parece crucial na discussão da institucionalização e que, não obstante, é recorrentemente esquecido é precisamente a **importância da produção teórica** no âmbito da atenção à saúde mental. Tal importância se sustenta pelo princípio da indissociação entre produção de pensamento e criação de práticas alternativas à burocratização das relações humanas e dos processos que se desenvolvem a partir da instituição. Isto é, para pensar sobre estratégias complexas que ultrapassem o imediatismo empírico e o status supostamente ateu das práticas em saúde, faz-se fundamental a construção teórica. Trata-se de postular a inexistência da disseminada dicotomia entre teoria e prática, bem como assumir o desafio de superar o tecnicismo assistencial que prevalece nas instituições de saúde, mediante a reificação das práticas empreendidas.

Um exemplo de impasse a ser superado nesse sentido é o da coordenação das ações institucionais voltada estritamente para as demandas existentes, sem questionar a complexidade em que tais demandas estão imbricadas. Nesse sentido, a burocracia da *práxis* institucional prevalece ao acompanhamento singularizado, desdobrando-se em relações humanas amiúde desvitalizadas, em detrimento do cuidado personalizado com o outro. Entretanto, como bem aponta Lipsky (1980, p. 91), “[...] os níveis de demanda são, eles mesmos, função da política pública”. Isto é, de acordo com o que é oferecido à população e da forma como o serviço é estruturado, a demanda varia amplamente.

Indo além desse posicionamento, mais do que meramente função da política pública, acredito que as demandas devam ser vistas como desdobramentos das práticas institucionais e

das formas como os problemas institucionais são subjetivados. Ou seja, as demandas não são entidades abstratas, mas desdobramentos de uma lógica que as ultrapassa. Nessa perspectiva, se não houver um pensamento teórico que se diferencie desse círculo vicioso e que seja capaz de refletir sobre as próprias bases sobre as quais essa dinâmica se assenta, não haverá transformação consequente na atenção à saúde mental. Se por um lado isso implica a responsabilização dos profissionais de saúde por suas ações, por outro, resulta na consideração do compromisso social da dimensão teórica, a partir de um quadro sem hiatos entre ciência e ética.

Na esteira destas argumentações, desde o posicionamento teórico assumido para esta pesquisa, torna-se sumamente problemática a elaboração de estratégias pautadas pela universalização do patológico enquanto “entidade observável”. Torna-se mais importante refletir sobre os processos vitais que se configuram na emergência do transtorno, do que propor estratégias terapêuticas engendradas por uma concepção abstrata do que corresponda esse fenômeno. Concordando com González Rey (2012a, p. 162):

[...] no campo da clínica, quando consideramos a patologia no processo de particularização do sujeito e a representamos como uma configuração de sentidos, na verdade o que estamos fazendo é nos remitir a uma história única que se materializa nas tramas diferenciadas de suas relações sociais. Essas relações passam a ser um momento necessário da análise, processo que rompe a naturalização e universalização da patologia que caracterizou muitas tendências do pensamento clínico.

Nesse sentido, abre-se espaço para a discussão das questões sociais envolvidas em sua gênese e de estratégias para lidar com ele, sem que isso implique no viés de julgar o outro desde a assunção de uma hierarquia de forças entre diferentes saberes (LANCETTI, 2012; NEUBERN, 2013). Isso se associa estreitamente à noção construída no primeiro eixo temático de que o tratamento no âmbito da saúde mental não possui um valor inerente, encontrando-se indissociado de seus desdobramentos na vida concreta da pessoa atendida. Assim, uma relação somente alcança a condição de terapêutica, quando promove mudanças que favoreçam a construção de caminhos de desenvolvimentos alternativos aos associados à paralisação subjetiva do outro.

Nesta trama, tornam-se inexistentes tanto a dicotomia entre o social e o individual numa situação concreta de vida, como a divisão estanque entre os espaços sociais e os momentos históricos atuantes na vida de uma pessoa. Trata-se, neste caso, de gerar inteligibilidade sobre a **lógica configuracional do desenvolvimento humano**, para além da discussão desta lógica no “fazer pesquisa”. É nesta complexa articulação que o estudo das

configurações subjetivas alcança seu valor heurístico, ao permitir a integração teórica de dimensões aparentemente fragmentadas da realidade social. Isso fica expresso na explicação dessa dinâmica subjetiva oferecida por González Rey (2005a, p. 41):

A categoria de configuração subjetiva tem caráter sistêmico e permite compreender as diferentes expressões do sujeito, em qualquer atividade particular, como uma manifestação da subjetividade individual em seu conjunto, que, por sua vez, tomará formas diferentes em dependência do contexto da subjetividade social no qual a atividade do sujeito ocorre. A subjetividade social atravessa de forma permanente a individualidade, razão pela qual a subjetividade individual pode gerar novos sentidos subjetivos segundo o espaço social em que a ação do sujeito acontece.

Essa lógica complexa fez-se intensamente presente na construção do segundo eixo temático, por meio do qual foi possível compreender **a alta institucional** de usuários marcados por um processo de institucionalização enquanto processo configurado subjetivamente de maneira indissociada de espaços sociais para além do serviço de saúde mental, bem como de outros momentos históricos que ultrapassam aqueles circunscritos ao período de tratamento no serviço e ao transtorno mental. Nesse sentido, esse processo demanda a construção de estratégias institucionais pautadas pelo apoio à concretização das potencialidades singulares que os usuários apresentam, bem como pela consideração da alta institucional como processo gradual a ser conquistado – o que supera a tendência hegemônica de concebê-la de maneira fragmentada e abrupta do tratamento.

Essa mesma lógica configuracional do desenvolvimento permite reflexões sobre práticas nas quais se fazem possíveis **articulações entre saúde mental, educação e modo de vida**. Tendo em vista as situações de vida dos usuários participantes desta pesquisa, em que se fazem marcantes as condições de intensa fragilidade emocional e carência de espaços de socialização, torna-se premente a efetivação de práticas assistenciais voltadas para a potencialização da cidadania e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de promoção social. Tais práticas têm sido defendidas neste estudo enquanto **ações educativas**, extrapolando em grande medida as tradicionais barreiras simbólicas do campo da saúde. Neste caso, aborda-se uma dimensão visivelmente não contemplada por uma atenção pautada pela circunscrição da “doença”, na medida em que ela se volta para fora dos muros do serviço, em direção ao território existencial das pessoas atendidas. Além disso, trata-se de reflexões pertinentes à aproximação conceitual e prática entre as dimensões da **clínica** e da **educação**.

Essas ações parecem fundamentais para potencializar a estratégia de uma política assistencial que esteja indissociada do desenvolvimento integral da pessoa atendida. E é neste sentido que elas também se encontram estreitamente vinculadas ao **modo de vida** dessas

pessoas. Nesta perspectiva, promover atividades terapêuticas enfatizando mudanças em aspectos deste modo de vida, ainda que tais aspectos estejam aparentemente distantes do transtorno mental, pode implicar no favorecimento do processo de desinstitucionalização.

Dentre as possibilidades existentes, uma estratégia institucional fecunda para esse trabalho, e que foi brevemente explorada por esta pesquisa, é o favorecimento de espaços de convivência entre as pessoas atendidas, nos quais seja possível a emergência de iniciativas próprias e conjuntas. Espaços com esse caráter parecem possibilitar o deslocamento da centralidade dos especialistas enquanto detentores do saber, para a ênfase de um trabalho cujo esteio seja o favorecimento de possibilidades – aspecto sumamente afinado ao princípio da desinstitucionalização.

Com efeito, como foi discutido na análise e construção das informações, estratégias com este teor somente fazem sentido mediante consideração pelo **caráter gerador do outro**, malgrado a frequente condição de fragilidade emocional das pessoas atendidas. Desse modo, deve-se pautar pela flexibilidade de suas ações, justamente por enfatizar as condições concretas de vida dessas pessoas, que são amplamente singulares. Dessa forma, concordo com González Rey (2011, p. 22), ao afirmar que os processos terapêuticos não são nem conservadores, nem progressistas em abstrato, de modo que eles apenas representam uma opção de desenvolvimento da pessoa ao defender uma **ética do sujeito**, que se concretiza precisamente neste reconhecimento de sua capacidade geradora como processo fundamental da mudança. Dito em outras palavras, “[...] sem a emergência do outro como sujeito do próprio processo terapêutico não acontece mudança terapêutica”. Nessa perspectiva, torna-se inteligível a aproximação conceitual entre **sujeito e desinstitucionalização**.

Assim, é preciso estar atento para os diferentes modos como esse **sujeito** toma forma, a partir das práticas institucionais. Nesse sentido, faz-se importante pesquisar esses processos pelo olhar da pessoa atendida, considerando que isso seja abrir um espaço de diálogo que preconiza a ação do usuário enquanto participe da definição e reelaboração do próprio tratamento, visando à implementação de práticas de maior alcance no cuidado em saúde mental. Possibilita, assim, a produção de novos sentidos subjetivos implicados com a terapia e também com a maneira de se ver e integrar o curso da própria história.

Mais do que isso, estudar os processos de emergência do sujeito neste contexto implica na construção de inteligibilidades sobre as diversas nuances sociais que estão relacionadas a ele. Nesta perspectiva, estudar a esfera da saúde mental extrapola a artificialidade das especialidades formalizadas e torna-se uma metáfora para o estudo da sociedade em que ela é praticada e produzida. Em afinidade ao que argumenta González Rey

(2005a, p. 42): “Um estudo orientado a conhecer as configurações de sentido de um sujeito concreto sempre permitirá gerar uma informação que transcenderá os limites da especialidade a partir da qual o estudo foi planejado”.

Sob este ponto de vista, por sua complexidade, o **trabalho de desinstitucionalização** requer um processo de constante metamorfose e articulação com outras dimensões sociais, pois se direciona permanentemente a um mundo a ser construído e não a um estado fixo e normatizado. Como afirma Basaglia (1985, p. 116): “[...] falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoia a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos”. Assim, torna-se premente pensar em alternativas de construção da cidadania para lidar com o paradoxal desafio de fazer um processo de inclusão social numa sociedade profundamente excludente.

Nesse sentido, este estudo aponta não somente para mudanças que se fazem necessárias no interior do serviço assistencial de saúde mental, mas para o aprofundamento de estudos que enfatizem a reconfiguração do papel institucional na sociedade. Trata-se do desafio de propor um eixo de discussão que aproxime o que se passa no interior desses serviços com o que se faz presente também em outras instituições, como, por exemplo, o hospital, a escola e o cárcere. Neste caso, a ideia é ultrapassar as barreiras formais entre as instituições, para gerar inteligibilidade sobre problemas semelhantes que elas enfrentam em seus desdobramentos na trama do desenvolvimento humano. Propõe-se, assim, o desafio de compreender e sugerir novas estratégias para essas dinâmicas sociais aparentemente abstratas, mas que, não obstante, deixam marcas profundas na vida concreta das pessoas.

Estudos neste sentido podem potencializar formas de promover o que vem sendo chamado nesta dissertação de **cuidado para além das fronteiras do serviço** de saúde mental. Sem menosprezar a complexidade e a dificuldade das limitações sociais existentes para tanto, trata-se de aceitar o desafio de propor novas produções teóricas voltadas para ações estratégicas institucionais pautadas pela possibilidade de inventar o diferente. Esta perene possibilidade de criação por parte de uma organização social é abordada de forma contundente por Lévy (2001, p. 200):

Se a organização é uma dinâmica criadora é, com efeito, porque ela é mais um projeto do que uma realização, mais uma *démarche* do que um estado. Como qualquer sistema vivo, ela só existe na condição de paradoxo, ao mesmo tempo como afirmação e como fracasso da vontade de poder, entre o desejo de tudo compreender por um lado, e por outro, a necessidade de dividir, de separar, de limitar: os limites pelos qual ela se define são sempre provisórios e incertos; os

discursos de representações, sob o domínio das contradições irreduzíveis que os atravessam, perseguem indefinidamente seu objetivo de dar sentido às regras e às divisões, sem jamais conseguir fazê-lo. Na condição de projeto, a organização só faz sentido se ainda estiver por ser feita, e só subsiste na tensão do inacabado.

Em estreita concordância com o autor, a dinâmica de qualquer serviço ou organização social somente se torna pertinente ao seu objeto de intervenção se for conservada a capacidade crítica de repensar e reorganizar frente aos novos desafios existentes. Por isso mesmo, suas potencialidades não se encontram encerradas dentro de suas limitações atuais, mas residem na sua capacidade de mudança que, por sua vez, está inserida em uma constante construção epistemo-ontológica de sua *práxis*. Nesta perspectiva, a instituição jamais se encontra terminada, mas, como tudo na vida, é um caminho em processo.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaco abaixo as principais construções teóricas alcançadas a partir desta pesquisa. Mais do que conclusões encerradas, trata-se antes de reflexões tecidas frente aos impasses assistenciais presentes na atualidade que apontam novos caminhos para a investigação científica. Nesse sentido, no intuito de ampliar os modelos teóricos desenvolvidos, novos estudos se fazem necessários. Afinal, por sorte, a ciência se encontra no lugar do processo e das possibilidades, jamais no da conclusão.

- 1) A configuração subjetiva social da institucionalização no contexto assistencial da pesquisa mostra-se estreitamente relacionada à produção das pessoas atendidas enquanto objetos de procedimentos técnicos, o que se expressa pela carência de responsabilidade individual no próprio tratamento e, de forma mais ampla, pela ausência de protagonismo frente ao próprio desenvolvimento. Estes são aspectos que, de formas diferentes, aparecem nas diversas configurações subjetivas individuais estudadas. Tal cenário guarda estreitas articulações com processos institucionais nos quais desenvolvimento e assistência aparecem dissociados entre si. De certa forma, é possível dizer que esta é uma expressão de uma lógica manicomial que ainda se faz efetivamente presente na vida dos usuários, não no formato de grades e muros, mas na maneira como produzem subjetivamente suas experiências no curso do tratamento. Neste contexto, o papel da educação é ocultado da cosmovisão do tratamento médico, ao ser hipertrofiado seu aspecto instrumental. Esse processo relaciona-se às configurações subjetivas do tratamento por parte dos usuários institucionalizados, que amiúde o vivenciam enquanto procedimento a ser realizado somente dentro do serviço de saúde mental, consistindo basicamente no comparecimento às atividades propostas e no acompanhamento das prescrições médicas.
- 2) A lógica biomédica, ao enfatizar em grande medida os aspectos sintomáticos das pessoas atendidas, termina por excluir a atenção dos sentidos subjetivos que se configuram na base desses sintomas. Nessa ótica, o transtorno mental é compreendido enquanto desvio de uma suposta norma geral e tratado enquanto fenômeno individual, em detrimento de suas dimensões subjetiva, cultural e social. Desse modo, termina por associar linearmente sintomas a processos patológicos reificados, distanciando as

potencialidades das pessoas atendidas do tratamento e, conseqüentemente, do processo de alta institucional. Nesses casos, a prática da alta ainda parece circunscrita ao escrutínio profissional, expressando antes uma forma de se relacionar baseada pelo poder do que pelo diálogo. Essa dinâmica vincula-se intensamente à objetificação da pessoa atendida e desdobra-se em processos de institucionalização, que terminam por acentuar a cronificação de sua condição de exclusão social. Assim, ocorre a retirada do potencial de mudança do campo de ação da pessoa considerada doente, por meio da desconsideração de suas condições de desenvolvimento singulares, culminando num quadro em que sua condição de sujeito é eminentemente negada.

- 3) A realidade político-institucional atualmente vigente na região do DF desdobra-se em diversos impasses cotidianos que terminam por intensificar o processo de institucionalização no âmbito da saúde mental. Duas manifestações desses impasses que se fizeram marcantes nesta pesquisa foram a baixa cobertura de serviços de saúde mental e a carência de atendimentos especializados nas unidades de saúde. Tais dificuldades culminam num quadro de diversas situações nas quais o serviço permanece afastado do território existencial das pessoas atendidas, dificultando ações voltadas para o contexto concreto de suas vidas – o que compromete amplamente o processo de desinstitucionalização. Ademais, pela falta de apoio institucional decorrente destas dificuldades, o processo de alta institucional também se vê desfavorecido e termina por ser muitas vezes vivenciado como um abandono por parte da equipe profissional e, de maneira mais ampla, como uma ameaça à condição de saúde. Nesse sentido, instaura-se um vácuo institucional, dificultando estratégias educativas que poderiam dar maior apoio à reabilitação social de pessoas que se encontram em situação de destacada fragilidade emocional e carência de vinculação social.
- 4) O tratamento assistencial no âmbito da saúde mental não possui um valor inerente desvinculado de seus desdobramentos na vida concreta dos usuários. Pelo contrário, desde a perspectiva teórica adotada neste estudo, ele somente alcança a condição terapêutica à medida que promove transformações que favoreçam a construção de caminhos de desenvolvimento alternativos àqueles associados ao sofrimento e à paralisação subjetiva do outro. É neste sentido que se faz relevante pensar e implementar estratégias educativas voltadas para a construção de práticas coletivas

que potencializem a cidadania e, conseqüentemente, potencializem diferentes possibilidades de promoção social. Tais estratégias, necessariamente, devem ser flexíveis e manter abertura para a condição singular dos processos subjetivos das pessoas atendidas. Assim, elas se tornam mais sensíveis para a valorização do caráter gerador do outro enquanto dimensão fundamental do processo de mudança, engendrando formas de cuidado que defendem uma ética do sujeito e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização.

- 5) O processo de alta institucional é configurado subjetivamente pelas pessoas atendidas de maneira indissociada de espaços sociais e momentos históricos que estão para além dos aspectos circunscritos ao tratamento no serviço e ao transtorno mental. Dessa maneira, esse processo demanda a elaboração e implementação de estratégias institucionais pautadas pelo suporte à concretização das potencialidades que os usuários apresentem, bem como pela concepção da alta como processo gradual a ser conquistado, superando a tendência de entendê-la de forma abrupta e fragmentada de outros momentos do tratamento.
- 6) A atenção à saúde mental que tem como princípio a estratégia de desinstitucionalização está indissociada do desenvolvimento integral da pessoa atendida. Nesta perspectiva, encontra-se intensamente vinculada ao seu modo de vida e, portanto, potencializar mudanças no modo de vida, ainda que aparentemente elas estejam distantes do transtorno mental, pode implicar no favorecimento do processo de desinstitucionalização. Ações neste sentido consistiriam em uma maneira de promover um cuidado para além das fronteiras do serviço e cumpririam uma função educativa no desenvolvimento integral dos usuários. Dentre as possibilidades existentes para este trabalho, uma estratégia institucional profícua é a criação de espaços de convivência entre as pessoas atendidas, a partir dos quais seja possível a emergência de iniciativas próprias e conjuntas. Trata-se de um trabalho cujo esteio é o favorecimento de possibilidades, em detrimento da centralidade dos especialistas enquanto detentores do saber.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas – Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Paulo Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 73-84, 1994.
- \_\_\_\_\_. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.
- \_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, 1(1), 2009, p. 1-7. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04\\_Paulo\\_Amarante.pdf](http://www.abrasme.org.br/cbsm/artigos/artigos/04_Paulo_Amarante.pdf)>. Acesso em: 7 de agosto 2012.
- ANTÚNES, Andrés Eduardo Aguirre; BARRETTO, Kleber Duarte; SAFRA, Gilberto. Acompanhamento terapêutico: contribuições de Minkowski. In: Andrés Eduardo Aguirre Antúnez (Org.). **Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teoria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 13-20, 2011.
- BACHELARD, Gaston (1934). **A filosofia do não; O novo espírito científico; A poética do espaço**. Tradução de Joaquim José Moura Ramos, Remberto Francisco Kuhnen, Antônio da Costa Leal e Lúcia do Valle Santos Leal. São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores), 1978. Títulos originais: La philosophie du non; Le nouvel esprit scientifique; La poétique de l'espace.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: Paulo Amarante (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 171-196, 1994.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: \_\_\_\_\_. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3 edição. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. Título original: L'Istituzione Negata.
- BICHAFF, Regina. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BORTONI-RICARDO, Stella Maria. **O professor pesquisador: introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Parábola, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A História de Beta/ Ministério da Saúde**. – 1. Ed., 2. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.

- BRASIL. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados** – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_mental\\_dados\\_numero\\_4.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_4.pdf)>. Acesso em: 7 de agosto de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados** – 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Informativo eletrônico. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 12 de outubro de 2013.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis, Revista de saúde coletiva**, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre la medicina**. Buenos Aires: Amorruru, 2004.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.
- COSTA, Ileno Izídio. **Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave**. Disponível em: <[http://awmueller.com/deposito/prevencao\\_psicoses.pdf](http://awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf)>. Acesso em: 12 de outubro de 2013.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Tradução de João Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. Título original: Histoire de la Folie à l'Âge Classique.
- \_\_\_\_\_. (1963) **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977. Título Original: Naissance de la Clinique.
- GATTI, Bernadete Angelina. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2010.
- GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. **Epistemología Cualitativa y Subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997.
- \_\_\_\_\_. (2002). **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. Tradução de Raquel Souza Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. Título original: Sujeto y subjetividad.

- \_\_\_\_\_. O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: Mitjáns Martines, A.; Simão, L. M. (orgs.). **O outro no desenvolvimento humano**: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004a, p. 1-27.
- \_\_\_\_\_. **Personalidade, saúde e modo de vida**. Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004b. Título original: Personalidad, salud y modo de vida.
- \_\_\_\_\_. O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. In: González Rey, F. L. (org.). **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005a, p. 27-51.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. 2. ed. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2005b. Título original: Pesquisa cualitativa y subjetividad.
- \_\_\_\_\_. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**: uma aproximação histórico-cultural. Tradução de Gullermo Matias Gamucio. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2007. Título original: Psicoterapia, subjetividade y postmodernidad.
- \_\_\_\_\_. O sujeito que aprende: desafios no desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. In: TACCA, M. C. V. R. (org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. 2 ed. Campinas: Alínea, 2008. p. 29-44.
- \_\_\_\_\_. La significación de Vygotski para la consideración de lo afectivo en la educación: las bases para la cuestión de la subjetividad. **Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación**, Costa Rica, v. 9, n. especial, p. 1-24, 2009a. Disponível em: <<http://www.latindex.ucr.ac.cr/aie-2009-esp/aie-2009-es-02.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto 2012.
- \_\_\_\_\_. Epistemología y Ontología: un debate necesario para la Psicología hoy. **Diversitas** [online]. v. 5, n. 2, p. 205-224, 2009b. Disponível em: <<http://ojs.usta.edu.co/index.php/diversitas/article/viewFile/6/pdf>>. Acesso em: 19 de agosto 2012.
- \_\_\_\_\_. **Subjetividade e saúde**: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.
- \_\_\_\_\_. **O Social na Psicologia e a Psicologia Social**: a emergência do sujeito. Petrópolis: Vozes, 2012a.
- \_\_\_\_\_. Sentidos subjetivos, linguagem e sujeito: implicações epistemológicas de uma perspectiva pós-racionalista em psicoterapia. In: Holanda, A. F. (Org.). **O campo das psicoterapias**: reflexões atuais. Juruá Editora, 2012b.
- GOULART, Daniel Magalhães. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Guillermo de Ockham** (Colômbia), v. 11, n. 1, p. 21-33, 2013a.
- \_\_\_\_\_. O popular e a assistência em saúde mental: uma incursão etnográfica. In: FLEISCHER, Soraya (Org.). Dossiê Saúde popular: esforços etnográficos para definir o conceito. **Revista PÓS – Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, v. 12, n. 1, no prelo, 2013b.

- GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 2, p. 83-96, 2004.
- KOCH, Sigmund. The nature and limits of psychological knowledge. **American Psychologist**, v. 36, n. 3, p. 257-269, 1981.
- LANCETTI, Antonio (2006). **Clínica Peripatética**. 6ª edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- LÉVY, André (1997). **Ciências clínicas e organizações sociais** – sentido e crise do sentido. Tradução de Eunice Dutra Galery, Maria Emília A. Torres Lima, Nina de Melo Franco. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001. Título original: *Sciences cliniques et organisations sociales – sens et crise du sens*. Paris: Press Universitaires de France.
- LUCCHESI, Roselma; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 152-160, 2009.
- LYOTARD, Jean François (1979). **A condição Pós-Moderna**. 3ª ed. Tradução de Ricardo Corrêa Barbosa. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1988. 123p. Título Original: *La condition postmoderne*. Paris: Minuit, 1979.
- MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.
- MORIN, Edgar. (1982). **Ciência com consciência**. 8ª ed. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand. Título original: *Science avec conscience*. Paris: Fayard, 2005.
- MITJÁNS MARTINES, Albertina. A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: González Rey, F. L. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005, p. 1-25.
- \_\_\_\_\_. Criatividade no trabalho pedagógico e criatividade na aprendizagem: uma relação necessária? In: TACCA, Maria Carmen V. R. (org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas: Alínea, 2008, p. 69-94.
- MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. Representaciones Sociales, Subjetividad Social e Inclusión escolar. **Trabalho apresentado na VIII Conferência sobre representações sociais**. Roma, 2006.
- NEUBERN, Maurício da Silva. **Complexidade e Psicologia Clínica: desafios epistemológicos**. Brasília: Plano, 2004. 226 p.
- \_\_\_\_\_. Hipnose e psicologia clínica. Retomando a história não contada. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 346-354, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Psicologia, hipnose e subjetividade: Revisitando a história**. Belo Horizonte: Diamante, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Psicoterapia e espiritualidade**. Belo Horizonte: Diamante, 2013.

- PANDE, Mariana Nogueira Rangel.; AMARANTE, Paulo. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
- PELBART, Peter Pal. Prefácio. In: Lancetti, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 11-14.
- PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- RAMOS, Déborah Karolynne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. Formação profissional do assistente social para atuar na saúde mental: elementos para o debate contemporâneo. **Revista Serviço Social & Realidade**, n. 19, n. 2, p. 203-218, 2010.
- ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Paulo Amarante (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 149-170, 1994.
- ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**, São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-59.
- SANTIAGO, Mariana Agra. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- SILVA, Giselle de Fátima. **Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Curso de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2008.
- STENGERS, Isabelle. A constructivist reading of ‘process and reality’. **Theory, Culture & Society**, v. 25, n. 4, p. 91-110, 2008.
- TACCA, Maria Carmen Rosa Vilela; GONZÁLEZ REY, Fernando Luís. Produção de sentido subjetivo: as singularidades dos alunos no processo de aprender. **Revista Ciência e Profissão**, 2008, 28(1), p. 138-161.
- TEIXEIRA JR, Sidnei; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 453-460.
- VIGOTSKY, Lev Semionovich. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. Título original: Michliêníe I Rietch.
- WILSON, M. Saúde, atitudes e valores. In: TAPS. **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984, p. 6-14. (Coleções Cadernos Contact).



ZANELLO, Waleska. **Debate sobre o filme “O Espírito-Corpo”**. Trabalho apresentado no 1º Encontro de Estudos sobre Hipnose, Transe e Subjetividade da UnB. Brasília: Universidade de Brasília, 2012. (Comunicação oral).

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de LBrasília, Brasília, 2010.

## APÊNDICE A

**Tabela com informações sobre as atividades do Grupo de Redes**

<b>ATIVIDADES DO GRUPO DE REDES</b>			
<b>Encontros</b>	<b>Coordenadores</b>	<b>Data</b>	<b>Duração</b>
Encontro 1	Técnico 1 (T1), Técnico 2 (T2) e Pesquisador (P)	20/08/13	1h30
Encontro 2	T1 e P	03/09/12	1h30
Encontro 3	T1 e P	10/09/12	1h30
Encontro 4	T1 e P	17/09/12	1h30
Encontro 5	P	01/10/12	1h30
Encontro 6	T1 e P	08/10/12	1h30
Encontro 7	P	22/10/12	1h30
Encontro 8	T2 e P	29/10/12	1h30
Encontro 9	T1 e P	05/11/12	1h30
Encontro 10	T1, T2 e P	12/11/12	1h30
Encontro 11	T2 e P	26/11/12	1h30
Encontro 12	P	10/12/12	1h30
Encontro 13	P	17/12/12	1h30
Encontro 14	P	07/01/13	1h30
Encontro 15	T2 e P	14/01/13	1h30
Encontro 16	P	21/01/13	1h30
Encontro 17	P	28/01/13	1h30
Encontro 18	P	18/02/13	1h30
Encontro 19	P	25/02/13	1h30
Encontro 20	T1 e P	04/03/13	1h30
Encontro 21	T1, T2 e P	11/03/13	1h30
Encontro 22	T2 e P	25/03/13	1h30
Encontro 23	T2 e P	01/04/13	1h30
Encontro 24	T2 e P	15/04/13	1h30
Encontro 25	P	22/04/13	1h30
Encontro 26	T2 e P	06/05/13	1h30
Encontro 27	P	13/05/13	1h30
Encontro 28	T2 e P	20/05/13	1h30
Encontro 29	P	27/05/13	1h30
Encontro 30	T2 e P	10/06/13	1h30

**Fonte:** construção própria do pesquisador.