

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

RAFAELA BEAL BOSSARDI

**A PSICOLOGIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS
EM DESASSOSSEGO**

Prof^a. Dr^a. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Orientadora

PORTO ALEGRE

2012

RAFAELA BEAL BOSSARDI

**A PSICOLOGIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS
EM DESASSOSSEGO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

PORTO ALEGRE

2012

"Não há sossego - e, ai de mim!, nem sequer há desejo de o ter." (Fernando Pessoa,

1992, p.41)

COM AÇÚCAR E COM AFETO: Agradecimentos

Se chego até aqui é porque em meu caminho encontrei pessoas que me oportunizaram percorrê-lo.

Aos meus pais, Sidnei e Jaine, agradeço pela vida desejada, pelo cuidado amoroso e pelo “estar junto” de sempre.

À minha irmã Mirela, agradeço pela amizade e companheirismo diante das dores e das alegrias de se viver.

À minha orientadora Helena, por instigar-me o desassossego.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Psicologia e Políticas Sociais: Memória, História e Produção do Presente”, pelas discussões, descontrações e continência.

Aos meus queridos amigos, pelo apoio e compreensão diante do distanciamento da minha amizade, por vibrarem comigo em cada pequena vitória desta trajetória.

À PUCRS e aos professores, pelos espaços de convivência e aprendizagem.

À CAPES pelo incentivo que possibilitou essa pesquisa.

*“Escreve-se sempre para dar a vida, para liberar a vida aí onde ela está aprisionada,
para traçar linhas de fuga” (Deleuze, 1995)*

RESUMO

O presente trabalho surgiu do desejo em aprofundar o conhecimento a respeito das práticas psicológicas no espaço das políticas públicas de saúde e no tempo da contemporaneidade. Para tanto, o estudo é apresentado em duas seções complementares. A primeira utiliza as noções de tempo e espaço entendidas como categorias básicas da existência e das relações humanas para situar as práticas psicológicas que se pretende compreender. Entre o tempo da institucionalização e o da inserção nas políticas públicas, entre o espaço de atuação do hospital psiquiátrico e o do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a psicologia apresenta práticas voltadas para a busca de um lugar fixo que a legitime. Nesse sentido, práticas centradas no modelo biomédico e na lógica produtivista parecem contribuir para a persistência da perspectiva tradicional de atenção. Diante disso, a reformulação da noção de espaço, como “entre” dois lugares fixos, indica a importância de os profissionais da psicologia assumirem o não-lugar que permite o fluir dos desejos da vida. A segunda seção, por sua vez, transporta as reflexões desenvolvidas na primeira para a realização de uma pesquisa em campo. Os dados foram coletados através da participação em espaços de discussão sobre saúde mental, de anotações em diário de campo, de documentos e de entrevistas narrativas com profissionais de CAPS. Partindo de uma abordagem qualitativa, as entrevistas foram analisadas com base na proposta de Schütze, apresentada por Bauer e Jovchelovitch (2002). Os resultados, por um lado, confirmam o exposto na literatura existente e, por outro, surpreendem pela tensão entre desvios e avanços que a consolidação das políticas públicas de saúde mental encontra como obstáculos. Por fim, é apontada a importância da continuidade de estudos que sustentem práticas psicológicas possíveis de serem realizadas entre os territórios geográfico e vivencial.

Palavras-chave: práticas psicológicas; saúde mental; Centros de Atenção psicossocial.

ABSTRACT

The theme discussed in this paper emerged from a desire to deepen the knowledge about the psychological practices in the ambit of public health policies and the contemporary time. To this end, the study is presented in two complementary sections. The first uses the notions of space and time as basic categories of existence and human relationships to place psychological practices that want to be understood. Between the time of institutionalization and integration of public policy, between the performance space of the psychiatric hospital and the Center for Psychosocial Care (CAPS), psychology practice has focused on the pursuit of a fixed place that legitimizes it. In this sense, practices are focused on the bio-medical model and the logical productivity seems to contribute to the persistence of the traditional perspective of attention. Thus, the reformulation of the notion of space as "between" two fixed locations indicates the importance of professional psychologists who take the non-place that allows the flow of life's desire. The second section, in turn, carries the reflections developed in the first section to perform a research in the field. Data was collected from participation in different discussion forums on mental health, from notes in field diaries, from documents of public domain and narrative interviews with CAPS professionals. From a qualitative approach, the interviews were analyzed based on the proposal of Schütze presented by Bauer and Jovchelovitch (2002). The results of the chosen trajectory confirmed the already stated in literature, but also amazed because of the tension between progress and deviations that the consolidation of public mental health policy still finds as obstacles in their path. Given this, it points out the importance of continuing to support studies of psychological practices which can be developed between the experiential and geographic territories.

Keywords: psychological practices, mental health; community mental health services.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CPP – Comissão de Políticas Públicas

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CSM – Comissão de Saúde Mental

FSG – Faculdade da Serra Gaúcha

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Terapeuta de Referência

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
REFERÊNCIAS	15
SEÇÃO I: As práticas psicológicas atravessadas pelo tempo e espaço	16
RESUMO	16
ABSTRACT	17
INTRODUÇÃO	18
A psicologia no urgir dos tempos	20
A psicologia no ruir dos espaços	31
Os não-lugares da psicologia	44
REFERÊNCIAS	47
SEÇÃO II: Práticas psicológicas nos Centros de Atenção Psicossocial: a psicologia entre muros?	54
RESUMO	54
ABSTRACT	55
INTRODUÇÃO	56
Que tempo?	58
Que lugar?	60
A saúde mental no contexto atual	60
O dispositivo CAPS de atenção à saúde mental	68
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	74
EM BUSCA DE UMA TRAJETÓRIA COLETIVA: RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
Entre lugares do passado e do presente	80

O usuário retirado.....	84
Desejos de manicômio	88
A psicologia dentro/fora de si	90
A psicologia como mão-de-obra	93
A psicologia entre si e outros saberes/fazeres	95
Entre formação acadêmica e prática.....	99
A paixão pela saída ou a saída pela paixão?	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
CONSIDERAÇÕES DESASSOSSEGADAS	110
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
ANEXO B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS	113

INTRODUÇÃO

Qual é o lugar da psicologia? Essa tem sido a inquietação, presente desde o momento da minha inserção na área e que provocou o direcionamento ao lugar ocupado agora: mestrandia. Enfatiza-se, aqui, a utilização de duas palavras ao se fazer referência à questão inicial do presente trabalho e que embasarão a sua elaboração: *momento* e *lugar*.

Momento e lugar, tempo e espaço, são palavras entendidas e empregadas no estudo por indicarem um processo em constante construção social e cujo destino não se pode definir. Da mesma forma, as palavras em questão representam o processo de construção do estudo. O tema que apresenta, as reflexões que desenvolve e as questões que busca responder fazem parte de uma caminhada muito anterior à admissão no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O início dessa caminhada pode ser identificado a partir da inserção como profissional de psicologia em diversos espaços da sociedade.

Nesse percurso, a primeira inquietação foi provocada a partir do lugar ocupado como psicóloga organizacional. Atividades de recrutamento, avaliações psicológicas, seleção, entrevistas de desligamento, entre outras, submetiam práticas psicológicas a uma lógica reducionista, na qual prevalecia os interesses dos proprietários do capital, em detrimento da saúde do trabalhador. Em tais espaços, já se tornava possível a observação de um cotidiano marcado pela prevalência da competitividade sobre a cooperação, do consumo exagerado de futilidades sobre o consumo de necessidades, do imediatismo sobre a permanência, do individualismo sobre o coletivo.

Tais constatações impulsionaram a busca por espaços outros em que as práticas psicológicas pudessem ser efetivadas em consonância com o que eu acreditava ser objetivo da psicologia: a produção de saúde em seus aspectos integrais através de uma construção coletiva e participativa, na qual a subjetividade, os desejos e as possibilidades de vida dos sujeitos seriam fundamentais para o processo. O espaço encontrado foi o de uma clínica psiquiátrica, no qual experiências diferentes foram proporcionadas, porém, reflexões parecidas com as suscitadas anteriormente indicavam um funcionamento em concordância com a lógica dos espaços organizacionais. Demandas constantes de medicalização para suprir a falta de certezas e de limites de uma sociedade em que tudo é possível e atingível encontravam eco nas demandas de maiores lucros fornecidos pelas interações eternas e produções de subjetividades insatisfeitas e fragmentadas (Bauman, 2007).

À primeira vista, os dois espaços apresentavam divergências em suas missões: enquanto os espaços organizacionais buscavam a liderança em seus ramos de negócio, o segundo espaço apresentava como missão o tratamento de transtornos mentais. Porém, a partir de um olhar mais atento, era possível identificar que os dois espaços apenas refletiam as características da sociedade contemporânea em que o lucro e a competitividade prevalecem sobre a cooperação, as imagens sobre as palavras, as atuações sobre as relações, o virtual sobre o interpessoal, a beleza sobre a saúde.

Ao mesmo tempo em que essas características da sociedade contemporânea eram identificadas em instituições privadas, a demanda de inserção da psicologia nos serviços públicos era crescente, atraindo um percentual significativo de psicólogos/as que faziam esta escolha, na maioria das vezes, em função da estabilidade profissional oferecida pelos concursos públicos. Diante disso, apresentavam-se os seguintes questionamentos: que impasses os/as psicólogos/as encontravam no setor público? Eles

seriam equivalentes aos encontrados nos serviços privados? As práticas psicológicas nos setores públicos seriam exercidas em função/ a favor do quê? A psicologia, inserida nos serviços públicos, de que forma coloca-se diante das demandas da sociedade atual? Ela responde de que lugar? Quais são os lugares que ocupa?

As reflexões citadas motivaram uma nova busca, não por um espaço onde as práticas psicológicas idealizadas anteriormente poderiam ser produzidas, mas por um espaço que oferecesse continência e transformação construtiva àquelas inquietações. Dessa busca resultou a inserção no grupo de pesquisa *Psicologia e políticas sociais: memória, história e produção do presente* do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, conseqüentemente, a aproximação do cotidiano com a academia, do fazer com a teoria. A trajetória de dois anos no grupo de pesquisa, as discussões realizadas naquele espaço, nas aulas, nas leituras e em eventos associaram-se à elaboração da pesquisa decorrente do mestrado e fizeram deste trabalho um processo cuja construção, é preciso enfatizar, não se acaba.

Entre outros, essa construção proporcionou o entendimento de que a psicologia apresenta diferentes concepções e práticas, sendo caracterizada por uma constante transformação decorrente dos espaços e tempos por onde percorre (Bock, 2002; Ferreira, 2007; Jacó-Vilela, 2007). Nesse sentido, ela é atravessada por questões temporais e espaciais, ao mesmo tempo em que contribui para a compreensão e a transformação das práticas sociais de cada tempo e espaço. Com isso, cabe indagar quanto aos processos de construção das práticas psicológicas contemporâneas neste mutante, complexo e dinâmico contexto que é o campo das políticas públicas de saúde.

Tendo como pano de fundo essas reflexões, o presente trabalho propõe-se aos seguintes objetivos: identificar e compreender as especificidades de práticas psicológicas situadas no espaço das políticas públicas de saúde e no tempo da

contemporaneidade, identificando dificuldades e estratégias utilizadas para o enfrentamento dos impasses encontrados no referido contexto.

Para tanto, o trabalho foi estruturado em duas seções complementares e que seguem uma abordagem qualitativa. A primeira, a partir da revisão da literatura, apresenta uma discussão sobre o lugar da psicologia no decorrer dos tempos e na transformação dos espaços. É proposta uma articulação entre as práticas psicológicas, desde o surgimento da psicologia até a sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), com os conceitos de espaço e tempo transformados pelos impactos da sociedade contemporânea.

A segunda seção pretende transportar as reflexões apresentadas na primeira para um tempo e um espaço específicos: a contemporaneidade e o espaço dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade de grande porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para tanto, foi realizada uma inserção no campo através da participação em seminários, audiências públicas sobre saúde mental e espaços de discussão sobre políticas públicas organizados pela subsede do Conselho Regional de Psicologia (CRP). Além disso, foram coletadas oito entrevistas com profissionais dos CAPS e estas entrevistas foram analisadas através da proposta por Schütze expressa por Bauer e Jovchelovitch (2002). Os resultados obtidos são apresentados em forma de discussão com os pressupostos teóricos adotados até então.

Finalmente, as considerações finais buscam integrar as duas seções em uma interlocução que retoma os objetivos propostos e explicita reflexões acerca das transformações e possibilidades das práticas psicológicas.

REFERÊNCIAS

Bauman, Z. (2007). *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Bock, A. M. B. e Furtado, O. (2007). A psicologia no Brasil e suas relações com o marxismo. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos*. (pp. 503-514). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Ferreira, A. A. L. (2007) O múltiplo surgimento da psicologia. In. Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos*. (pp 13-46). Rio de Janeiro: Nau Editora, 2008.

Jacó-Vilela, A. M. (2007). O estatuto da psicologia social – contribuições da história da psicologia social. In: Mayorga, C. e Prado, M. A. M. (orgs.). *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres* (pp. 37-54). Belo Horizonte: Autêntica.

Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2002). Entrevista Narrativa. In: Bauer, M. W. e Gaskell G. (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Editora Vozes.

SEÇÃO I: As práticas psicológicas atravessadas pelo tempo e espaço

RESUMO

Este trabalho apresenta uma reflexão a respeito das práticas psicológicas tendo como pano de fundo as noções de tempo e espaço que são compreendidos como categorias básicas que permitem a vivência e as relações humanas. O tempo e o espaço nos quais se situam as práticas psicológicas, alvo desta reflexão, referem-se à contemporaneidade e às políticas públicas de saúde, respectivamente. Para tanto, retoma-se o percorrer da psicologia desde a sua institucionalização até os dias atuais e a sua inserção em espaços privados e públicos da sociedade. Nesta caminhada, a psicologia apresentou práticas direcionadas para a legitimação da profissão perante a sociedade e o meio científico. Nesse sentido, práticas caracterizadas como normatizadoras, individualizantes e disciplinadoras, respondiam às demandas de outras disciplinas que convocavam o saber psicológico como acessório na busca da ordem e do progresso brasileiros. No decorrer dos tempos e das transformações dos espaços, a psicologia deparou-se com exigências que suscitavam tensionamentos em suas práticas. Entre eles, pode-se mencionar a proposta da reforma psiquiátrica por uma atenção despendida para a saúde mental e efetivada no território de convivência do sujeito que se contrapõe a práticas centradas no modelo biomédico e na lógica produtivista da política hegemônica neoliberal que parecem ainda buscar um lugar de legitimação. Por fim, lança-se mão da noção de “não-lugar” como espaço dinâmico e em movimento, do qual a psicologia faz parte e deve apropriar-se para que o fluir da vida permita-se.

Palavras-chave: práticas psicológicas; saúde mental; tempo; espaço.

ABSTRACT

This paper presents a reflection on the psychological practices having as background the notions of time and space which here are understood as basic categories that allow the experience and human relations. Time and space in which lays the psychological practices are the target of this reflection and it refers to the contemporary political and public health respectively. To this end, recalls the course of psychology from its institutionalization until our days and its inclusion in public and private spaces of society. On this course, psychology presented practices directed towards the legitimacy of their profession to society and the scientific community. In this sense, practices characterized as normalizing, disciplinary and individualizing, responded to the demands of other disciplines that required the psychological knowledge as an accessory in the search for order and progress in Brazil. During the transformation of space and time, psychology was faced with demands that cause tensions in their practices. Among them, the reform proposal for a psychiatric attention given to mental health and effective coexistence in the territory of the subject is opposed to practices focused on bio-medical model and the productivity logic of neoliberal hegemonic policies that seem to still find a place of legitimacy. Finally, it makes use of the notion of "non-place" as a dynamic space and movement, in which psychology takes part and must appropriate it to keep the flow of life.

Keywords: psychological practices; mental health; time; space.

INTRODUÇÃO

A presente seção propõe uma reflexão a respeito das práticas psicológicas tendo como pano de fundo as noções de tempo e espaço, sobre as quais se passa a teorizar com o propósito de fundamentar e ampliar a discussão. Tempo e espaço, são entendidos como “categorias básicas da existência humana” (Harvey, 2007, p. 187) e, portanto, ancoradouros para a experiência subjetiva, de tal modo que não podem ser compreendidas se isoladas uma da outra. Compõem a dupla dimensão da atualidade, no que se refere ao “aqui e agora” da realidade que se pretende conhecer. Tal realidade só existe como tempo presente, no qual o passado faz-se perceptível através das histórias contidas nos espaços. As histórias aqui, têm a conotação de acontecimentos, de fatos corridos em um tempo específico e realizados pelas pessoas que passaram pelos espaços, as relações que estabeleceram, os saberes que formularam e as práticas que conquistaram (Santos, 2009).

Tendo em vista tais concepções, o tempo compreendido neste trabalho é o do período tecnológico (Santos, 2009), do pós-modernismo (Harvey, 2007), da supermodernidade (Augé, 2010), do líquido-moderno (Bauman, 2007), entre outras tantas denominações possíveis para se fazer referência à contemporaneidade. Este último termo será utilizado por questão de simples escolha, sem a pretensão de conotá-lo a algum autor ou teoria. O espaço, através do qual será vislumbrado o tempo da contemporaneidade, é o das políticas públicas, considerado uma dimensão socialmente construída e na qual as práticas de/em saúde são atravessadas pelos tempos do passado, do presente e do futuro.

Nos subtítulos deste estudo, *tempo* e *espaço* serão empregados de forma associativa aos termos *urgir* e *ruir*, respectivamente. Com *urgir*, pretende-se fazer

associação ao sentido de tempo predominante na sociedade globalizada brasileira; e, com ruir, aos processos de construção, desconstrução e reconstrução das práticas psicológicas de acordo com os “urgires” do tempo. Nesse sentido, tempo e espaço consolidam e transformam a sociedade ao mesmo tempo em que são modificados por ela num “processo influenciado pela economia, moldado pela ideologia e possibilitado pela política” (Vianna e Elias, 2007, p. 1297).

A sociedade atual apresenta características peculiares resultantes de uma série de transformações que podem ter como vertentes explicativas a transição do sistema feudal para o modo de produção capitalista, as mudanças verificadas após as Guerras Mundiais e o advento da sociedade de consumo. Tais acontecimentos que a história da humanidade elucidada exigem constante desacomodação e criação por parte do ser humano, de suas práticas, da sociedade em geral e dos seus espaços, provocando modificações significativas em seus modos de organização e estabelecimento de relações. A partir disso, concepções de mundo têm formulado modos de ser e de viver que incluem subjetividades pautadas pelo individualismo, pela competitividade e pelo imediatismo. Como decorrência, formula-se, no mais das vezes, relacionamentos efêmeros e superficiais que se expressam na saúde das pessoas e nas práticas sociais que lhe são relacionadas (Bauman, 2007).

Tendo como premissa que a psicologia surgiu e reformulou-se a partir de demandas da sociedade e que, mais especificamente no Brasil, foi convocada a explicar as condições sociais, econômicas e políticas que caracterizavam o País como “atrasado” (Sass, 2007), torna-se importante compreender como as suas práticas situam-se no decorrer do tempo e nas transformações do espaço. Para tanto, faz-se necessário abordar o tema dos processos de institucionalização da psicologia, tendo em vista a sua articulação com os contextos histórico, econômico e social do Brasil.

Os processos de consolidação da área denotaram diferentes atribuições e, como decorrência, variados campos de inserção. Dentre esses, destaca-se o espaço das políticas públicas de saúde que lança diversos e profundos desafios aos profissionais que decidem ocupá-lo. Com isso, conhecer o lugar que os profissionais da psicologia se inserem significa conhecer suas práticas e seus saberes e refletir criticamente sobre a sua contribuição para o avanço das produções de saúde. Enfim, numa interlocução entre tempo e espaço, busca-se a compreensão de como (e se) as práticas psicológicas transformaram-se e recriaram-se a fim de acompanhar e responder às demandas peculiares da sociedade (espaço) contemporânea (tempo), ao mesmo tempo em que se entende em que medida elas também transformaram os espaços e tempos nos quais se inserem.

A psicologia no urgir dos tempos

O momento passado (...) participa da vida atual como forma indispensável à realização social (Santos, 2009, p. 14)

Como Ferreira (2007) explicita em seu texto *O múltiplo surgimento da psicologia*, esta começa a aparecer antes da data de sua fundação formal no século XIX.

Apesar de diversas obras fazerem referência ao século V a. C. quando filósofos gregos já se ocupavam do entendimento da mente humana, pode-se afirmar que o surgimento da psicologia confunde-se com o processo de constituição da individualização pelo advento do Estado Moderno.

Com o declínio do feudalismo e a conseqüente passagem para o capitalismo mercantil, marcada pelas Revoluções Francesa e Industrial, surgem o

incremento do comércio como forma de produção de riqueza, a constituição dos Estados modernos, as grandes navegações e a descoberta de novos povos, a invenção da imprensa, a Reforma (e a Contra-reforma) religiosa e, por fim, o surgimento da física matemática (Ferreira, 2007, p. 19).

Em face desse novo cenário, emergem também novas formas de vida na cidade. Antes dessas transformações, a sociedade funcionava como um todo, o seu modo de produção efetivava-se pelo conjunto de pessoas comandado por um líder, o senhor do sistema feudal. A partir da separação igreja-estado, do declínio do sistema feudal, da formalização da instituição família e da divisão social de trabalho, a sociedade passou a ser composta por indivíduos que, através da necessidade de sustentar a si próprios e às suas famílias, contribuíam com o progresso da referida sociedade através de sua força de trabalho individual. Além disso, passavam a contar com o direito de ascensão na hierarquia social em espaços diversos da sociedade de acordo com as suas características pessoais. Isso acarretou uma série de transformações concernentes à concepção de sociedade e de sujeito: a sociedade não seria mais a “soma do todo”, mas a soma do esforço individual de cada integrante.

Nessa “sociedade de indivíduos” (Nardi, 2003, p.40), o indivíduo passa a ser o foco de atenção do governo concebido como corpo-máquina, força produtiva para o progresso econômico da sociedade. Nesse sentido, o indivíduo é alvo de estratégias e saberes em prol da ampliação da produtividade e da competitividade do mercado no processo de modernização da sociedade. Dessa forma, novas formas de subjetivação, novos modos de viver e de experimentar relações no mundo foram criados na

constituição do modo-indivíduo hegemônico do sistema capitalista a partir do século XVIII (Nardi e Silva, 2009; Barros e Josephson, 2007).

Como estratégia de fortalecimento e explicação das consequências apresentadas pela nova configuração social em prol do progresso econômico e institucional da sociedade, os saberes convocados eram influenciados por teorias positivistas, cujas concepções mecanicistas, deterministas, reducionistas e dualistas de subjetividade (corpo/razão, indivíduo/sociedade) dominavam na época. Tais teorias vinham sendo construídas em tempos anteriores, como é o caso da dualidade corpo/razão inaugurada por Descartes no século XVII, quando tentativas de clivagem e purificação dos seres humanos e naturais figuravam entre as prioridades das preocupações dos estudiosos.

No século XIX, a compreensão dualista do ser humano como detentor de uma razão (sede da inteligência) e submetido a um corpo (lugar das paixões, das ilusões e dos equívocos) abriria espaço para a categorização dicotômica e excludente entre indivíduo e sociedade. Essa concepção dualista indivíduo/sociedade determinaria os saberes e as práticas de diversas áreas na explicação das consequências do capitalismo (Ferreira, 2007; Jacó-Vilela, 2007).

No que diz respeito à psicologia, as concepções deterministas e reducionistas do positivismo, bem como as dualidades razão/corpo, sujeito transcendental/sujeito empírico e indivíduo/sociedade sustentaram seus saberes e fazeres na produção do modo-indivíduo, o qual se refere a um novo tipo de assujeitamento, possível de ser encontrado, desde o século XVIII até os dias atuais. Assim sendo, a psicologia, assentada na lógica de uma interioridade essencialista do sujeito, torna-se um importante instrumento de poder na busca pelo progresso econômico através da criação de técnicas e práticas de si individuais. Em decorrência, os principais efeitos políticos são a individualização do social e a dessocialização do indivíduo (Nardi e Silva, 2009).

Na ordem do processo de modernização da sociedade, a psicologia estava sendo introduzida no mundo científico por Wilhelm Wundt na Alemanha do século XIX. Aquele país, é preciso apontar, era influente para o restante do mundo graças aos seus avanços intelectuais, tecnológicos e arquitetônicos, adquiridos pelo investimento do governo em pesquisas científicas. O governo da Alemanha, sustentado pelos ideais políticos nazistas e eugênicos que defendiam a conquista do progresso da sociedade através da perfeição de seus membros e de suas raças, submetia os seus indivíduos a medidas rigorosas de aperfeiçoamento intelectual, mental e físico.

Nessa conjuntura, Wundt, através de sua doutrina do Paralelismo Psicofísico que considerava o físico e o psicológico processos paralelos correspondentes entre si, mas não redutíveis um ao outro, projetava a psicologia como conhecimento autônomo. A “ciência da experiência”, como era concebida a psicologia por Wundt, utilizava instrumentos e conceitos das ciências naturais no exame e na medição das facetas da vida mental, atribuindo a conceitos psicológicos, como o de sensação, por exemplo, elementos objetivos e matematizáveis. Os objetos e métodos utilizados eram os mesmos das ciências naturais: a experiência através do experimento e da observação, o que os diferenciava era o ponto de vista: enquanto que o mesmo objeto de estudo era considerado estável para as ciências naturais, para a psicologia era tido como um processo. Além dessa, outra diferenciação referia-se à intenção do observador que, para a psicologia, alterava significativamente o início e o curso dos processos psíquicos a serem investigados (Araújo, 2007; Ferreira, 2007).

O sucesso alcançado pelo laboratório de Leipzig, de Wundt, devido à procura crescente por parte de estudantes de diversos países resultou no reconhecimento do Instituto de Psicologia pela Universidade de Leipzig e, em consequência, na “institucionalização formal da psicologia” (Araújo, 2007, p. 101).

Por um lado, se a psicologia adquiriu o conceito de ciência com Wundt, na Alemanha, por outro, foi nos Estados Unidos que se desenvolveu como prática profissional. Pela influência que a Alemanha exercia sobre o mundo, era comum a busca do conhecimento construído naquele país por parte de estudiosos de outros países, principalmente dos Estados Unidos que se encontrava em expansão econômica no final do século XIX. Porém, quando os discípulos americanos de Wundt retornavam ao seu País, eles não recebiam recursos suficientes para a aplicação em laboratórios de psicologia, tal como acontecia na Alemanha. Assim, a necessidade econômica fazia com que muitos buscassem saída na aplicação de seus conhecimentos em responder às demandas que surgiam nos mais variados espaços onde pudessem se encontrar pessoas (Rey, 2003; Gomes, 2003).

Uma das primeiras demandas foi apresentada pelo campo educacional, que vinha recebendo forte investimento pelo governo dos Estados Unidos após a constatação do aumento da imigração e da taxa de natalidade. Os problemas de fracasso escolar, de delinquência, de hiperatividade, de desenvolvimento motor ou verbal inadequados, requeriam a atenção dos profissionais de psicologia que, por sua vez, constatavam, nesse ramo, uma importante oportunidade de negócios (Gomes, 2003; Lhullier, 1999).

Diante de tais necessidades, a psicologia passou a desenvolver diversas respostas. Estudos referentes ao desenvolvimento humano, à adaptação social dos alunos e às concepções do ser humano como produto e peça do organismo social, explicavam e propunham estratégias para o cotidiano pedagógico. Em consonância, a psicologia passou a desenvolver testes psicológicos para explicar e medir as diferenças individuais entre as crianças e encaminhar para tratamento as que apresentavam comportamentos “anormais”. Nesse sentido, com Lightner Witmer, iniciou-se a primeira clínica psicológica com atividades de avaliação e tratamento de

comportamentos anormais. A clínica, juntamente com a aplicação de testes psicológicas, figuraria entre as principais práticas da psicologia, balizando o seu saber diante de outras profissões até os dias atuais. (Lhullier, 1999; Gomes, 2003).

Outro campo que se mostrou profícuo para os profissionais de psicologia situa-se na área forense, para a qual os estudos de Hugo Münsterberg sobre o uso de técnicas e testes mentais na busca da verdade em interrogatórios, prevenção de crimes, entre outros, apresentaram significativas contribuições.

Entre os contextos nos quais a psicologia atuou desde seu surgimento, o das guerras mundiais é considerado marco decisório no direcionamento e no desenvolvimento de suas práticas e saberes. Para o exército da I Guerra Mundial, a psicologia desenvolveu atividades de treinamento, recrutamento e seleção de pessoal, que seriam, posteriormente, adaptadas à criação de estratégias de motivação e influência de consumidores e trabalhadores ao mercado de trabalho.

O pós I Guerra Mundial foi um período em que se deu o auge de reconhecimento da psicologia, quando os americanos passaram a acreditar que os psicólogos eram capazes de curar tudo e vender qualquer produto. Não seria equivocado afirmar que a crença do público em um suposto saber/poder da psicologia em *curar e vender tudo* indicava o assentimento, por parte do/as psicólogos/as que buscavam sucesso em seus negócios, em suprir as mais ousadas demandas da sociedade. Porém, tal como ocorre quando as expectativas são maiores do que a realidade pode oferecer e as promessas não são cumpridas, a psicologia sofreu certo descrédito, principalmente nos anos 30, quando verificou-se a grande depressão econômica e a sociedade esperava por respostas cada vez mais efetivas.

A psicologia teria a sua influência restabelecida na II Guerra Mundial, através da participação de 25% de psicólogos/as americanos/as no esforço do exército e no pós II

Guerra Mundial, cujo prejuízo de 40.000 veteranos com seqüelas psiquiátricas impulsionava o governo americano a investir em serviços psicológicos para a reintegração dos combatentes à vida civil. Desde então, o foco na doença mental reforçava a hegemonia da clínica individual entre as práticas psicológicas até os dias atuais (Gomes, 2003).

A II Guerra Mundial é reconhecida pelos historiadores como marco determinante nos rumos do desenvolvimento econômico, social e histórico da sociedade mundial. Diante das consequências desastrosas produzidas no mundo, o interesse pela estabilização e pela modernização econômica e institucional convivia com a possibilidade de um novo confronto armado e uma ameaça nuclear decorrente da bipolarização mundial entre capitalismo e comunismo. Pela necessidade em posicionar-se e motivado pelo interesse na modernização, o Brasil decidiu alinhar-se ao bloco econômico capitalista dos Estados Unidos (Scarparo, 2010).

Com efeito, durante o processo de estruturação de uma sociedade industrial e capitalista no decorrer dos anos 1950, o Brasil recebia investimentos de empresários ligados ao capital multinacional que buscavam o poder político, além do econômico já conquistado. Receitas estrangeiras eram importadas e lógicas hegemônicas de modernização eram reproduzidas. Nesse sentido, as práticas psicológicas também eram importadas ao Brasil nesse período, momento e espaço cada vez mais receptivos e prolíferos para a consolidação da psicologia (Scarparo, 2010).

Até então, a psicologia, enquanto consolidava-se e tomava forma em outros países, no Brasil, era objeto de interesse de outras áreas – medicina e pedagogia. Os estudantes das faculdades de medicina, por exemplo, apresentavam como temas de suas teses: *“Da influência da civilização no movimento das doenças mentais, Epilepsia e Crime”* (Gomes, 2003, p.35). Na área pedagógica, a reforma nos currículos das Escolas

Normais, no final do século XIX, passou a incluir a psicologia entre as disciplinas dos programas de Pedagogia. No século seguinte, seria determinante para a formulação dos objetivos educacionais através da influência positivista da escola norte-americana (Lhullier, 1999; Massimi, 2007).

Os estudos na área da medicina e da pedagogia e os realizados na Europa e nos Estados Unidos começavam a ser aplicados gradativamente na criação de laboratórios de psicologia em hospitais e em escolas e na utilização de “instrumentos de medição de fenômenos psicológicos” (Araújo, 2007, p. 102). Os conhecimentos adquiridos em outros países também começavam a ser transmitidos nos cursos de Filosofia, Medicina e Educação entre as décadas de 1930 e 1950. Nas revistas publicadas por essas áreas, a psicologia sustentava as explicações referentes a desvios de comportamentos e doenças mentais. Nesse aspecto, Lhullier (1999) cita, como ilustração, um curso ministrado para a área educacional no qual a psicologia instrumentalizava professores e médicos escolares na identificação de crianças com deficiência mental e/ou com desvio de caráter e na realização dos devidos encaminhamentos.

O interesse crescente pela psicologia somado à necessidade premente de capacitação de suas práticas incutiu a busca pela formação profissional na área. Porém, isso não foi possível de imediato, devido às resistências apresentadas por grupos católicos e por psiquiatras que se posicionavam opostos à profissionalização da psicologia. Assim, as contribuições da área continuavam a ser realizadas pela via da psicologia aplicada predominantemente por profissionais da medicina, “seja na psiquiatria ou na pedagogia, com ênfase na psicometria” (Araújo, 2007, p. 102). Esse fator seria de grande influência para a relação e a delimitação profissional entre psicólogos e médicos, bem como para as práticas psicológicas em si, alvo de futuras

críticas a respeito de seus fazeres calcados no individualismo e em processos psicopatológicos, advindos do tratamento biomédico (Araújo, 2007; Gomes, 2003).

Em 1953, por ocasião do Primeiro Congresso Brasileiro de Psicologia, no qual foi possível constatar o crescente número de psicólogos, dava-se início ao “planejamento e as articulações políticas necessárias ao reconhecimento da profissão e a criação dos cursos de graduação” (Gomes, 2003, p.43). Como resultado, a formação em psicologia passou a ser oferecida em cursos de pós-graduação com nível de especialização, principiando um processo de reconhecimento e regulamentação profissional que seria efetivado na década seguinte.

Agosto de 1962 é a data que denota a regulamentação oficial da psicologia como profissão no Brasil, também aponta um tempo de antecedência ao da ditadura inaugurado pelo Golpe Civil-Militar de 1964. Este, instituído pela tomada do poder pelos militares, significava o advento de um período de crise que perduraria por mais de duas décadas e deixaria marcas profundas na sociedade brasileira.

Com base na Doutrina de Segurança Nacional, criada pela Escola Superior de Guerra, que defendia a integração entre civis e militares contra o avanço do comunismo (Scarparo, 2010), o serviço militar e o trabalho industrial foram introduzidos no projeto moderno brasileiro. Tecnologias de poder sustentadas no “esquadrinhamento e na vigilância constantes dos indivíduos e das populações ao longo do tempo e do espaço” (Ferreira, 2007, p. 28) eram lançadas como estratégias disciplinares de docilização, vigilância, ordenamento de mentes e corpos e normatização do indivíduo em relação às regras morais do governo (Hernandez e Scarparo, 2008).

A lógica da “ordem e progresso”, lançada pelo positivismo de Comte, sustentava as estratégias de conquista pela “tranquilidade, a paz social, a estabilidade política, a segurança, a ordem, o progresso, o desenvolvimento” (Hernandez e Scarparo, 2008, p.

66) e justificava a infiltração do governo em todos os setores da sociedade, modificando leis e impondo normas. Estabelecia-se uma “guerra psicológica”, cuja função de “destruir a moral do inimigo” (Scarparo, 2010) convocava a psicologia e a sua “tradição de controle, categorização e classificação” (Bock, 2007, p. 507) a atuar em seu papel de definir o caráter do cidadão, enquadrando esse indivíduo dentro de normas que são impostas como padrão coletivo, estabelecendo a maneira correta de se agir (Scarparo, 2010).

Em um importante estudo sobre as práticas psicológicas durante o período do golpe e pós-golpe civil-militar no Rio Grande do Sul, Scarparo (2010) apresenta relatos de uma psicologia conivente com a repressão do período, utilizada como “ferramenta útil para a manutenção dos espaços de poder instituídos pela ditadura militar” no fortalecimento do silêncio e da negação da participação social na política brasileira. Observe-se, contudo, que, nesse contexto político, histórico, econômico e social, a psicologia constituiu-se como estratégia de poder do governo e “como uma profissão e um saber a serviço dos interesses das elites brasileiras” (Bock, 2007, p. 507).

Na década de 1980, com o fim da ditadura, a sociedade guiada pela lógica da ordem e do progresso transformou-se em uma sociedade calcada sob a égide da democracia participativa. O “neoliberalismo individualizante” e o “desvio das questões políticas para uma esfera apenas representativa” (Diehl, Maraschin e Tittoni, 2006, p. 409) marcaram a abertura da sociedade brasileira para o tempo da contemporaneidade, embora de forma tardia em relação aos avanços tecnológicos que se faziam presentes desde a década de 1960 em outras partes do mundo (Ferreira, 2007).

“Guardadas as devidas especificidades decorrentes de ser um país periférico, com uma economia frágil, com forte desigualdade social” (Bastos, 2003, p. 146), é possível identificar, no Brasil, a mesma trajetória mundial. A revolução tecnológica

chegou ao País impondo transformações significativas na configuração da sociedade. Os tempos reduzem-se, os trabalhadores tornam-se consumidores e consumidos pela necessidade de satisfação imediata provocada pela atratividade da nova configuração social. O individualismo é acentuado pelo consumo que se pratica de forma solitária, acarretando na criação de uma cultura do narcisismo. Além disso, ocorrem a frouxidão do laço social, a competição extremada e o dismantelamento de garantias de estabilidade (Nardi, 2003, p. 48). Com efeito, subjetividades são (re)produzidas “pelas novas necessidades, relações sociais, corpos e mentes que constroem, em um movimento que vem sendo denominado de pós-humanização” (Braga e Vlach, 2004, p.756).

As características do tempo atual, embora diferentes das do tempo em que a psicologia consolidou-se no solo brasileiro, não deixam de apresentar problematizações para as suas práticas. Assim, a psicologia pode estar a serviço da produção de sujeitos não mais disciplinados para a ordem e o progresso da sociedade brasileira, tal como na época da ditadura, mas de sujeitos “competentes e flexíveis para um liberalismo de mercado” (Diehl, Marschin e Tittoni, 2006, p. 409). Nesse sentido, estudos importantes apontam a hegemonia atual de práticas centradas no indivíduo, em seus processos psíquicos, comportamentais e cognitivos sustentada nos pressupostos norte-americanos. Ademais, a influência de ciências principalmente médicas e psicológicas dos séculos XVIII e XIX caracterizadas pelo individualismo faz-se presente na “tendência em separar e isolar a conduta do indivíduo das ações sociais e coletivas” (JacóVilela, 2007; Spink e Spink, 2007; Sass, 2007, p. 25).

Percebe-se, desse modo, que a psicologia contextualiza-se conforme os ditames governamentais e as estratégias de poder de cada tempo, o qual apresenta uma continuidade refletida no atravessamento das marcas ditatoriais nos fazeres e saberes

psicológicos atuais em exercício de um poder sobre corpos e vidas. Situadas na continuidade do tempo, a descontinuidade das práticas psicológicas caracteriza-se pelas “intensas disputas, pouca tolerância sobre pontos de vista diferentes e nenhuma concordância sobre quais seriam os pressupostos teóricos básicos” (Spink e Spink, 2007, p. 565). A diversidade de posturas teóricas e metodológicas em permanente oposição, a multiplicidade e a fragmentação de suas acepções e fazeres (Abib, 2009, Japiassu, 1995, Gomes, 2003) conferem as principais características da psicologia contemporânea.

Continuidade e descontinuidade: o campo científico e tecnológico brasileiro desenvolve-se movido mais fortemente “por uma lógica dos países centrais do que por um movimento próprio e decorrente de problemas que nascem da nossa singularidade enquanto nação” (Bastos, 2003, p. 146). Tal qual essa assertiva, talvez seja ousado afirmar, mas a descontinuidade da psicologia caracterizada pela sua fragmentação, multiplicidade e diversidade parece implicar um simples consumo de psicologias importadas de outros contextos para que o seu sustento efetive-se na continuidade no tempo (Ferreira, 2007).

A psicologia no ruir dos espaços

Estranhamente, uma série de rupturas e descontinuidades no espaço é que representa a continuidade do tempo (Augé, 2010, p. 58)

A psicologia, como disciplina e prática, ocupa diversos lugares no espaço social, o qual, por sua vez, reconfigura-se constantemente através das transformações do tempo.

Pode-se considerar que as configurações de espaços consolidaram-se a partir da separação entre os âmbitos público e privado ocorrida no século XVIII europeu. As sociedades de corte formadas a partir da constituição dos Estados modernos estipularam um conjunto de normas de comportamentos (etiquetas) e papéis definidos a serem “encenados” no espaço público, que se tornava objeto do Estado. Ao espaço privado, por seu turno, destinavam-se pensamentos, atitudes e a realização de relações pessoais específicas da intimidade (Barros e Josephson, 2007). Paralelamente, a discussão filosófica referente à relação do poder com as liberdades individuais conduziu “à partilha entre uma intimidade livre a ser cultivada em contraposição a uma obediência pública ao poder monárquico” (Ferreira, 2007, p. 17) inaugurando, assim, efetivamente, a separação entre os espaços público e privado.

No século XIX, a delimitação dos espaços foi reconfigurada devido às mudanças acontecidas nos âmbitos político, econômico e social da Europa. O aumento da população decorrente da industrialização das cidades provocou um desequilíbrio nas demarcações espaciais estipuladas no século anterior. Como resposta à quebra das normas de sociabilidade, fez-se presente o que se denomina “sociedade intimista”, a partir da qual o espaço público passou a ser “regulado pelos valores íntimos e familiares do espaço privado, se tornando desqualificado, por não atender aos desejos e valores da privacidade de transparência e de naturalidade de comportamentos” (Barros e Josephson, 2007, p. 444 - 445).

Em decorrência, reproduziram-se “distribuições particulares de poder social” (Harvey, 2007, p. 208) e novas formas de “sociabilidade e subjetivação” (Barros e

Josephson, 2007, p. 444). Nessa ótica, o setor privado, tendo influência e privilégio na maioria das formas políticas, passa a regulamentar a organização, o funcionamento e o progresso da sociedade.

Tendo conhecimento de que tais reformulações político-histórico-sociais europeias sustentaram as primeiras práticas sociais brasileiras em prol do progresso econômico do País, é possível identificar as suas reverberações no espaço e tempo brasileiros. No que se refere às políticas públicas, os interesses dominantes dos proprietários dos meios de produção ocupavam privilegiadamente os espaços das agendas governamentais (Bertolli Filho, 2004 e Mehry, 1992). “É indiscutível a presença de alguns interesses privados na ordem pública, assim como o fato de a esfera pública ‘representar’ mais alguns interesses que outros” (Gerschman, 1995, p. 28).

Nessa conjuntura, o investimento na área da saúde foi impulsionado pelos interesses dominantes que defendiam a ideia de que o fortalecimento da saúde do trabalhador e, portanto, de sua força de trabalho, aumentaria a produção industrial e o consequente desenvolvimento econômico do Brasil.

Em função disso, em 1966, no pós Golpe Civil-militar, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cujo principal objetivo era prestar assistência à saúde para os trabalhadores formais. Instituiu-se, a partir de então, um sistema dual de assistência à saúde, visto que, por um lado, ficava sobre responsabilidade do Ministério do Trabalho uma assistência de forma centrada no modelo biomédico, caracterizado pelo atendimento com foco no indivíduo, na reabilitação e no tratamento de doenças. Por outro lado, a elaboração e a execução de programas sanitários e de assistência à população ficavam destinadas ao Ministério da Saúde. Esse sistema dual previa o apoio do Estado e as afirmações de convênios com os serviços privados, o que resultou na proliferação de atos médicos, na multiplicação de egressos na área, no aumento de

laboratórios, de hospitais, de fabricantes de medicamentos e de serviços privados. Porém, a demora no pagamento e a atribuição de baixos valores aos serviços da rede privada por parte do governo incentivavam as fraudes praticadas pelos profissionais da rede privada e a deterioração na qualidade dos serviços médico-hospitalares prestados à população trabalhadora (Bertolli Filho, 2004; Gerschman, 1995; Mendes, 1993).

Concomitantemente, o investimento crescente da classe média em companhias de seguro de saúde que facilitavam o seu acesso aos serviços médico-hospitalares privados indicava uma importante oportunidade de negócio lucrativo para o capital estrangeiro. De acordo com Bertolli Filho (2004, p. 58), “foi nesse contexto de modernização do consumo que a *Golden Cross*, seguida em pouco tempo por outros grupos estrangeiros, passou a concorrer com as companhias médicas brasileiras”. Frente aos lucros adquiridos, o capital estrangeiro passou a diversificar os seus investimentos através da incorporação de faculdades de medicina, compra de hospitais e clínicas e construção de laboratórios farmacêuticos. Introduziam-se no Brasil, assim, além dos serviços médicos, os hábitos da população norte-americana como garantia de bem-estar físico e mental.

Na crise social que transcorria à época da ditadura, acrescia o número de instituições psiquiátricas privada numa tentativa de ocultar os efeitos da repressão política e da imposição do silêncio. Considera-se que seja possível compreender este aumento quando, ao se retomar a história da psiquiatria a partir da Revolução Industrial, tem-se em vista que foi um conhecimento forjado para responder às demandas de disciplina e aumento da capacidade produtiva de uma sociedade capitalista. Da mesma forma, se a sociedade do período da ditadura for considerada uma sociedade disciplinar pelo lema “ordem e progresso” que pregava, o aumento das instituições psiquiátricas no

Brasil representava a demanda de controle e disciplina por parte de uma sociedade em crise (Birman, 1978; Scarparo, 2010).

As instituições psiquiátricas apresentavam como principais razões de existência: assegurar a segurança pessoal e da família; libertar os doentes das influências exteriores; vencer as resistências pessoais; submeter os doentes a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (Esquirol, como citado em Amarante, 1995). Eram os locais onde se fazia cumprir as políticas de coerções que buscavam controlar e “cobrir o corpo social inteiro” (Foucault, 1987, p. 166), tomando o corpo do indivíduo para esquadrihá-lo, desarticulá-lo e recompô-lo através de técnicas minuciosas, detalhadas e íntimas que o tornavam obediente, útil, submisso, dócil.

De acordo com Foucault (1987), a fim de alcançar tais objetivos, as instituições psiquiátricas funcionavam de acordo com um conjunto de regras técnicas dependentes entre si: cercas, localizações funcionais e fileiras. As cercas delimitam os espaços em tantos pedaços quantos indivíduos há para separar. O encarceramento de vagabundos, doentes e miseráveis proíbe o trânsito pelo espaço maior e a construção de relacionamentos. O resultado é a fabricação de indivíduos fechados em si mesmos.

A segunda regra para a efetividade da disciplina é o conceito de localizações funcionais, segundo o qual, espaços e funções destinados a determinadas atividades são utilizados para o exercício do controle e vigilância. Nesse aspecto, procedimentos burocráticos administrativos são transpostos para o tratamento dos indivíduos: cálculos estatísticos registram o número de doentes e os transformam em cifras lucrativas; métodos para organizar materiais de escritório classificam os indivíduos em comportamentos engavetados; métodos de catalogar livros e patrimônios reduzem-nos a códigos numéricos registrados nos prontuários.

As fileiras, por sua vez, referem-se à identificação da posição que o indivíduo ocupa em uma determinada fila hierárquica, que o classifica e o categoriza como doente submisso aos poderes médicos e psicológicos e como portador de um transtorno específico diante dos demais doentes.

Nas instituições psiquiátricas, tais regras traduzem-se pela determinação de quartos/celas em conformidade com a classificação nosológica que o indivíduo apresenta, pela exigência em despir-se de todos os pertences que lhe conferem identidade, pela submissão à rotina de atividades a ser seguida rigorosamente, com o risco de o mínimo questionamento ocasionar, como punição, o prolongamento da internação e a medicalização excessiva do “comportamento, dos discursos, dos desejos” (Foucault, 1975, p. 106). Nas palavras de Corbizier (1992, p.10-11):

no manicômio ninguém tem nome. Não há pessoas. Há prontuários. Diagnósticos por números. Nos prontuários não há uma palavra de seus protagonistas. Esse silêncio revela um dos objetivos das práticas manicomiais: calar a loucura. Calados, entorpecidos pelos remédios, com efeitos e defeitos decorrentes do longo tempo passado no manicômio, aí sim, ficam todos iguais.

Mas o silêncio fala. E a fala revela onde encontrar saída: no corpo, que, por mais que tenha sido submetido a práticas disciplinares, é o único sobre o qual o indivíduo ainda pode exercer o seu poder. Este corpo é habitado por forças que fogem dos controles físicos (celas, camisas-de-força) e químicos (medicamentos) e manifestam-se contra as formas disciplinares de poder.

Diante de tais forças desconhecidas e resistentes às práticas disciplinares psiquiátricas, a psicologia foi convocada como “saber acessório” (Costa-Rosa, 2000; Scarparo, 2010) para o controle e a explicação dos fenômenos mentais e, ainda, na legitimação do saber psiquiátrico como especialidade médica que procurava evidenciar,

nos comportamentos, pensamentos e relações patológicas, o que, em outras especialidades da medicina, identificam-se no corpo. Em consonância, a psicologia buscava a positividade do seu saber na explicação dos problemas comportamentais como produções bizarras dos alienados. Aliados ambos objetivos, psicologia e psiquiatria aprisionavam os indivíduos como objetos de “saberes/discursos/práticas” e exerciam os seus poderes através de interrogatórios e medicalizações. Tais estratégias de poder, embora sob outras roupagens, persistiram do século XIX até os dias atuais, apesar das reconfigurações que as políticas públicas de saúde sofreriam no decorrer dos tempos (Amarante, 1995; Caponi, 2009).

A sociedade disciplinar gradativamente transformou-se em uma sociedade de controle, termo proposto por Deleuze (1990, como referido por Costa, 2004) e que se desenvolveu na passagem da modernidade para a pós-modernidade. Nesta, a principal característica é a compressão da distância espacial que se torna quase inexistente em relação a um tempo que impera como absoluto. Assim, o enclausuramento em espaços (de cela) e tempos (controlados) específicos da sociedade disciplinar perde a validade e tem as suas fronteiras rompidas. Os limites são interpenetrados e um tempo contínuo é instaurado (Braga e Vlash, 2004; Harvey, 2007; Bauman, 2007).

A ruptura das fronteiras e dos limites deu-se a partir da Segunda Guerra Mundial quando o restabelecimento da sociedade apontava a necessidade de recuperação da mão-de-obra invalidada pela guerra. Ao mesmo tempo, a constatação da semelhança entre manicômios e campos de concentração acarretava diversas organizações de movimentos sociais por reformas das práticas psiquiátricas (Amarante, 1995).

O primeiro modelo de reforma psiquiátrica já havia sido apresentado tempos antes por Pinel que, sob as insígnias humanizadora, libertária e filantrópica, propunha um tratamento sob o regime de portas abertas em colônias de alienados. Porém, a

reforma pineliana não cumpriu com as suas propostas iniciais e, ao contrário, reforçou o papel da psiquiatria no contexto sócio-histórico da modernidade (Amarante, 1995).

Após esse primeiro momento, ocorreram outros três que influenciariam a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro deles repercutiu na Inglaterra e nos EUA através das Comunidades Terapêuticas que indicavam a estrutura asilar como principal causa do alto índice de cronificação. Em paralelo, dava-se, na França, o movimento da Psicoterapia Institucional, cuja proposta era que o foco de trabalho se direcionasse para a prevenção e a promoção da saúde mental e a realização dessas atividades no espaço público da sociedade (Amarante, 1995).

Na Inglaterra dos anos 60, a Antipsiquiatria, sustentada por referenciais foucaultianos, existencialistas, psicanalíticos e marxistas, propôs “um novo projeto de comunidade terapêutica e um ‘lugar’, no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica”, da “explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais” (Amarante, 1995, p. 43). Assim, a Antipsiquiatria propunha um “lugar de vida” ao considerar que “mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade” (Amarante, 1995, p. 44).

Paralelamente, Franco Basaglia, na Itália, colocava em pauta para discussão as relações estabelecidas com a loucura e assinalava a necessidade de práticas voltadas para a interação com a existência-sofrimento e não o simples ato de intervir/tratar. O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana introduziu a questão da loucura para a política, atribuindo um lugar nuclear aos movimentos sociais como atores sociais capazes de provocar o questionamento e a reinvenção em um confronto com o cenário institucional que perpetua e consome práticas estabelecidas (Amarante, 1995).

Sobre a influência destes movimentos, a luta pela reforma psiquiátrica brasileira iniciou, em 1978, em consonância com o processo de redemocratização da política brasileira e com o movimento social pela reforma sanitária, consolidada em 1988 pela promulgação da Constituição Federal. Este documento é considerado marco histórico para as políticas públicas de saúde do Brasil, pelo qual o SUS foi legitimado.

Desde então, as práticas em saúde são guiadas pelos princípios do SUS que preveem, entre outros, a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas; o direito à informação para as pessoas assistidas sobre a sua saúde. Esses princípios sustentam-se na atualização dos conceitos de assistência e de saúde. A primeira passa a ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com cada caso apresentado em todos os níveis de complexidade do sistema. A atual perspectiva de saúde, por sua vez, define-a como um processo social, cultural, psicológico e biológico complexo e multidimensional; determinado e condicionado por diversos fatores, tais quais saneamento básico, trabalho, educação, alimentação, lazer, transporte e acesso aos bens e serviços essenciais (Constituição Federal, 1988, lei 8.080/1990).

Nesse processo, a saúde mental, incluída no conceito integral de saúde, passa a receber as mesmas atenções e questionamentos que se teve na reforma sanitária. Surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que, com base nas críticas acerca das práticas psiquiátricas estabelecidas, apontava a necessidade de a saúde mental receber atenção nos mesmos moldes propostos pelo SUS. Este movimento também seria denominado Luta Antimanicomial e receberia a colaboração de usuários, familiares, amigos e outros setores da sociedade em discussões e articulações (Amarante, 1995; Paulin e Turato, 2004). Concomitantemente, o deputado Paulo Delgado apresentou, em 1989, o projeto de lei que regulamentava os direitos dos doentes mentais “em relação ao

tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros ‘recursos não manicomial de atendimento’” (Amarante, 1995, p. 84).

Finalmente, o Ministério da Saúde aprovou o projeto e passou a regulamentar os serviços substitutivos àqueles baseados no modelo hospitalocêntrico vigente até então. A Reforma Psiquiátrica foi reconhecida, primeiramente, no Rio Grande do Sul, em 1992, pela Lei n. 9716, para somente nove anos depois, e após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, ser reconhecida nacionalmente pela Lei n. 10.216, denominada lei Paulo Delgado (Ministério da Saúde, 2006).

A reforma psiquiátrica propõe a substituição da lógica hospitalocêntrica, a partir da qual os hospitais psiquiátricos eram o único destino dos portadores de sofrimento mental, por uma lógica a partir da qual a atenção à saúde mental é oferecida em serviços substitutivos, localizados no território de inserção dos sujeitos.

Como estratégia principal do processo de reforma psiquiátrica, 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, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (Ministério da Saúde, 2004, p.9). Eles estão destinados a funcionar como serviços ambulatoriais especializados em transtornos mentais perversos e persistentes dentro da lógica do território, segundo a qual, o cuidado deve ser prestado dentro de uma rede que englobe os recursos disponíveis na comunidade do usuário.

Em contrapartida, o principal obstáculo dos CAPS é a “centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território” (Lancetti, 2007, p. 46). Além disso, a proposta dos serviços substitutivos não garante que as suas práticas sejam realizadas de forma não-manicomial (Amarante, 1995). Ao contrário, muitas de suas práticas ainda

apresentam cristalizações referentes aos modelos anteriores de atenção, tal como apontado a seguir:

é impressionante como os modelos de atendimento psiquiátrico e adaptativos conseguem se manter, mesmo em ambientes com uma perspectiva de atendimento voltado para o modelo antimanicomial, de forma que freqüentemente encontramos propostas progressivas com modelos clínicos extremamente cristalizados (Birman, 2000, p. 36)

Em uma associação com a passagem da sociedade disciplinar para a de controle, que foi abordada anteriormente, talvez não seja equivocado afirmar que as práticas cristalizadas que Birman (2000) aponta efetivam-se através de mecanismos de poder que se atualizam, intensificam-se e generalizam-se para além dos limites das instituições, perpassando as práticas cotidianas do território. O poder “parasita” que extraía mais-valia dos indivíduos na sociedade disciplinar, hoje, torna-se “onipresente”, modulando os “segundo variáveis cada vez mais complexas. Na sociedade de controle, estaríamos passando das estratégias de interceptação de mensagens ao rastreamento de padrões de comportamento” (Costa, 2004, p. 163),

Enquanto na sociedade disciplinar, o indivíduo era identificado pelo espaço que ocupava; na sociedade de controle, ele é identificado pela construção de um perfil personalizado de acordo com as mercadorias que consome. (Braga e Vlash, 2004; Costa, 2004). Da mesma forma, na sociedade de controle, as cercas, as filas e as localizações funcionais das instituições perdem validade para o território, que entra em cena como espaço primordial de aplicação do poder.

Assim, o processo de desinstitucionalização alude a uma revolução que pode estar limitada ao espaço físico em detrimento da criação de espaços que proporcionem a produção de práticas estimuladoras de autonomia e cidadania de seus usuários, porque,

tal qual o fracasso da primeira reforma psiquiátrica inaugurada por Pinel através de seu ato “humano” de liberar os doentes mentais, a reforma psiquiátrica brasileira, sob a égide de promover a saúde e o tratamento nos espaços territoriais de seus usuários, pode cair na armadilha de continuar fabricando loucuras. No mesmo sentido,

podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, ‘internar’ o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e ‘interná-las’ em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios (Corbizier, 1992, p. 10-11).

Assim, a desinstitucionalização é um processo que não se finaliza com a simples transferência das práticas efetivadas em hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos. Como Rotelli e Amarante (1992, p.44) especificam:

a ‘negação da instituição’ não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social.

A resistência frente à reforma psiquiátrica existe devido aos riscos que correm diversos setores da sociedade, desde os que detêm a hegemonia do saber, até os que produzem capital pela exploração da saúde mental como mercadoria. Ainda existe uma hegemonia da forma de produção neoliberal, cujo “funcionamento tem conseguido assegurar a reprodução de uma forma mercantilista de prática, a qual sobrevive articulando interesses empresariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde” (Campos, 1997, p. 41). Com efeito, as práticas psicológicas estariam submetidas

à política hegemônica neoliberal nas diversas instâncias do SUS. (Campos, 1997; Rotelli e Amarante 1992).

Logo após o surgimento do SUS, profissionais de diversas áreas da saúde, como médicos, enfermeiros e dentistas, foram convocados para trabalhar nas unidades de saúde que se organizavam. No contexto que se construía, os “profissionais da área psi ficaram sem função”, o que “provocou um efeito analítico extraordinário: esse período serviu para que tais pessoas entendessem a inutilidade de suas ações” (Lancetti, 2007, p. 43).

Os/as psicólogos/as, juntamente com assistentes sociais, técnicos de enfermagem, enfermeiros e outros técnicos, representariam “um sopro de vida no corpo moribundo dos serviços públicos”, tendo em vista que constituiriam o alicerce para as práticas voltadas para a humanização, educação para a saúde, trabalhos em equipe, prevenção, entre outros, que implicariam a superação “dos limites da atenção individual curativa” (Campos, 1997, p. 124). Porém, esses profissionais não conseguem cumprir tal missão.

Trabalhos referentes às práticas psicológicas em CAPS apontam que as práticas em questão baseiam-se, predominantemente, no modelo médico-assistencial e individual, apresentando ações normatizadoras e patologizadoras dos comportamentos. A formação inadequada voltada para uma tradição conservadora de neutralidade e os especialismos direcionados às doenças ignoram o contexto social dos usuários. Também há dificuldade em relação ao trabalho interdisciplinar e à articulação com as demandas da sociedade. (Sales e Dimenstein, 2009; Kind, 2007; Fagundes, 1992).

As peculiaridades das demandas atuais, muito diversas das do tempo em que a psicologia surgiu, têm provocado tensionamentos para a estereotipia das práticas centradas sob uma lógica produtivista, individualista e curativa. Como resposta, a

fragmentação dos saberes e fazeres psicológicos reflete, por um lado, a dificuldade em dar conta do contexto social contemporâneo, mas, por outro, às próprias características do tempo atual (Fagundes, 1992). Diante desse paradoxo, é possível afirmar que as práticas psicológicas (não?) se realizam em espaços de não-lugares, cada vez mais proliferados pelo contexto contemporâneo.

Os não-lugares da psicologia

“Os não-lugares permitem que se descortine um mundo provisório e efêmero, comprometido com o transitório e com a solidão” (Augé, 2010)

Entre espaço e tempo, passado e futuro, privado e público, dualismos e integralidades, ciências e não-ciências, instituições e serviços substitutivos, ditadura e democracia, disciplina e controle são nesses e em tantos outros “entres” que a psicologia busca (não?) se situar, reproduzindo em suas práticas a incerteza própria da contemporaneidade.

A busca incessante por uma legitimação, por um lugar, atribuiu à psicologia as características de disciplina, ferramenta útil, promessa de cura, saber acessório. Ora, compreendida como ferramenta, a psicologia é apenas objeto; como acessório, seu saber é apenas bengala; como disciplina, a sua função é normatizadora; como promessa, a sua prática não se efetiva; como cura, apodera-se de quem acredita nela / de quem espera dela. Palavras carregadas de sentido que remetem a uma psicologia que, prontamente, responde ao que é esperado dela. Recursivamente, reproduz práticas que repetem, com

outros, o que se produziu com ela. Entre a demanda e a resposta, a psicologia “faz-se” e não se realiza totalmente.

Assim, o “entre” é onde a psicologia situa-se. É o “entre” dos espaços nos quais a psicologia circula que indica o seu não-lugar, compreendido como espaço “entre” dois lugares fixos. Portanto, espaço não seria um lugar determinado, mas o que está “entre” dois lugares fixos. Além disso, o não-lugar é designado por “duas realidades complementares, porém, distintas: espaços constituídos em relação a certos fins (...) e a relação que os indivíduos mantêm com esses espaços” (Augé, 2010, p. 87). O não-lugar seria, pois, um espaço no qual se estabelecem funções e relações com destinos a determinadas finalidades.

Nesse sentido, a psicologia é uma relação entre uma demanda e outra; entre um poder e outro; entre um lugar e outro; entre um tempo em que passou a ser demandada e outro em que, quiçá, não será mais necessária. Assim sendo, por diversos lugares em busca de um, a psicologia circula e não é nenhum. Tal como apontado por Foucault (1975, p. 60), “levada até a sua raiz, a psicologia da loucura seria não o domínio da doença mental e conseqüentemente a possibilidade de seu desaparecimento, mas a destruição da própria psicologia”.

A saída para a psicologia talvez implique o abandono de práticas anacrônicas e inconsistentes que se contrapõem à complexidade e ao dinamismo dos contextos atuais de inserção. A saída envolve a própria saída dos locais rígidos de atuação e a navegação pelos territórios geográficos e existenciais (Lancetti, 2007). Ao assumir a sua capacidade fluida de “não-lugar”, a psicologia pode atravessar territórios e soprar vidas e desejos. Aciona-se, assim, como potência política de vida que resiste e desassossega modos “mais dos mesmos” de poder/saber/fazer, e possibilita que sejam criados outros

mundos, outras práticas, em que fluam a humanização, a saúde, a educação, a prevenção, enfim, a vida.

REFERÊNCIAS

Abib, J. A. D. (2009). Epistemologia pluralizada e história da psicologia. *Scientiae Studia*. 7 (2), 195-208.

Amarante, P. (coord.). (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Araújo, S. F. (2007). Wilhelm Wundt e o estudo da experiência imediata. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 93-105). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Augé, M. (2010). *Não Lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. 9. ed. Campinas, SP: Papirus.

Barros, R. D. B. e Josephson, S. C. (2007). A invenção das massas: a psicologia entre o controle e a resistência. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 441-463). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Bastos, A. V. B. (2003). Psicologia organizacional e do trabalho: que resposta estamos dando aos desafios contemporâneos da sociedade brasileira? In: Yamamoto, O. H. e Gouveia, V. V. (orgs.). *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 139-166). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bauman, Z. (2007). *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Bertolli Filho, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Editora Ática.

Birman, J. (1978). *Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bock, A. M. B. e Furtado, O. (2007). A psicologia no Brasil e suas relações com o marxismo. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 503-514). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Braga, S. R. e Vlach, V. R. F. (2004). Os usos políticos da tecnologia, o biopoder e a sociedade de controle: considerações preliminares. *Scripta Nova: Revista Electronica de Geografia y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98 Vol. VIII, núm. 170 (42), 1 de agosto de 2004. PP: 741-98.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2006). *A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, Ministério da Saúde.

_____. _____. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. de S. (1997). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. (PP: 29-87) 2. ed. São Paulo: Hucitec.

Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 95-103.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado em 06 julho 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Corbizier, C. (1992) A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: Bezerra Jr, B. e Amarante, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 10-15). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Costa, R. da (2004). Sociedade de controle. *São Paulo em perspectiva*, 18(1), 161-167.

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org.) *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. (PP. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Diehl, R., Maraschin, C. e Tittoni, J. (2006). Ferramentas para uma psicologia social. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 407-415, mai./ago. 2006.

Fagundes, S. (1992). Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: Bezerra Jr., B. e Amarante, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 57- 68). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Ferreira, A. A. L. (2007) O múltiplo surgimento da psicologia. In. Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos*. (PP. 13-46). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: tempo brasileiro.

Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

Gerschman, S. (1995). *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, W. B. (2003). Pesquisa e prática em psicologia no Brasil. In: Yamamoto, Oswaldo H. e Gouveia V. V. (orgs.). *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 23-59). São Paulo: Casa do psicólogo.

Harvey, D. (2007). *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Ed. Loyola.

Hernandez, A. E Scarparo, H. B. K. (2008). Silêncios e saberes guardados nas imagens do pré-golpe de 1964. *Psicologia Política*, 8(15), 57-78.

Jacó-Vilela, A. M. (2007). O estatuto da psicologia social – contribuições da história da psicologia social. In: Mayorga, C. e Prado, M. A. M. (orgs.). *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres* (pp. 37-54). Belo Horizonte: Autêntica.

Japiassu, H. (1995). *Introdução a epistemologia da psicologia*. Rio de Janeiro: Imago.

Kind, L. (2007). Aproximações entre a Psicologia Social e a Saúde Coletiva. In C. Mayorga & M. A. M. Prado (orgs.). *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres*. (pp: 255-270). Belo Horizonte: Autêntica.

Lancetti, A. (2007) *Clínica Peripatética*. Políticas do desejo. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec.

Lhullier, C. (1999). *As idéias psicológicas e o ensino de psicologia nos cursos normais de Porto Alegre no período de 1920 a 1950*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Massimi, M. (2007). O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 159-169). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Mendes, E. V. (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In:____. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (pp. 19-91). São Paulo – Rio de Janeiro: Hucetec/Abrasco.

Merhy, E. E. (1992). *A saúde pública como política / São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec.

Nardi, H. C. (2003). A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, 15 (1), 37-56, jan./jun.

Nardi, H. C. e Silva, R. N. da (2009). Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: Guareschi, N. M. de F. e Hüning, S. M. (orgs.) *Foucault e a Psicologia*. (pp: 143- 157). Coleção debates contemporâneos em psicologia social 3. Porto Alegre: Edipucrs.

Paulin, L. F. e Turato, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970?. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

Rey, F. G. (2003). *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.

Rotelli, F. e Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Jr., B. e Amarante, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 41- 55). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Sales, A. L. L. F. e Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, 277-285, abr./jun.

Santos, M. (2009). *Pensando o espaço do homem*. 5. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Sass, O. (2007). Notas sobre Psicologia Social e política no Brasil. In C. Mayorga & M. A. M. Prado (orgs.). *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres* (pp. 19-36). Belo Horizonte: Autêntica.

Scarparo, H.; Silveira, H. (2010). *Museu de grandes novidades: psicologia e Golpe Militar – imagens e produções discursivas*. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: PUCRS.

Spink, M. J. P. e Spink, P. K. (2007). A psicologia social na atualidade. In. Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L. e Portugal, F. T. (orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 565-585). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Vianna, P. V. C. & Elias, P. E. M. (2007). Cidade sanatorial, cidade industrial: espaço urbano e política de saúde em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23(6), 1295-1308, jun.

SEÇÃO II: Práticas psicológicas nos Centros de Atenção Psicossocial: a psicologia entre muros?

RESUMO

Esta seção apresenta a realização de uma pesquisa em campo com objetivo de refletir acerca das práticas psicológicas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na contemporaneidade de uma cidade de grande porte do interior do estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, parte-se da idéia de que a contemporaneidade introduziu transformações significativas na sociedade, sendo uma delas identificada nas políticas públicas de saúde, mais especificamente, pela reforma psiquiátrica. Entretanto, as novas configurações das políticas públicas contrapõem o mercado competitivo de uma sociedade inserida no sistema capitalista. Diante de tais considerações, os dados para a pesquisa foram coletados através da participação em diversos espaços de discussão sobre saúde mental, de anotações em diário de campo, de documentos de domínio público e de entrevistas narrativas com profissionais dos CAPS. Partindo de uma abordagem qualitativa, as entrevistas foram analisadas com base na proposta de Schütze apresentada por Bauer e Jovchelovitch (2002). A trajetória encontrada apresentou resultados que, se por um lado confirmam o já exposto na literatura existente, por outro surpreendem pela tensão entre desvios e avanços que a consolidação das políticas públicas de saúde mental ainda encontra como obstáculos em seu caminho. Finalmente, são propostas práticas que se sustentem na paixão pelo fazer fluir os desejos de vida e que permeiem os espaços nos quais ela emerge.

Palavras-chave: práticas psicológicas; Centros de Atenção Psicossocial; contemporaneidade.

ABSTRACT

This section presents the performance of a field research in order to reflect about psychological practices in Centers for Psychosocial Care (CAPS) in the contemporary of large city in Rio Grande do Sul's state. Therefore, we start from the idea that contemporary introduced significant changes in society, one of those identified in public health policies, more specifically, the psychiatric reform. However, new configurations of public policies oppose the competitive market of a society recognized as the metallurgical pole at the national level. Given these considerations, data was collected from participation in different discussion forums on mental health, from notes in field diaries, from documents of public domain and narrative interviews with CAPS professionals of that city. From a qualitative approach, the interviews were analyzed based on the proposal of Schütze presented by Bauer and Jovchelovitch (2002). The results of the chosen trajectory confirmed the already stated in literature, but also amazed because of the tension between progress and deviations that the consolidation of public mental health policy still finds as obstacles in their path. Finally, practices that are proposed to sustain the passion for making the flow of life and desire that permeate the spaces in which it emerges.

Keywords: psychological practices, community mental health services; contemporary.

INTRODUÇÃO

“A pesquisa psicossocial deve estar ancorada no espaço e no tempo” (Hernandez e Scarparo, 2008, p. 75)

Este trabalho apresenta o processo de investigação realizado em campo com o objetivo de compreender acerca das práticas psicológicas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na contemporaneidade.

A contemporaneidade é uma das denominações dadas ao contexto atual e que apresenta, em seu bojo, uma série de conseqüências produzida por significativas transformações ocorridas na sociedade que, inversamente, continuam a ser provocadas em diversas dimensões sociais da atualidade.

Na dimensão das políticas públicas brasileiras, o reflexo de tais transformações pode ser identificado nas reconfigurações sofridas na área da saúde a partir da década de 1980 com as Reformas Sanitárias e Psiquiátricas pelas quais foram propostas práticas em saúde alternativas. Os primeiros passos dessas reformas indicam a exigência constante de desacomodação e criação tanto para os profissionais, quanto para a sociedade em geral e os usuários, que foram convocados a participarem de forma ativa desse processo. Portanto, as características inovadoras e de interminável construção apontam para a necessidade dessas práticas alternativas serem discutidas. Tal como referido por Campos e Furtado (2008, p. 321), “acontecem no cenário sanitário brasileiro, no marco do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos novos serviços de saúde, novas práticas que precisam ser avaliadas e estudadas”. Dessas novas práticas, os CAPS figuram entre os principais dispositivos de atenção à saúde que foram inaugurados pela Reforma Psiquiátrica.

Em saúde, é conhecido que a psicologia, no decorrer de seu percurso e juntamente com a psiquiatria, apresenta os seus saberes e fazeres voltados predominantemente para a saúde mental. Tendo isso em vista, buscou-se os CAPS como espaços de atuação de psicólogos/as na atenção à saúde mental dentro da proposta atual das políticas públicas de saúde.

Para compreender o tempo e o espaço em que os CAPS investigados estão inseridos, faz-se necessário conhecer o contexto histórico e atual da cidade na qual a pesquisa foi realizada a fim de se obter o conhecimento da formação de sua cultura e entender a atualidade da mesma e a maneira como esta atravessa as práticas psicológicas em saúde mental. Para tanto, primeiramente, é apresentada uma breve reflexão a respeito das características do tempo contemporâneo e do espaço dessa cidade, cujas peculiaridades direcionam a consolidação e a integração das práticas psicológicas às atuais políticas públicas de saúde.

Como busca de indícios sobre a situação atual da saúde mental no contexto referido, a inserção no campo foi fundamental para o sustento das reflexões aqui apresentadas. Nesse sentido, significativos materiais surgiram do acompanhamento de debates do Conselho Municipal de Saúde (CMS), do Seminário de Saúde Mental e da Comissão de Políticas Públicas (CPP) da Subsede do Conselho Regional de Psicologia (CRP).

Concomitantemente à inserção nos espaços de discussão sobre as políticas públicas de saúde da sociedade, foram realizadas entrevistas com profissionais dos CAPS, na busca por delinear uma trajetória coletiva das práticas realizadas nestes espaços.

A trajetória encontrada, em diálogo com o contexto social e com os referenciais teóricos consultados, apresentou resultados que se, por um lado, confirmam o já exposto

na literatura existente sobre as práticas psicológicas no cotidiano de CAPS, por outro lado, surpreendem pela evidente tensão entre desvios e avanços que a consolidação das políticas públicas de saúde mental e, especialmente, a Reforma Psiquiátrica ainda encontra como obstáculos em seu caminho.

Que tempo?

“Como o tempo pode ser, se o passado não é mais, se o futuro não é ainda, e se o presente nem sempre é?” (Santo Agostinho, 354-430 d.C referido por Campos e Furtado, 2008, p. 323)

Embora o tempo presente possa nem sempre ser e o seu entendimento ser possível somente após a sua passagem, quando já for considerado passado, a tentativa de identificação de indícios do que ele é, conforme o passado e o futuro que o perpassam, faz-se válida. A validade desta busca refere-se à possibilidade de compreender de que maneira as práticas sociais estão incorporadas às peculiaridades do tempo presente e, ainda, de que maneira tais peculiaridades tensionam a efetivação daquelas práticas.

Assim, o principal indício do que é o tempo presente apresenta-se pela globalização, valendo-se, neste caso, das palavras de Bauman (1999, p. 68): “a ‘globalização’ não diz respeito ao que todos nós, ou pelo menos os mais talentosos e empreendedores, desejamos ou esperamos *fazer*. Diz respeito *ao que está acontecendo a todos nós*”. E ainda: “a ‘globalização’ nada mais é que a extensão totalitária de sua lógica a todos os aspectos da vida” (Bauman, 1999, p. 73).

Nesse sentido, é possível identificar a sua lógica nos modos de ser, de viver e de se relacionar hoje em dia. Uma nuance da lógica da globalização é a compressão das distâncias em relação ao tempo e à possibilidade das pessoas circularem por diversos espaços sem saírem de seus lugares. A constante movimentação exigida pela globalização decorre do disputado mercado competitivo em que produtos cada vez mais diferenciados e atraentes são oferecidos ao consumidor logo que este tenha adquirido um menos atraente e, agora, “fora de moda”. A lógica do consumo, assim compreendida, cria a necessidade da busca pela satisfação imediata que, logo que suprida, direciona o consumidor para a corrida por uma próxima satisfação que, sucessivamente, não tem fim. Com isso, é possível perceber que o consumidor é seduzido à busca que é a promessa de satisfação de seu desejo e não a sua realização. Isso produz uma série de modos de ser, viver e relacionar-se pautados pelo individualismo, virtual e efêmero.

Outra característica deste tempo refere-se às consequências geradas para as pessoas. Em um mundo em acelerado movimento no qual impera o consumo, a frustração é a sensação que cabe a quem não tem condições de corresponder à lógica instaurada. Para quem tem condições, a angústia é o sintoma decorrente da necessidade de escolha diante do excesso de opções. A compulsão, por sua vez, fica destinada a quem não escolhe e, simplesmente, consome compulsivamente.

Para Bauman (1999, p. 30-31), como decorrência da globalização, também ocorrem “a fragmentação do espaço da cidade, o encolhimento e desaparecimento do espaço público, a desintegração da comunidade urbana, a separação e a segregação” e, além disso, “as instituições se desmaterializam, derrubam-se os muros” (Fonseca, Engelman, Kirs, 2006). Em termos de política, a globalização “reside no avanço de

ideologias e regimes democráticos e individualistas em detrimento dos autoritários e socializantes” (Gerschman, 1997, p. 67).

É neste contexto de desmaterialização das instituições, de muros derrubados em prol da democracia, que as políticas públicas de saúde atuais emergiram. A reforma psiquiátrica trouxe, como proposta, a produção de saúde no espaço do território dos sujeitos e não mais entre os muros do hospital psiquiátrico. Porém, da desintegração do “dentro-fora” dos muros psiquiátricos decorre a fragmentação do espaço da cidade, a separação, a segregação e a desintegração da comunidade urbana, como apontado por Bauman (1999). Do avanço da democracia, emergem regimes individualistas. Assim, através de diversas vias e maneiras, respostas às propostas alternativas apresentam tensionamentos e retrocessos para a sua consolidação.

Que lugar?

A saúde mental no contexto atual

A cidade na qual a pesquisa de campo deste estudo foi realizada tem aproximadamente 450 mil habitantes e localiza-se no interior do Rio Grande do Sul. Suas principais características referem-se à imigração predominantemente italiana e ao reconhecimento nacional pela sua economia estar sustentada pela produção metalúrgica.

A expansão do capitalismo no final do século XIX propiciou a imigração europeia para o Brasil. A necessidade de povoamento e colonização aliada à sobrevivência direcionava os imigrantes na substituição da mão de obra escrava que se tornava cara e escassa desde a abolição do tráfico com a África em 1850. Na luta pela

sobrevivência, os imigrantes conquistavam terras através do trabalho e trabalhavam para pagá-la. Porém, as colheitas fartas das terras ainda virgens recompensavam o trabalho estafante

Da agricultura, como principal forma de trabalho, criavam-se outras formas de sustento: casas comerciais e pequenas fábricas como carpintarias, funilarias, marcenarias, olarias, ferrarias, moinhos, seleiros, sapatarias e alfaiatarias eram responsáveis pela produção de bens de consumo que caracterizavam a auto-suficiência da colônia. O expressivo número de casas de negócios indicava o crescimento econômico colonial.

Em consequência, os produtos coloniais passaram a ser comercializados em mercados consumidores potenciais e a policultura de subsistência superada pela monocultura mercantil. Crescia significativamente o investimento na indústria de transformação dos produtos agrícolas, gerando capital através das trocas comerciais e o reinvestimento em outros ramos industriais.

Atualmente, a cidade tem 435.482 habitantes e 1.644 Km² de base territorial. O seu produto interno bruto (PIB) correspondia, em 2004, a R\$ 8,1 bilhões equivalente a 5,68% do PIB estadual e a renda per capita, no mesmo ano, a um valor de R\$ 20,485,00, representando 150,4% da média do Estado. A economia é abastecida em 50% pela indústria metal mecânica, de transporte e mobiliário num total de 6.665 empresas; os setores de comércio e serviços atribuem 38% e o agropecuário, 4, 51%.

Talvez seja possível afirmar que o pioneirismo em avanços tecnológicos e econômicos, pelo qual a cidade é reconhecida, tenha redundado, no que se refere à saúde mental, no atraso de onze a treze anos na implantação dos serviços substitutivos previstos pela Reforma Psiquiátrica promulgada na legislação em saúde mental de 1992 no Rio Grande do Sul.

Na década de 1970, período da ditadura, um hospital psiquiátrico foi ativado no mesmo local onde funcionava um antigo convento. O hospital, que ainda está em funcionamento, é da rede privada e tem a maioria dos seus leitos contratados pelo SUS.

Em relação aos serviços substitutivos previstos pela Reforma Psiquiátrica, o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) foi implantado em 2005. O CAPS AD foi implantado em 2003; o CAPS Mental, em 2004 e o CAPS Infantil, em 2005. Além desses, no primeiro semestre do presente ano, teve início os trabalhos de outro CAPS AD, serviço terceirizado em parceria com uma rede privada de saúde.

De acordo com os dados obtidos na página virtual da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade, o CAPS Mental tem como objetivo tratar o usuário através do atendimento de equipes interdisciplinares e da ênfase para a reinserção social do paciente. O serviço é oferecido a pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que apresentam transtornos mentais graves e persistentes. Na página da internet da prefeitura, há a referência de que o serviço privilegia usuários egressos de internação psiquiátrica e de usuários do território Centro. O acesso pode efetivar-se via Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou direto no CAPS.

O CAPS Infanto-juvenil tem como objetivo o atendimento de crianças e adolescentes de até 18 anos, portadoras de transtornos mentais graves e severos. Por sua vez, o CAPS Álcool e Drogas atende crianças, adolescentes e adultos com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas. O acesso é realizado por meio de agendamento via contato telefônico através das Unidades Básicas de Saúde ou pelo próprio usuário. O CAPS funciona até as 21 horas, sendo que das 16h às 21h é priorizado o atendimento a adultos. Em relação ao novo CAPS AD, até o final da elaboração deste trabalho, ainda não existia referência de seu serviço na página virtual da SMS.

No início de 2011, a SMS apresentou para o CMS dois projetos finalizados e prontos para darem início ao que se propunham, quais sejam, a criação de um novo CAPS AD e a transferência dos SRTs para um mesmo local denominado *Condomínio Residencial Terapêutico*. No mês de outubro do ano anterior, a rede privada de saúde com a qual estes projetos vinculavam-se já começava o processo de recrutamento e seleção de profissionais para trabalharem no local em que os projetos consolidar-se-iam.

De acordo com o parecer técnico da Comissão de Saúde Mental (CSM) referente aos projetos, a notícia da mudança de endereço dos residenciais terapêuticos surgiu através da visita que lhes foi feita por uma pessoa responsável pelo inventário dos móveis que seriam transferidos para o novo local. Este conhecimento repentino provocou, entre a equipe, a busca por esclarecimentos na SMS, a partir da qual movimentos começaram a ser organizados para que espaços de discussão fossem propiciados.

Enquanto isso, a notícia espalhava-se pela mídia, proliferando boatos de que tanto os residenciais terapêuticos quanto os CAPS seriam transferidos para uma estrutura onde, antigamente, era localizado um seminário. A maneira da condução de tais projetos apontada pelas notícias provocava movimentação da comunidade por um espaço de discussão sobre a implantação do projeto. Com este intuito, foi realizada uma Audiência Pública organizada pela CSM e Direitos Humanos da Câmara Municipal de Vereadores, na qual foram debatidas as políticas de saúde mental e os processos sócio-históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os seus dispositivos de serviços. Além disso, estava prevista a apresentação dos projetos em questão pela Secretária de Saúde, o que ocorreu somente na Reunião Ordinária do CMS, após a audiência pública.

Nesta reunião, conforme abordado pelo parecer técnico da CSM, foi possível perceber que os projetos referiam-se a um complexo no qual seriam implantados, além

dos SRTs, um CAPS AD 24 horas, “uma unidade de desintoxicação, a criação de um Serviço para atendimento de pessoas não idosas, sem vínculos familiares, com transtornos neurológicos ou degenerativos graves que necessitassem de tratamento contínuo” (CSM, 2011, p. 5). A apresentação de tais serviços foi feita através de slides somente e não por um documento que oportunizasse a prévia apreciação dos projetos para a votação da pauta. Assim, ficou estabelecido o envio dos projetos para a elaboração de um parecer técnico pela CSM. O documento foi recebido com atraso de cinco dias do prometido e apenas feito o encaminhamento dos projetos referentes aos SRTs e ao CAPS AD.

A CSM, a partir da análise do Projeto Terapêutico Condomínio Residencial Terapêutico, apresentou, em seu parecer, a discussão dos seguintes pontos: no projeto não constava a justificativa e objetivos em relação à transferência de local dos SRTs para um condomínio; as referências aos recursos humanos não esclareciam se as equipes seriam as mesmas que atuavam nos SRTs, bem como não sinalizava o contrato dos profissionais através da “parceria público-privada” (CSM, 2011, p. 16) com uma empresa de saúde do setor privado, o que denota a terceirização do SUS que havia sido rechaçada pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, como recordados pelos autores do parecer.

Outro aspecto que se tem no parecer, refere-se à estrutura física para onde iriam ser transferidos os SRTs: tratava-se de um seminário desativado com ginásio de esportes, cancha poliesportiva, duas salas de jogos, lavanderia comunitária, refeitório comunitário, dois campos de futebol, horta, garagem e espaços para práticas de oficinas terapêuticas e de geração de renda. De acordo com a discussão proposta, essa estrutura, “com uma roupagem moderna, querendo significar conforto e lazer dentro do próprio

condomínio, pode estar se escondendo uma instituição total, da qual o sujeito não precisa sair para lazer, saúde e mesmo para a geração de renda” (CSM, 2011, p. 17).

De fato, a estrutura foi divulgada no jornal de maior circulação da cidade, logo após a notícia ter se espalhado e provocado questionamentos na população. As imagens divulgadas (área verde e ampla, prédio em bom estado de conservação), que apresentavam o dizer implícito *“Olhem, vejam! Não é tão ruim assim”*, pareciam tentar amenizar os efeitos negativos.

Outro ponto importante discutido faz referência ao item Operacionalização do Condomínio, no qual não há nenhuma indicação da participação dos moradores dos SRT’s no projeto de transferência de local, tanto no sentido da decisão em mudarem-se de uma casa para um condomínio, quanto no processo de transição. Fica evidente a desconsideração pelos princípios de participação e autonomia do usuário em seu PTS, *“levando a crer que foi muito mais um projeto construído verticalmente, sem interlocução com os principais sujeitos envolvidos”* (CSM, 2011, p. 21).

Em relação ao projeto para a criação de um novo CAPS AD, a CSM expressou, em seu parecer, a importância de que a dependência química deva ser entendida como uma doença multifatorial e, portanto, atendida por diferentes estratégias de acordo com uma lógica ampla em articulação com a rede de saúde e com o território. Com base no que a Política Nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde prevê, o parecer afirma que o projeto não apresentava os pressupostos teóricos orientadores da operacionalização do serviço, não fazia referência aos conceitos de território, de rede e da dependência química em seus aspectos multifatoriais, entendida no projeto como uma *“doença crônica”*. Além disso, não há referência a estratégias de educação permanente e capacitação para a equipe contratada pela parceria com a rede de saúde privada. Por fim, a CSM apresenta uma série de

questionamentos a respeito da concordância e o cadastramento deste projeto com o Ministério da Saúde e os seus critérios obrigatórios a serem contemplados, além da articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes, prevista pela portaria ministerial 336. Na conclusão, os pareceristas da CSM observam a necessidade de se atentar para a ampliação do acesso, para a descentralização dos serviços e para a proposta de alternativas diversificadas que transcendam a lógica hospitalocêntrica.

Na finalização do parecer, os autores assinalam:

fica claro que as mudanças sugeridas não vêm sendo amplamente discutidas com a equipe de trabalhadores, usuários e tampouco com a população. A desconsideração do controle social reitera a lógica manicomial que exclui e segrega todo e qualquer sujeito que ‘perturba a ordem social’, inclusive os trabalhadores de saúde mental da rede municipal, que têm colocado em questionamento a postura da atual gestão da SMS (CSM, 2011, p.37).

O movimento operado pela comunidade e pelos profissionais de saúde diante da proposta do complexo propiciou o acordo da não efetivação da transferência dos SRT’s para o condomínio e a permanência da proposta de implantação de um CAPS AD 24 horas, sob a condição de que o serviço seja acompanhado pelos mecanismos de controle social.

Este fato ocorrido reflete os tensionamentos ainda presentes, especialmente em relação à consolidação da Reforma Psiquiátrica.

No mesmo sentido, na esfera global, em 2009, foi publicado, no jornal *Le monde Diplomatique*, o artigo intitulado *Loucura: um novo terreno para a seguridade social*. Nele, o jornalista Patrick Coupechoux trouxe para discussão o discurso do presidente francês Nicolas Sarkozy proferido em dois de dezembro de 2008, a partir de sua visita ao hospital psiquiátrico Antony. Em sua manifestação, o presidente, sustentado pela

lógica de que a doença mental representa um problema de seguridade social, anunciou o investimento de 30 milhões de euros na implantação de um “plano de seguridade social dos hospitais psiquiátricos”. O plano tratava de propor medidas de melhor controle das entradas e saídas dos referidos estabelecimentos e de prevenir as fugas através de câmeras de segurança e dispositivos acoplados sem o consentimento dos pacientes que indicassem os seus movimentos e emitissem um sinal de alerta em caso de fuga.

A partir do referido discurso, o autor fez uma associação entre loucura e o sistema predominante nos dias atuais: “no espírito do neoliberalismo dominante, a loucura tornou-se algo que se deve neutralizar e administrar, com o menor custo possível: as despesas na psiquiatria são, nesse espírito, gastos inúteis feitos para pessoas inúteis” (Coupechoux , 2009).

Outro motivo para que a saúde mental receba a atenção das políticas é que o sistema precisa continuar em funcionamento e gerando lucro para a sociedade. Nesse sentido, o “mundo não tem espaço para o que não tiver uso ou propósito” (Bauman, 1999, p. 66). Assim sendo, para que a mãe deprimida continue cuidando de sua família enquanto o marido trabalha e que o executivo suicida permaneça desempenhando as suas atividades em prol dos lucros para a empresa onde trabalha, é preciso dar um fim à loucura.

Perspicaz em sua discussão, Coupechoux (2009) escreveu que “assistimos ao triunfo da Razão fria e calculista” dos contadores e dos tecnocratas. Essa razão preza a erradicação de qualquer sintoma que seja “perda de tempo” (e, conseqüentemente, de dinheiro!) e a volta, o mais rápido possível, à vida normal (lê-se: vida produtiva!). Tudo isso porque a loucura é oposta à “concepção do indivíduo considerado um ‘homem econômico’ ou um ‘homem do mercado’, consumidor e produtor, capaz de se adaptar a

um ambiente instável, engajado não em uma relação humana, mas nas ‘transações’, até na sua vida íntima” (Coupechoux , 2009).

O que se percebe, pois, é que práticas de outros tempos e espaços em que se aclamava pela exclusão de pessoas que atormentavam a ordem social dão continuidade ao processo de exceção que prime pela ordem atual do lucro, do consumo.

O dispositivo CAPS de atenção à saúde mental

Movimentos sociais que “denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2004, p.12) resultaram na Reforma Psiquiátrica promulgada em 1992, no Rio Grande do Sul. Como principal estratégia de consolidação da reforma, os CAPS surgiram para operar como um dispositivo de atenção à saúde mental em substituição às internações psiquiátricas e aos atendimentos sob o viés hospitalocêntrico.

O primeiro CAPS foi inaugurado em São Paulo, em 1986, e reconhecido oficialmente em 1992 como

unidades de saúde locais/regionalizados que contam com uma população adscrito definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Assim, os CAPS têm como objetivos “oferecer atendimentos à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos

usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

O Ministério da Saúde (2004) prevê para os CAPS, além daquelas já citadas, as seguintes finalidades: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico que seja eficiente e personalizado; organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental da rede básica, no Programa de Saúde da Família (PSF), no Programa de Agentes Comunitários (PACS); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a lista de usuários de sua região que consomem medicamentos para a saúde mental.

O CAPS é uma proposta de uma nova clínica que considera o sujeito em sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana e que produza autonomia, responsabilidade e protagonismo do usuário em seu tratamento. Para que tal lógica seja possível, as práticas dos CAPS devem ser realizadas com o apoio da rede de suporte social, ultrapassando a estrutura física dos Centros.

O acesso ao serviço dá-se pela procura direta ao CAPS ou através de encaminhamento do ESF, sendo que ainda existe a possibilidade de a pessoa ser atendida em sua própria moradia, quando não estiver em condições de se deslocar. Num primeiro momento, ela é acolhida e escutada para que a sua situação seja compreendida e o vínculo terapêutico seja estabelecido com a equipe multiprofissional. O Ministério da Saúde (2004) aborda a importância do estabelecimento de um diagnóstico, no primeiro momento, mas esclarece que não deve ser o único objetivo.

Propõe-se que cada usuário tenha um Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de atividades de acordo com as necessidades singulares do usuário a serem realizadas durante a sua permanência diária no serviço. O profissional que atendeu o usuário na sua chegada ao CAPS geralmente será considerado o seu Terapeuta de Referência (TR). Essa responsabilidade implica em monitorar o PTS juntamente com o usuário, em estabelecer contato com a família e em avaliar, periodicamente, os resultados do PTS, (re)definindo as suas atividades e a frequência de participação no serviço através do diálogo com o usuário e com a equipe técnica.

Os atendimentos podem ser do tipo intensivo (atendimento diário, quando a “pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico, em situações de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar”), semi-intensivo (até 12 atendimentos por mês, quando o sofrimento psíquico da pessoa diminuiu e as possibilidades de relacionamento melhoraram, mas ela ainda necessita de atenção direta para estruturar-se e recuperar a sua autonomia) e não-intensivo (“quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades”) (Ministério da Saúde, 2004, p. 16).

Ainda, é enfatizado pelo Ministério da Saúde (2004, p. 18) que as atividades dos CAPS respeitam as “possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida”. Entre elas são oferecidas: atendimento individual (psicoterapia, orientação e prescrição de medicamentos); atendimento em grupo (psicoterapias, oficinas diversas, inclusive as geradoras de renda); atendimento para a família; atividades com a comunidade (caminhadas, eventos, etc.) e assembléias ou reuniões de organização do serviço (técnicos, usuários, familiares discutem, avaliam e propõem melhorias para o serviço).

Existem quatro tipos de CAPS: CAPS I e II (oferecem atendimentos diários para adultos com transtornos mentais severos e persistentes); CAPS III (contempla atendimento diário e noturno para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, durante sete dias da semana); CAPSi (oferta atendimento diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais) e CAPSad (atendimentos diário à população com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Também disponibiliza leitos de repouso com a finalidade de tratamento de desintoxicação).

O Ministério da Saúde (2004) assinala que as teorias e modelos prontos de atendimento que têm sustentado os CAPS revelam “insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção” (Ministério da Saúde, 2004, p. 17). Nesse mesmo sentido, Lancetti (2007) aponta que o maior problema dos CAPS é quando os profissionais escolhem e buscam adaptar os pacientes às teorias e aos modelos de atendimento pré-estabelecidos. Em suas palavras: “não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços” (Lancetti, 2007, p. 47).

O autor indica outros aspectos a serem considerados, sendo que um deles é a centralização do CAPS em si mesmo e a sua pouca abertura para o território, estratégia fundamental da reforma psiquiátrica. Nesse aspecto, “a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas” (Lancetti, 2007, p. 47). Além disso, as atividades realizadas nos CAPS, como consulta psiquiátrica, visita domiciliar, grupos terapêuticos, entrevista psicológica, oficinas de arte e de produção são recursos considerados pobres “para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas” (Lancetti, 2007, p. 51).

Desse modo , cria-se uma corrente tecnocrática e burocrática: os Caps envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra. Retornam os ambientes sombrios e o odor de *hallopidol* que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica (Lancetti, 2007, p. 47-48).

Diante destas constatações, Lancetti (2007) apresenta algumas necessidades A primeira é retomar a exacerbação da complexidade da lógica da Reforma Psiquiátrica e atender, de portas abertas, o que se atendia de portas fechadas no hospital psiquiátrico, no entanto, isso implica dar preferência para os casos mais difíceis que evidenciam maior risco tanto de sofrimento quanto de inconveniência para a comunidade.

Para que as ações do CAPS efetuem-se no território da cidade, é fundamental que elas considerem o relacionamento com o ESF. Tal parceria proporciona a socialização dos saberes com agentes comunitários e outros profissionais da saúde que estabelecem uma relação continuada de cuidado com as pessoas do território. Nesse sentido, a saúde mental também seria atendida pelo ESF numa articulação da saúde com a saúde mental.

O trabalho realizado dessa forma apresentaria a “potência necessária para arrancar os CAPS de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática” (Lancetti, 2007, p. 50), de tal modo que a parceria entre CAPS e ESF ativaria os profissionais dos CAPS a saírem da cronificação e os colocaria no território.

O território, como Lancetti (2007) refere, é composto por duas dimensões, o geográfico e o existencial, ou seja, o local de dentro dos serviços de saúde e o de fora,

nos espaços de vivência das pessoas, onde as suas “relações de afeto, cooperação e de produção de saúde mental se exacerbam” (Lancetti, 2007, p. 50-51). Uma prática que contemple o território em todas as suas dimensões é o antídoto para o corporativismo e para a estreiteza dos profissionais.

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde (2004, p. 17) apresenta práticas necessárias:

é preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço.

Esta é uma importante reflexão que o Ministério da Saúde propõe aos profissionais dos CAPS: de que forma eles lidam diante das novas demandas que surgem frente às mudanças apresentadas no cotidiano da atualidade? Há reflexão e posterior adaptação do serviço às demandas ou, ao contrário: espera-se que os usuários adaptem-se aos seus serviços? Lancetti (2007, p.50) também apresenta algumas questões: “O CAPS é um local de tratamento centrado no seu espaço interno e nos procedimentos terapêuticos intramuros? Ou busca ativar os recursos da comunidade?”, “Como a relação CAPS/PSF pode inserir-se no campo da cultura e agir no território existencial?”; “os profissionais de Caps esperam do PSF uma organização com potencial de inviabilizar a ação por excesso de encaminhamentos ou um conjunto de companheiros com potencial de parceria?”

Tendo em vista tais considerações que permitem pensar as práticas em saúde atravessadas pelas questões do tempo e do espaço onde estão inseridas, é possível empreender-se a busca da compreensão acerca das especificidades das práticas psicológicas dos CAPS, considerando as disparidades entre os pressupostos do SUS e as peculiaridades das relações sociais cotidianas. Parte-se, especificamente, para conhecer as particularidades das práticas dos/as psicólogos/as que atuam nos CAPS; registrar as dificuldades que enfrentam neste contexto; compreender as estratégias que utilizam para enfrentar os possíveis impasses e proporcionar momentos de reflexão sobre a relação entre psicologia e políticas públicas de saúde no tempo presente. Para tanto, a seguir, são apresentados os procedimentos metodológicos realizados.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O delineamento utilizado para a realização da pesquisa caracteriza-se pela sua abordagem qualitativa e caráter descritivo e exploratório.

Esta perspectiva metodológica está ancorada no entendimento de que a realidade, que se pretende conhecer, apenas existe porque pessoas fazem parte dela como indivíduos e como grupos, um interagindo e influenciando o outro continuamente (Víctora, Knauth e Hassen, 2000). Assim concebida, a realidade que se pretende conhecer é complexa, plural e constantemente criada e interpretada (Scarparo, 2010).

Considerando-se, a partir dessa abordagem, que a construção do conhecimento produz-se coletivamente, em uma dimensão histórica, política e sociocultural, torna-se possível refletir teórica e criticamente acerca dos processos coletivos.

Para ser possível a investigação dessa pesquisa, foi importante a participação nos espaços de discussão sobre saúde mental, anotações em diário de campo e acesso a documentos de domínios públicos que contribuíram para o entendimento do contexto onde os CAPS estão inseridos e das narrativas apresentadas pelas participantes.

Para a realização das entrevistas narrativas, primeiramente, o projeto foi encaminhado para a Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e ao Comitê de Ética da PUCRS (Anexo B) para a análise da viabilidade de sua realização. Após o aceite do Comitê, o projeto foi encaminhado para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SMS para que a coleta dos dados nos CAPS fosse autorizada.

Com o aceite dessas instituições, foi possível dar início à coleta de dados. De início, estabeleceu-se um contato telefônico com as coordenadoras dos três CAPS (CAPS AD, CAPS Infantil e CAPS Mental) para o agendamento das entrevistas com elas e com as cinco psicólogas que atuam como profissionais técnicas. A princípio havia sido definida a participação de apenas psicólogos/as, mas como em um dos CAPS uma delas respondia também à função de coordenadora, percebeu-se a importância de que as coordenadoras dos outros CAPS, com suas formações em Assistência Social e Enfermagem, pudessem contribuir para a pesquisa.

No momento do encontro com cada uma das participantes, a princípio, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), um documento a partir do qual as entrevistadas foram informadas a respeito dos objetivos do estudo, dos riscos e dos benefícios em participar do mesmo e da confidencialidade das informações a serem prestadas. No documento, também foram disponibilizadas formas de acesso a informações, caso surgissem dúvidas e liberdade na escolha de participação voluntária do estudo. Após a leitura e a escolha na participação do estudo, o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela pesquisadora e pelas entrevistadas, sendo que cada uma recebeu uma cópia do documento.

Com a realização do procedimento mencionado, efetivaram as entrevistas que transcorreram em aproximadamente uma hora e trinta minutos cada uma, com a exceção de uma entrevista que durou apenas vinte minutos. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

As entrevistas realizadas foram aplicadas conforme a proposta de entrevistas narrativas de Jovchelovitch e Bauer (2002) e analisadas de acordo com a sugestão de Schütze apresentada pelos autores citados anteriormente.

Estes autores situam a origem das narrativas na *Poética* de Aristóteles. Campos e Furtado acrescentam-lhes como origem as aporias do ser e não-ser do tempo de Santo Agostinho, para o qual a narrativa seria uma “operação mediadora entre a experiência viva e o discurso. Ela ligaria a explicação à compreensão” (Campos e Furtado, 2008, p.323). Ainda, baseados em Ricoeur, os autores (2008, p. 326) argumentam que se uma ação pode ser narrada é porque já foi “simbolicamente mediatizada” o que significa que se encontra na cultura e, portanto, participa de uma interação. A interlocução entre ação e palavra possibilita a atribuição de valores e sentidos às ações e aos acontecimentos e à não-dissociação entre discurso e prática.

Tendo em vista que a narrativa é adotada corriqueiramente para dar sentidos e preencher os fragmentados do cotidiano, ela é um método “privilegiado” para estudar as novas práticas das políticas públicas de saúde que “enfrentam, dia a dia, a necessidade de recriar suas práticas e de dar-lhes fundamento e legitimidade social” (Campos e Furtado, 2008, p. 332). Dessa forma, as narrativas possibilitariam identificar se os modos de pensar e sentir que são atribuídos às práticas atuam como “freio ou acelerador dos acontecimentos” (Campos e Furtado, 2008, p. 326). Nesse aspecto, seria possível

verificar, no caso dessa pesquisa, se as práticas psicológicas que se pretende conhecer, de acordo com as atribuições de formas de pensar, de valores e sentidos que lhe são remetidas, contribuem ou não para o fortalecimento e o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Tendo como base essas concepções de narrativa, as entrevistas são caracterizadas pela sua profundidade, a não-estrutura e o mínimo de influência da presença do entrevistador. O primeiro passo é exploração do campo a ser investigado, que se faz através de leituras sobre o tema e, com base nelas, a formulação de questões exmanentes que se referem ao que se quer investigar, ou seja, de interesse do pesquisador. Diante do entrevistado, o pesquisador lança um contexto dado previamente, incentivando o entrevistado a começar a sua narrativa, na qual constrói uma sequência de acontecimentos ligados entre si, no tempo e no sentido (Jovchelovitch e Bauer, 2002).

O segundo passo diz respeito à “contação” da narrativa em si. Enquanto o entrevistado fala, não é interrompido, apenas encorajado a continuar a sua narrativa com sinais não verbais, até que o entrevistado sinalize que finalizou-se a narrativa. Durante a entrevista, o pesquisador deve ficar atento às questões imanentes, ou seja, às falas que indicam as respostas das questões exmanentes elaboradas anteriormente pelo pesquisador. Ele deve focalizar a sua atenção na maneira como o entrevistado aborda a questão e preparar perguntas a serem feitas posteriormente.

O terceiro passo vincula-se à fase de perguntas, quando o entrevistado finalizou a sua narrativa e o pesquisador expressa as questões imanentes observadas durante a narrativa. Por fim, com o gravador desligado, surgem comentários informais e são permitidas perguntas mais fechadas que devem ser anotadas posteriormente.

Para a análise das entrevistas narrativas, Jovchelovitch e Bauer (2002) apresentam os seis passos propostos por Schütze. O primeiro relaciona-se à transcrição

integral e detalhada das entrevistas. A partir de então, os textos são lidos e divididos em indexado e não-indexado, sendo que indexado faz referência a acontecimentos concretos e que respondam a quem/quando/onde/porque e o não-indexado indica os saberes produzidos sobre o indexado, ou seja, os juízos, os valores, as percepções e as reflexões. O material não-indexado pode ser dividido em argumentativo e descritivo.

O terceiro passo da análise implica a composição de trajetórias a partir do ordenamento do material indexado. O quarto passo investiga o material não-indexado, entendido como reflexões e opiniões apresentadas que sustentam as práticas psicológicas realizadas nesse contexto. O quinto passo apontado por Schütze é o estabelecimento de um agrupamento e a comparação das trajetórias individuais que proporcionam a identificação de trajetórias coletivas, que se refere ao sexto passo.

Tendo apresentado os procedimentos metodológicos que esta pesquisa seguiu para alcançar os seus objetivos, volta-se a atenção para a discussão dos resultados em forma de interlocução com a fonte documental e as notas das inserções no campo descritas anteriormente.

EM BUSCA DE UMA TRAJETÓRIA COLETIVA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tentativa de definir uma trajetória coletiva das práticas psicológicas nos CAPS baseia-se em oito narrativas elaboradas a partir da questão ampla apresentada, inicialmente, para as entrevistadas, ou seja, as práticas psicológicas nos CAPS inseridos no contexto da atualidade.

É importante destacar que os resultados obtidos indicam uma trajetória em contínua transformação e construção da qual participam diversos atores da sociedade. Por ser um processo que apresenta diversas facetas impossíveis de serem abordadas em apenas um estudo, há o reconhecimento de que as discussões postas a seguir partem da percepção da pesquisadora e do seu grupo de pesquisa e que, por isso, outros estudos são necessários para que o debate sobre o tema seja ampliado.

Antes da apresentação dos resultados, cabe a observação de que as entrevistadas serão identificadas por nomes fictícios e que a função de cada uma, nos CAPS, não será expressa devido à facilidade de reconhecimento que isso acarretaria, já que duas delas não são psicólogas, mas apresentam narrativas igualmente relevantes para o entendimento das práticas psicológicas.

Iniciando-se a discussão dos resultados, o que, primeiramente, chama a atenção é a preponderância de material indexado nas narrativas das entrevistadas. A necessidade de ancorar as práticas pode revelar a insegurança da psicologia ao inserir-se nas políticas públicas de saúde que propõem práticas diversas das estabelecidas hegemonicamente. Da mesma forma, o raro material não-indexado remete tanto ao curto período de inserção da psicologia neste campo, quanto à dificuldade e/ou desautorização em poder exercer uma reflexão crítica a respeito do que se faz e do que está estabelecido, assim como propor outra prática que emerja deste movimento. A dificuldade em refletir pode estar associada, ademais, à própria característica do tempo presente em que o fazer compulsivamente prevalece em detrimento do pensar e do criar. Além de uma característica do tempo atual, o fazer compulsivamente pode remeter à sociedade capitalista, na qual o espaço e o tempo são marcados pela sua dimensão econômica em que predomina a produção quantitativa em detrimento da qualidade (sem tempo para ser exercida). Entretanto, os materiais não-indexados têm capacidade de

atribuírem potência à psicologia, bem como dispositivo para que os seus profissionais continuem exercendo e aprofundando suas reflexões.

Tendo isso em vista, serão apresentados, a seguir, temas que mais sobressaíram-se entre os materiais indexados atribuídos às práticas psicológicas. Os materiais não-indexados, por sua vez, serão elencados ao final, como um indício de um fazer diferente.

Entre lugares do passado e do presente

Diante do contexto social dado, as entrevistadas apresentaram comparações entre práticas realizadas nos CAPS e em locais de trabalho anteriores (tanto da rede pública, quanto da privada). Tal comparação aponta para a necessidade de situar as práticas psicológicas em um lugar específico: hospitais, consultórios, empresas ou no CAPS, o lugar de suas práticas da atualidade. A palavra “atualidade”, como se percebe, confunde-se como o local de trabalho onde as psicólogas estão empregadas e não expressa o sentido de um contexto maior e complexo de tempo e espaço no qual o CAPS também está inserido. Enquanto a “atualidade” estiver submetida a apenas uma localização no espaço, ela não é permitida de ser pensada criticamente no que se refere aos desafios que apresenta ao fazer humano de cada dia, especialmente no campo da psicologia, posto que refletir sobre a atualidade pode significar compreender os sentidos de projetos e escolhas que constroem a atualidade a ser pensada.

No desenrolar das comparações entre as práticas realizadas em locais de trabalho anteriores e aquelas levadas a efeito no local CAPS de trabalho, a principal diferenciação apontada refere-se às atividades consideradas específicas da psicologia,

em relação às atividades “comuns” às outras áreas e realizadas em equipe. Assim, percebe-se que os processos de inserção nas políticas públicas de saúde têm favorecido deslocamentos nas concepções e fronteiras da psicologia e, evidentemente, do fazer psicológico.

Palavras como *restrito*, *limitada*, *simples*, aludem às práticas psicológicas desenvolvidas nos locais ocupados anteriormente à inserção nos CAPS. Algumas frases a seguir ilustram essas características:

*[...]no hospital é mais simples, fica restrito aquele espaço e não se sai muito dali [...]
antes eu acho que era tudo mais fechado, mais quadrado – Patrícia*

*[...] trabalhei no outro serviço também que é de infectologia e assim, é muito voltado
pra área da psicologia mesmo, que é mais grupos terapêuticos e atendimento
individual, psicoterapia – Viviane*

*[...] ela tinha talvez todo um trabalho preventivo bem legal e tal mas muito limitado –
Priscila*

As concepções de limites expostas nas narrativas, mais do que a delimitação do local de atuação, expressam práticas e pensamentos que, localizados, indicam práticas sustentadas no modelo hegemônico biomédico, em que prevalece a lógica privatista e individualista de cura. Entretanto, as fronteiras da psicologia são passíveis de serem flexibilizadas na medida em que os profissionais permitem-se abandonar espaços e tempos definidos para enfrentar o desconforto da criação e do enfrentamento do estranho.

Considerando que uma comparação somente é possível quando se tem ao menos dois “objetos” para fazê-lo, a atribuição das características aos locais anteriores de trabalho foi realizada após a oportunidade de se ter acesso a uma proposta diversa da que era de conhecimento. A necessidade em deslocar-se para que seja permitido o acesso a outras possibilidades de saber/fazer denota o teor de verdade que a psicologia costuma atribuir ao saber/fazer que se está acostumado, o que acaba por direcionar as suas práticas para um fechar-se em si mesmo que não possibilita abertura para o novo.

A verdade na qual os profissionais da psicologia estão apegados e para a qual foram formados está tão arraigada em suas concepções de fazeres que a inserção em espaços que apresentam perspectivas diferentes, como é o caso das políticas públicas, provoca estranhamento (Ferreira Neto, 2004).

[...] No começo eu era um pouco cética, eu pensava: 'meu deus o que é isso, paciente grave não dá pra atender dessa forma' – Aline

[...] eu sabia que ali se atendia uma demanda de população, mas eu não entendia a forma como o SUS funcionava e como aquelas pessoas estavam ali, qual era o papel da psicologia, era uma coisa muito restrita [...] se entra em choque! [...] eu lembro que eu entrei no trabalho e aí, um mês depois tinha Conferência Municipal de Saúde, e eu não sabia o que era aquilo, e a gente foi lá, convocado pra participar, eu digo 'Meu Deus!' – Luciana

Esta última frase, além de demonstrar a surpresa no encontro das práticas psicológicas com as políticas públicas, faz alusão à não apropriação da cidadania como direito também atribuído aos profissionais dessa área. Se há estranhamento diante das

políticas públicas de saúde é porque também elas não são conhecidas pelas cidadãs entrevistadas. Expresso de outra forma, se não há conhecimento sobre as políticas públicas em sua condição profissional como psicólogas, muito menos há de haver participação como cidadãs do tipo de sociedade e comunidade política que se deseja (Mouffe, 1996).

O “choque” do confronto com outra realidade de trabalho pode ser um dispositivo que promova o “exercício de pensamento mais complexo” (Ferreira Neto, 2004, p. 95) e a conseqüente reformulação das práticas. Porém, isso não é garantia de que realmente efetive-se ou que ocorra instantaneamente. Pelo contrário, o que predomina é a continuidade de práticas e saberes hegemônicos.

[...] mas a psicologia especificamente tem atendimentos clínicos individuais [...] a gente vê na prática os serviços, profissionais que seguem tentando aplicar aquela mesma linha de trabalho da clínica, do consultório dentro das instituições – Luciana

[...] acho que a gente está bem mais centrada aqui no atendimento clínico, do que em outro tipo de atendimento [...] Então tem essa proposta, do atendimento ser mais amplo, de ser terapêutico, mas, na prática se vê que não se concretiza bem assim –

Patrícia

Observa-se, com essas falas, que a forma como as descrições das práticas ainda voltadas para uma lógica anterior de atenção são referidas, mais do que uma simples descrição, por vezes, elas remetem a um reconhecimento de que a hegemonia ocorre apesar da proposta ser outra. A frase seguinte explana um saber sobre o motivo pelo qual se perpetua o que é específico da psicologia:

[...] acho que não tem como fugir disso assim, se a gente pensar numa atenção integral, a gente tem a proposta das pessoas que se beneficiam do coletivo, do espaço de grupo, mas tem aquelas pessoas que não, que naquele momento demandam um acompanhamento individualizado que aquilo é o que vai dar conta da demanda daquele momento [...] então, isso para mim inclusive foi uma coisa difícil de ir adaptando porque eu tenho uma idéia assim de que quanto mais se puder levar pro coletivo, mais espaços forem de grupos, melhor, mas nem todos vão se beneficiar, então tem que entender que esses são perfis diferentes e que um não é menos do que o outro, um atendimento individual não tem menos valor do que um né uma atividade de grupo. /

Luciana

Diante dessas duas falas, poder-se-ia fazer referência a uma contradição, em que a primeira justifica a predominância do atendimento individual para, logo em seguida, haver a defesa de uma posição oposta e a segunda remeter à preferência por um trabalho em grupo. O que, num primeiro momento, poderia ser identificado como simples contradição, pode expressar a complexidade de estabelecer a transição da noção de indivíduo para a de sujeito coletivo, tão cara para que as práticas psicológicas nas políticas públicas sejam possíveis.

O usuário retirado

Durante a descrição das práticas cotidianas, a ênfase na classificação do usuário como portador de transtornos mentais severos, graves e persistentes e como único alvo

ao qual se voltam as atenções dos profissionais foi evidente, o que é ilustrado nas seguintes falas:

[...] o que a gente discute que é muito forte aqui no CAPS são patologias graves, transtornos graves e persistentes / Luciana

[...] a gente trabalha com psicose aqui, com neurose grave... / Priscila

A descrição do sujeito como patológico a ser tratado e não como cidadão a ser cuidado adéqua-se ao modelo médico e à sua lógica nosográfica, perpetuando o modo asilar que considera a doença como o problema central, pertencente e de responsabilidade do usuário. Opera-se, assim, o “duplo mecanismo de dessocialização do indivíduo e individualização do social” (Nardi e Silva, 2009, p. 150). Identificar no sujeito o local privilegiado da crise, responsabilizando-o pelo que apresenta “com base em referências patológicas e psicopatológicas é inseri-la nesse registro e fechar possibilidades” (Carvalho e Amarante, 2000, p. 50), o que permite ao profissional da psicologia o seu estabelecimento em um território de conforto. Para manter o seu lugar neste território de conforto, a psicologia aparece como uma ferramenta para a efetivação do conservadorismo, de uma governabilidade sobre a vida pela norma social. “O olhar está para o que foge à norma e não para a potencia da vida” (Guareschi e colaboradores, 2010).

[...] a gente vê o tempo inteiro a falta de limites, acho que a questão da sexualidade também agora com os homossexuais [...] uma ajuda pra impor esses limites porque está tudo muito solto, muito descontrolado, muito liberado / Priscila

[...] cada um vai dando uma opinião, e as vezes eu fico pensando “nossa, todo mundo se apropriando da vida dessa pessoa”, as vezes dizendo o que devia fazer, o que não

devia fazer, então é complicado (...) tem isso, de estar vigiando, de estar cobrando, de estar interferindo, estar se metendo / Patrícia

A última fala demonstra conhecimento a respeito da reprodução de práticas normatizadoras, mas ao mesmo tempo apresenta um desassossego frente à identificação. Uma reflexão mais aprofundada não é realizada logo em seguida, mas se espera que ocorra no tempo devido.

Outra afirmação ancora o fazer individualizado e disciplinar para a formação psicanalítica em um sentido que desculpabiliza o não fazer diferente:

[...] eu acabo tendo um entendimento acho que mais interno do que externo. / Priscila

O sujeito individualizado, com sua essência predominantemente interior, acaba mais uma vez retirado da sociedade em um processo que cinde indivíduo e sociedade. Aliás, por vezes, ele não é nem ao menos considerado pessoa, como ilustra a fala de uma entrevistada que tentava explicar o cotidiano do CAPS, mencionando os profissionais e os usuários:

[...] de manhã tu vai ver um perfil de CAPS hoje de manhã, a tarde vai ter um outro perfil de pessoas e de usuários, de noite tem outro perfil de pessoas e usuários também, de profissionais e usuários... / Claudia

Frente a esse recorte de narrativa, fica a questão: usuário não é pessoa? O que, então, seriam? A resposta a essas questões daria continuidade a uma discussão referente ao termo “usuário” empregado pelas políticas públicas. O usuário alude ao uso de

alguma coisa/de alguém, portanto, a fazer o outro de objeto, que seria, neste caso, os profissionais de saúde. Mas, ao contrário, da mesma forma que um usuário de drogas usa substâncias ilícitas, ele é, por fim, usado por elas. Além disso, a palavra “uso” remete à lógica do consumo em que um objeto é usado e, logo, descartado. Tal discussão é ampla e não cabe neste estudo, mas ficam algumas pontuações para que o pensar não se esgote.

Quando o olhar voltado para o usuário permite outros ângulos, que incluam a família, a frustração da esperança por práticas “melhores” poderá emergir.

[...] e na medida que olhamos para a família, se consegue perceber possíveis doenças em irmãos mais novos por exemplo, então acaba ampliando – Aline

Assim, a “ampliação” do olhar em direção à família parece significar apenas a extensão territorial da minúcia investigativa que identifica e classifica doenças em um processo que recruta patologias a serem submetidas a regulamentações e normatizações. A fala seguinte expressa claramente o recrutamento de familiares “enlouquecidos”:

[...] tinha uma situação bem complicada da mãe de um usuário que estava bem enlouquecida e dos vizinhos estarem se mobilizando para uma internação, para um baixo assinado, e aí ia ter uma consulta com ele e a gente chamou a família toda, ele, a mãe, uma tia e um irmão pra tentar convencer a mãe a se internar / Priscila

Esta situação denota que a “lógica de saúde que fundamenta as práticas psicológicas encontra-se como ausência de doença e presença de equilíbrio social” (Bernardes, 2010, p. 218). Ainda que reformadas, prevalecem as estruturas psiquiátricas

na reprodução da inversão do ditado: “os incomodados que se retirem!” e, dessa maneira, os portadores de diferenças, os “desequilibradores” têm seus sofrimentos institucionalizados através da doença e objetivados isoladamente do contexto maior das relações (Amarante, 1995). No entanto, poder-se-ia, do desequilíbrio e desassossego, questionar as cômodas hegemonias e criar possibilidades de transformação e (por que não?) enriquecimento das relações.

Por um lado, “tornar a psicopatologia uma forma de objetivação das formas de viver” (Bernardes, 2010, p. 209) é uma maneira de a psicologia contribuir com a governabilidade sobre as vidas. Por outro, exercer uma autoridade, um poder/saber sobre os sujeitos evidencia a necessidade que a psicologia ainda apresenta em demarcar um lugar, um *status*, uma “posição inteligível e operável, pois ali está a zona privada de seus investimentos: o sujeito psíquico” (Bernardes, 2010, p. 216). É na ânsia por demarcar um lugar que a psicologia não (se) cria.

Desejos de manicômio

“Desejos de manicômio” foi apresentada por Romagnoli, Paulon, Amorin e Dimenstein (2009, p. 201) como uma terminologia cunhada por Machado e Lavrador (2001) que registra “marcas, linhas duras constitutivas de nossa subjetividade calcadas em mecanismos disciplinares que atrelam a loucura a saberes especializados e classificações psicopatológicas”.

A partir das narrativas, pode-se notar que esses desejos persistem tanto nos fazeres da psicologia, quanto na organização de trabalho do CAPS e nas próprias demandas dos usuários.

[...] eu sei que o CAPS adulto consegue funcionar mais separado e alguns CAPS infantis também conseguem, por exemplo, tem um dia que vem só os autistas, tem um dia que vem só os transtornos, um dia que vem só retardo, mas a gente não consegue fazer isso – Grazielle

[...] a gente vê que todo o tempo tem tentativas de, não diria burlar, mas de retroceder em alguns momentos [...] a gente vê muito essa demanda assim dos pais: “ah, por que não tem um único lugar que tem o neuro, tem a fono, tem a ecoterapia”, que eles pudessem centrar tudo isso num único lugar, acho que eles trazem essa demanda muito assim, mas a gente vê que se a gente for seguir esse desejo dos pais, daqui a pouco vai se voltar mesmo a ter um hospício, ter um hospital onde se centra tudo naquele lugar e aquelas crianças, ou os adultos mesmo, perdem o contato com seu território, com as pessoas que elas convivem...- Luciana

A reforma psiquiátrica apresenta propostas de práticas diversas das que eram instituídas nos manicômios. Porém, tamanha diversidade de demandas e intervenções, entretanto, não necessariamente significa correspondente superação das clausuras do desejo e da vontade de reproduzir. Uma mudança paradigmática no plano da lei ou, mesmo, dos dispositivos de cuidado é necessária, mas não suficiente para erradicar os desejos de dominar, controlar e oprimir o louco (Romagnoli, Paulon, Amorin e Dimenstein, 2009, p. 201).

Assim sendo, da mesma forma com que a desinstitucionalização deve permear não apenas o trabalho dos profissionais das políticas públicas, mas, como a última fala aponta, deve incluir a comunidade como participante ativa deste processo.

A psicologia dentro/fora de si

A sociedade disciplinar exercia o poder através de dois meios: o dentro e o fora. Com o advento da sociedade de controle, as delimitações de dentro e fora não existem mais, visto que “estamos sempre dentro” (Nardi e Silva, 2009, p. 151). Da mesma forma, a demarcação por um objeto e uma prática específica de seu campo de saber/fazer, a psicologia está fadada a restringir-se a um lugar fixo de atuação, portanto, a um lugar “dentro” de si que implica um fazer psicológico fechado em si mesmo. Ora, o “fechado em si mesmo” era o destino dos loucos submetidos às três regras disciplinares dos hospitais psiquiátricos que Foucault (1987) apontava: celas, localizações funcionais e filas. Se os loucos precisavam ser fechados em si mesmos, é porque se apresentavam como “foras de si”.

Birman (1999) recorda que a loucura instituiu-se como alienação mental no “registro do sujeito fora-de-si” (p. 154), a partir da constituição do discurso psiquiátrico. Tendo em vista que a psicologia conformou-se em paralelo ao discurso psiquiátrico pela necessidade em se firmar no campo científico, a sua maneira de ensejar tal afirmação baseia-se na identificação de sujeitos “fora de si” e na imposição de regulamentações em prol do equilíbrio social. A necessidade em delimitar o que é fora e o que é dentro acaba por limitar as práticas psicológicas a um dentro que não sai “da casinha”, mas que também não se relaciona e não interage com formas diferentes de saber/fazer.

Atividades apontadas como “inovadoras” para as práticas psicológicas dizem respeito a um “fazer” fora dos muros dos CAPS, mas que perpetuam práticas ocorridas dentro dos hospitais psiquiátricos:

[...] aqui a gente atende os usuários e também circula com eles, então tem festa, tem

passaio, tem o próprio lanche, a recepção, então a gente tem que circular por esses espaços também, então é algo novo – Patrícia

O “circular” parece referir a um “percorrer” espaços numa atividade de executar tarefas e não numa atividade que propicie o pensar, o relacionar, o criar. Este aspecto já havia sido aludido por Lancetti (2007, p.108):

os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico, nas enfermarias ou nos pátios; as atividades desenvolvidas nas clínicas de drogados são procedimentos simples e que tendem à simplificação. A própria vida do paciente cronicado vai tornando-se cada vez mais simples e sua produção inconsciente, mesmo a delirante, empobrecida.

Dessa forma, a proposta da desinstitucionalização defendida pela reforma psiquiátrica acaba tendo a conotação de uma simples transferência e substituição de lugares concretos em que os sujeitos continuam sendo internados em seus sofrimentos psíquicos através das relações autoritárias pelas quais se repetem “coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios” (Corbizier, p.11). Nesse sentido, ocorre apenas a adaptação e a transferência dos instrumentos próprios dos consultórios psicológicos e dos hospitais psiquiátricos para outro local de trabalho, qual seja, o do contexto coletivo. A mudança, assim, fica restrita à dimensão geográfica e à troca de clientela, haja vista que o SUS é considerado um serviço voltado para uma população sem condições de recorrer àqueles da rede privada. Mais preocupante ainda é a identificação do SUS como local onde se atende, além da pobreza financeira, também a pobreza psíquica, o que pode levar à pobreza das práticas psicológicas (Ferreira Neto, 2004; Bernardes, 2010).

[...] a gente trabalha com pessoas que tem uma carência em todos os sentidos, não só uma carência emocional, mas uma carência social, financeira inclusive então de poucos recursos em todos os tempos, todos os termos assim [...] Eu acho depois de eu entrar aqui eu me dei conta de que existe muita gente doente, muita coisa que tu não imagina que existe. Então a gente também está numa outra dimensão da sociedade, a gente estuda, a gente acha que existe enfim, imagina algumas coisas e tal mas quando tu vem pra cá tu vê coisas que tu não sentiria se tu não tivesse aqui, tu não presenciaria se tu não estivesse aqui – Priscila

Nesse aspecto, apresenta-se um processo coletivo no qual a psicologia pode estar resistente por querer atender as expectativas sociais que a consolidam como profissão relevante e científica. Essa resistência aparece tanto em relação a saída da psicologia de seus locais de trabalho e transformarem as suas práticas, quanto em assumirem a condição de cidadania e envolverem-se com a realidade que circunda a vida de todas as pessoas. Com isso, há um “apego” a um imaginário fazer psicológico a partir do qual, para fazer um paralelo com a canção de Cazuza: “ficam esperando alguém que caibam nos seus sonhos”, os profissionais adaptam os usuários a suas técnicas e não o contrário. Com isso, apega-se ao imaginário (fora de si) e não se põe os pés no chão (realidade) e, dessa forma, entre o fora e o dentro, não se encontra o caminho do meio.

pra estar aqui dentro tem que fazer conforme o que a gente acha que seria o melhor pra pessoa. Aí alguns entram e outros não. – Priscila

a gente elabora então o projeto terapêutico singular que daí a gente vai decidir se essa

*criança vai fazer música, se ela vai fazer arte, se ela vai vir só uma vez [...] a gente
procura mudar as pessoas - Grazielle*

A psicologia como mão-de-obra

Entre as transformações que a sociedade enfrenta, uma delas relaciona-se ao trabalho. O advento do período industrial introduziu uma organização produtiva sustentada pela divisão de tarefas, pela disciplina, pela produção acelerada e pela exploração do trabalhador assalariado. Posteriormente, com a sociedade de controle, emergiram novas configurações de trabalho, das quais prevalecem o aumento da exigência pela qualificação, a pertença desejada ao local de trabalho e a falta de delimitações de espaços e tempos referentes ao trabalho, em que este interfere no lazer e vice-versa. O controle da produção realiza-se em outras roupagens, “no lugar da disciplina sobre uma parte da vida do sujeito, há o controle das forças que o produzem como tal, um ‘sentido-capital’ para a vida” (Rivero, 2010, p. 144).

A partir disso, é possível considerar dois pontos: a cidade na qual os CAPS investigados estão inseridos tem a sua ordem baseada no sistema capitalista e o seu progresso sustentado pela predominância de indústrias metalúrgicas. As profissões surgiram tanto como mercadorias quanto intelectualidade, como maneira de “organização do trabalho ou de oferta de mão-de-obra” no “projeto da modernidade e investida no processo de intensificação da industrialização” (Rivero, 2010, p.145). A partir da articulação desses dois pontos, questiona-se a profissão da psicologia nos CAPS. Algumas respostas foram obtidas pelas seguintes falas:

[...] se tem muito uma pressão aqui pra estar dentro da sala, não ter nenhum horário vago [...] acho que tem muito também aqui essa pressão de que oficina a psicologia não precisa fazer porque já tem oficineiro. Então a psicologia tem... 'você são uma mão de obra mais cara', 'eu vou usar a hora pra fazer atendimento individual, que é específico da psicologia, nenhuma outra área pode fazer' - Patrícia

a equipe trabalha como uma maquininha / Claudia

As falas referentes à pressão, a um fazer (caro) que se equipare ao fazer de uma máquina, refletem as características hegemônicas do contexto atual em que as práticas estão inseridas. A cobrança por uma produção quantitativa que sobreponha o fazer ao refletir ecoa as marcas de uma sociedade voltada para o progresso econômico e tecnológico.

[...] muito voltada pra esses aspectos, pra psicologia clínica, pra consultório mesmo, ou uma coisa de psicologia organizacional, acho que por conta da região aqui também ser uma coisa forte a indústria – Luciana

Apesar de as políticas públicas apresentarem um campo profícuo para as “novas configurações da imaterialidade do trabalho e do que se anuncia para o século XXI” (Rivero, 2010, p. 151), a psicologia insiste em reservar um lugar no mercado de trabalho capitalista. Nesse sentido, “há um exercício constante de reforma das práticas psicológicas que reforçam a lógica da técnica sob a lógica da reflexão sobre as técnicas” (Bernardes, 2010, p. 218).

[...] aqui dentro se acredita muito, que se tu não está atendendo, não está em atendimento e pode ser oficina também, tu não está trabalhando, tu está conversando sobre um caso, tu está discutindo, não é considerado trabalho, isso é ócio, isso não pode, tem que atender uma pessoa atrás da outra. / Kelly

Assim, na ânsia por firmar-se dentro da lógica em que prevalece a técnica, a psicologia não se permite e não lhe é permitida a reflexão, o criar, o inventar. Conseqüentemente, ela acaba sendo “engolida”.

[...] não dá muito tempo de pensar, não dá muito tempo de criar, porque é uma coisa atrás da outra, isso acaba te engolindo- Patricia

A psicologia entre si e outros saberes/fazer

O fechamento da psicologia em si mesma é observado também em relação a outros saberes. A especificidade cada vez mais acentuada dos saberes, na contemporaneidade, acaba por frear a viabilidade da integralidade e da interdisciplinaridade tão promulgadas pelas propostas atuais de atenção à saúde. Existe a “necessidade de demarcar as fronteiras com outros saberes/disciplinas, para deixar claro os limites de cada um/uma” (Guareschi, Dhein, Reis, Machry e Bennemann, 2010, p. 96). Como decorrência, as práticas psicológicas especificam-se e limitam-se ao campo de seu saber.

[...] acho que isso também é bem marcante assim da psicologia acabar respondendo...

acho que a psiquiatria com a medicação e a psicologia com o tratamento [...] Se é

muito grave, é pra psicologia – Patrícia

[...] ainda a saúde mental fica muito pra psicologia, ainda se ouve muito que a

psicologia que tem que dar conta de tal coisa – Kelly

[...] A gente tem uma proposta de trabalhar numa equipe multiprofissional que tenta

ser interdisciplinar e transdisciplinar, mas que na prática essas coisas são muito

complicadas, do que é especificidade de cada profissional, o que é o seu núcleo

de trabalho e o que do campo cada um pode se ocupar, até onde tu pode interferir no

núcleo do outro, ou até, que ponto os outros podem interferir no teu núcleo de saber –

Luciana

[...] quando a gente veio tinha muito isso assim, 'ah a psicologia então é a área pra

pensar', tinha aqui essa divisão, tem os funcionários que pensam e tem os que executam

– Priscila

[...] nem todo mundo estudou pra isso, por exemplo a Enfermagem não tem uma

formação específica pra isso, tiveram que aprender aqui dentro - Aline

Ressalve-se, porém, que a limitação do saber/fazer não é restrita ao campo da psicologia. Enquanto os seus profissionais buscam localizar-se pela definição de suas práticas, a psicologia também necessita definir e ser definida através dos outros

saberes/fazeres, que parecem atribuir-lhe um “poder” que lhe permitiria “dar conta de tudo”.

[...] as vezes tem uma coisa assim na equipe que a gente tem que dar conta de tudo –

Aline

tem que ter calma, tem que ter paciência pra poder dar conta de tudo, de todas essas

coisas - Grazielle

Diante do poder que lhe é atribuído, os profissionais da área parecem aceitar essa demanda em uma constante afirmação do seu fazer diante de outros. Como referido no primeiro texto deste estudo, essa é uma prática recorrente que se apresenta desde as primeiras fases da existência da psicologia quando ainda precisava do reconhecimento social.

Como forma de diluir a especificidade dos saberes e fazeres, há estratégias que os profissionais lançam mão. Uma delas é a reunião de equipe que acontece semanalmente.

[...] acho que uma coisa positiva é a nossa reunião de quinta-feira, a manhã inteira que então a gente pode falar, [...] então acho que, assim, a equipe, o grupo pode crescer, amadurecer bastante com isso porque tem um espaço pra se falar as coisas

- Patricia

a gente faz grupo de estudo toda semana, aqui no CAPS... porque não é fácil atender

paciente – Aline

É importante frisar que, além das reuniões que acontecem, semanalmente, entre a equipe de cada CAPS, há locais de discussão oferecidos na sociedade, como é o caso do espaço organizado pela CPP da subsede do CRP. Entretanto, a reunião desta Comissão foi realizada somente cinco vezes durante o ano de 2011, o que demonstra a dificuldade em se estabelecer espaços que proporcionem a troca dos pensares e, conseqüentemente, o enriquecimento dos fazeres. Tal dificuldade situa-se tanto em relação a quem teria responsabilidade pela promoção das discussões, como o é o CRP, mas também a quem deve discutir. Como apontado por uma entrevistada, para quem não gosta ou não está acostumado a pensar, a fazer diferente, as reuniões não são tidas como positivas.

[...] O pior dia pra nós é dia de reunião de equipe [...] é um dia sempre muito pesado [...] é um dia que todo mundo chega e desabafa, vem trazendo o caso, o que está pensando, se mudar o projeto terapêutico daquela pessoa ou pensar uma coisa diferente, uma estratégia diferente, [...] é um dia que se torna pesado porque eu digo que é o dia da nossa terapia de grupo, porque é quando vem pra mesa então tudo aquilo que mais está nos agonizando – Grazielle

Esta fala traz nuances de tudo o que já foi ponderado até aqui, posto que, ao mesmo tempo em que há a busca por estratégias em que os saberes/fazeres podem circular e ser pensados, constata-se a tensão provocada por este movimento. O “colocar na mesa o que está agonizando” é doloroso, mas também necessário.

Entre formação acadêmica e prática

Como aporte explicativo que seja capaz de responder às dificuldades encontradas nas práticas no contexto dos CAPS, foi quase unânime a indicação da formação acadêmica como causa para o não preparo à atuação na saúde coletiva.

A cidade possui duas faculdades de psicologia, uma delas oferta o curso de psicologia a, aproximadamente, seis anos e apresentou como diferencial do curso de psicologia da outra universidade, o período noturno e o enfoque voltado para a saúde coletiva. Tendo em vista que é uma instituição de caráter privado, os diferenciais proporcionados podem ser identificados como uma maneira de atrair clientela, tal como sublinha Bernardes (2010, p. 217) “a saúde coletiva não entra nos currículos como uma norma, e sim como uma iniciativa privada de alguns cursos de formação em psicologia”.

Sabe-se que, desde 1962, quando deu-se a regulamentação da profissão da psicologia, os currículos dos cursos direcionavam-se para as grandes áreas de atuação: escolar, clínica e organizacional (Ferreira Neto, 2004). Tendo em vista que a cidade tem, como principal fonte econômica, as indústrias metalúrgicas, é nessa área que a maioria dos profissionais recém formados encontra campo de atuação.

A partir da década de 1980, os currículos dos cursos de psicologia passaram a ser questionados e a sofrerem alterações e, na década de 1990, tais transformações foram consolidadas, de tal sorte que a psicologia foi incluída no campo da saúde no SUS. Porém, apesar dos avanços, os resultados adquiridos são parciais. Em uma pesquisa realizada por Guareschi e colaboradores (2010), na qual avaliaram uma série de currículos de cursos de psicologia de diversas instituições, verificou-se a prevalência de conteúdos direcionados para psicopatologias, biologia, genética, biológico/somático.

Quando alguns cursos apresentam ementas que contemplam questões contemporâneas restringem-se a alcançar uma lógica sustentada pela reforma psiquiátrica que, no entanto, não atinge a proposta de saúde como apresentada pela Constituição. Os conteúdos desses cursos limitam-se a um foco na patologização, na normalização do anormal, da cura (Ferreira Neto, 2004, Bernardes, 2009; Guareschi, 2010).

Além disso, cumpre salientar que as formações em psicologia parecem preparar os futuros psicólogos para “não pensarem”, já que seguem um saber teórico verdadeiro que devem seguir no restante da experiência profissional. Nesse sentido, não há uma reflexão a respeito do “porquê”, uma indagação a respeito do como as coisas funcionam do jeito como são. E isso facilita a repetição de práticas como uma máquina ao ser acionada.

Os modelos de formação encontram-se ainda insuficientes para sustentar as práticas psicológicas atuais, conforme o demonstram as seguintes falas:

[...] E de saúde pública na faculdade, eu não tive nada, eu acho que tinha uma cadeira opcional que surgiu quando eu tava quase me formando – Patrícia

[...] do tempo de formação e agora do tempo da prática eu noto muito que se tem essa idéia da psicologia ficar olhando tudo muito de fora – Kelly

Como maneira de suprir a falta deixada pela graduação, a maioria das psicólogas citaram a iniciativa por capacitação na área de atuação.

[...] eu, particularmente acabei buscando mais esse viés depois assim, por conta do meu interesse nessa área, fui fazer formação, fui estudar e isso, mas acho que não

prepara [...] eu senti a necessidade de procurar mais subsídios pra dar conta da minha prática, porque eu saí da faculdade com uma proposta prática e lá eu vi que aquilo não dava conta do que era preciso, da demanda que surgia – Luciana

De acordo com pesquisas mencionadas por Ferreira Neto (2004), os psicólogos são os profissionais que mais investem em sua “formação complementar extrauniversitária”, como é denominada pelo autor. Os cursos de graduação não são suficientes para suprir a qualificação das práticas e elas mesmas apontam a necessidade dos egressos buscarem, em outras instituições, o complemento.

Entretanto, a formação acadêmica não deve ser a única responsável pela falta que é sentida pelos profissionais da psicologia. Quando existe uma proposta de trabalho em rede, como um processo coletivo, a “formação” não deve ser sustentada apenas pela academia e suas complementaridades. O preparo para o trabalho nas políticas públicas deve ser pauta da gestão em saúde, de uma educação permanente e da participação social desses profissionais, tanto como trabalhadores de saúde mental, quanto como em sua condição de cidadãos.

A paixão pela saída ou a saída pela paixão?

Como dispositivo de saída do que está instituído, estabelecido e, principalmente, do que está entre muros, muitos autores citam a possibilidade da emergência da vida no cotidiano de trabalho. A vida entendida como a possibilidade de resistir à governabilidade que se lhe aplica. E a vida somente pode ser propiciada pela paixão que se tem pelo que se faz, tal como enfatiza Lancetti (2007, p. 103): “sua ação será

insignificante ou nada será se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença”. Da mesma forma como a loucura foi enunciada pela perdição do sujeito nas trevas de suas paixões (Birman, 1999), faz-se imprescindível que os profissionais da saúde possam “entregar”-se ao gosto pelas suas práticas. Para tanto, as entrevistadas mostram algumas práticas realizadas que propiciam a fuga do estabelecido.

[...] a gente tem que se virar e rebolar enfim pra conseguir dar conta, impossível dar conta, mas de tentar [...] Então tu tem que estar sempre aberta para o que está chegando, aberta mas também com certo cuidado... – Aline

Tem uma oficina, deixa eu ver quantas oficinas eu faço, eu acho que eu to fazendo só uma oficina, e... e queriam tirar assim... dessa oficina e daí a gente bateu o pé pra ficar nessa oficina – Patrícia

então a importância de tolerar e não desistir – Priscila

Expressões como “se virar”, “rebolar”, “estar sempre aberta” materializam algumas maneiras encontradas para dar conta das surpresas cotidianas que surgem. É um campo de atuação, em que a impossibilidade de programação, o “não saber” o que se apresentará, bate constantemente à porta dos CAPS, exigindo uma abertura e uma atenção constante dos profissionais, tornando o trabalho mais complexo.

Além dessas “dicas” de práticas, surge a necessidade de reconhecer que não se pode responder por tudo e que, com isso, a psicologia não tem a necessidade nem ao menos o poder de aceitar demandas impossíveis.

As narrativas também apresentaram a importância, quando diante da tensão entre o cuidado que se acredita e o que é atribuído à psicologia por outras áreas, de “bater o pé” e “tolerar”, mas não “desistir”. Por fim, destaca-se a certeza de que defender a sua paixão é a receita que dá certo:

Tem casos de exemplos lindos, de pessoas que estão muito bem, que tu jamais diria que poderiam ficar tão bem assim. – Aline

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até falando agora eu consigo enxergar coisas que antes não estavam tão claras

/ Kelly

Sim, é falando que é possível esclarecer coisas antes obscuras. Falando é possível pensar-se no que se faz do “mais do mesmo” e emergir o saber/fazer diferente. Trabalhar com a loucura não é normatizá-la, mas ter a oportunidade “linda” e “enriquecedora” para aprender com ela. Sendo assim, a loucura, definida como “fora de si”, convida a psicologia a transpor os muros que a prendem em conceitos e práticas duras e quase mortas (Mehry, 2007).

A tecnologia viva é o único instrumento de trabalho que os profissionais da psicologia têm e é a partir dela que devem permear o que se tem de mais vivo na vida: as pessoas e as suas relações (Campos, 1997). Estar com quem vive e no meio de onde as relações acontecem é o próprio trabalho de vida possível de ser feito. E é possível!

As relações apontadas neste estudo remeteram, predominantemente, a relações entre profissional/profissional e profissional/usuário que acontecem no interior dos muros dos CAPS ou, como práticas corajosas, nas visitas domiciliares. A rara referência à relação entre profissional/comunidade, usuário/comunidade, usuário/usuário indica a premente necessidade de se configurar ações voltadas para o território, convocando a comunidade inteira a pensar sobre a loucura, a desconstruir pré-conceitos, a participar ativamente com o usuário em seu processo de vida. Para tanto, o primeiro passo já foi dado. A apropriação da reflexão crítica sobre o contexto social “dado” possibilita a movimentação do pensamento e a contínua transformação de práticas que se direcionem para o fluir da vida.

Nesse sentido, apesar da limitação que este estudo apresentou em relação à predominância de discurso dos profissionais de psicologia, apresenta como potencialidade a articulação com as políticas públicas no Brasil. Ainda, apresenta a possibilidade de promover a movimentação e contínua transformação das práticas a partir da circulação das discussões desenvolvidas aqui entre as próprias entrevistadas e através de meios científicos de publicação.

Assim, este estudo finaliza na confiança de ter propiciado muito mais do que o alcance dos objetivos propostos, também a autorização da reflexão sobre as práticas que se fazem e a confiança de que este simples reconhecimento é apenas o início da desconstrução de muros e a porta de saída para a criação de práticas outras.

[...] É bom pra nós porque a gente retoma algumas coisas e fica pensando... eu fiquei pensando se daqui a pouco nós estamos virando uma ilha e construindo muros ao nosso redor - Giovana

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (Coord.) (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2. Ed). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bauman, Zygmunt. (1999). *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Bernardes, A. G. Psicologia e o sistema indivíduo de saúde (2010). In Guareschi, N., Scisleski, A., Reis, C., Dhein, G., Azambuja, M. A. (Orgs.). *Psicologia, formação, política e produção de saúde* (pp. 206-220). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.

Campos, R. O. e Furtado, J. P. (2008). Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In Campos, R. O., Furtado, J. P., Passos, E. e Benevides, R. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 321-334). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. De S. (1997). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. C. De O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec.

Carvalho, A. M. T. de e Amarante, P. (2000). Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: Amarante, P. (Org.) *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental*, Sociedade. (pp. 41-52). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Comissão de Saúde Mental (2011). *Parecer técnico da Comissão de Saúde Mental referente aos projetos “Projeto Terapêutico Condomínio Residencial Terapêutico” e “Projeto Terapêutico CAPS AD 24 horas*. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde.

Corbizier, C. (1992) A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: Bezerra Jr, B. e Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 10-15). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Coupechoux, P. (2009, 03 de dezembro). Loucura: um novo terreno para a seguridade social. *Le Monde Diplomatique*. Acessado em 13 de setembro de 2011, de <http://diplomatique.uol.com.br/artigo.php?id=520>

Ferreira Neto, J. L (2004). *A Formação do Psicólogo: Clínica Social e Mercado*. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/FUMEC/FCH.

Fonseca, T. M. G., Engelman, S. e Kirs, P. G. (2006) A revolução do presente. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 18(2). Niterói, Jul/Dez. Acessado em 08.09.11, de http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/fractal_acervo.php

Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

Guareschi, Dhein, Reis, Machry e Bennemann (2010). A formação em psicologia e a inserção para o trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Guareschi, N., Scisleski, A., Reis, C., Dhein, G., Azambuja, M. A. (Orgs.). *Psicologia, formação, política e produção de saúde* (pp. 54-98). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Hernandez, A. E Scarparo, H. B. K. (2008). Silêncios e saberes guardados nas imagens do pré-golpe de 1964. *Psicologia Política*, 8(15), 57-78.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Assistência Médica Sanitária 2009*. Recuperado em 03 março, 2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico*. Acesso em 18 março, 2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

Jovchelovitch, Sandra & Bauer, Martin W. (2002). Entrevista Narrativa. In: Bauer, Martin W. e Gaskell George (Ed). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Editora Vozes.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Mouffe, C. (1996). *O Regresso do Político*. Lisboa: Gradiva.

Nardi, H. C. e Silva, R. N. da (2009). Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In Guareschi, N. M. F. e Hüning, S. M. (Orgs.) *Foucault e a Psicologia* (pp. 143-157). Coleção debates contemporâneos em psicologia social 3. Porto Alegre: Edipucrs.

Rivero, N. E. E. (2010) Entre o zumbi e o fantasma: o paradoxo das formações profissionais. In: Guareschi, N., Scisleski, A., Reis, C., Dhein, G., Azambuja, M. A. (Orgs.). *Psicologia, formação, política e produção de saúde* (pp. 141-156). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Romagnoli, R. C., Paulon, S. M., Amorin, A. K. de M. A. e Dimenstein, M. (2009) Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. .13, n.30, p.199-207, jul./set. Acessado em 15.08.2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180115445016>

Víctora, C. G.; Knauth, D. R. & Hassen, M. N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa emSaúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

Viola, Eduardo, (1997). Reflexões sobre as Dimensões da Globalização, as Novas Forças Sociopolíticas Transnacionais e a Redefinição do Horizonte da Democracia. In: Gerschman, Silvia e Vianna, Maria Lucia Werneck (orgs.). *A miragem da pósmodernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz. PP. 65-77.

CONSIDERAÇÕES DESASSOSSEGADAS

“A única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: aquela que não procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo” (Foucault)

Por fim, a sensação de desassossego. Este termo, tal como trazido por Fernando Pessoa em sua obra *O livro do desassossego*, remete ao processo próprio humano de desacomodação e transmutação diante da vida. Assim, o desassossegar-se faz associação ao desprender-se de si mesmo, indicado por Foucault como a necessidade em se sair dos lugares instituídos que acarretam apenas o sossego e com ele a acomodação.

Referindo-se a esses dois termos é que este trabalho se interroga. O questionar-se sobre a escolha do objeto/sujeito de investigação e reconhecer-se como implicado nele é entregar-se ao desassossego e aos efeitos produzidos neste processo (des/re) construtivo. Ao retomar as questões de “si mesmo” apresentadas na introdução tem-se o desassossego diante de práticas que se fazem sem se pensarem. Ora, sem pensar, não se vê. Sem pensar, “não tenho existido, tenho sido outro, tenho vivido sem pensar” (Fernando Pessoa). O “não pensar” é o engano aprendido que aprisiona as práticas em acomodações que as confirmam como disciplinas e profissões instituídas em lugares estáveis e definidas.

Da mesma forma, a autora talvez estivesse em busca da comprovação de que os saberes/fazeres que sustentava como verdadeiros fossem possíveis em um determinado lugar, no caso, os CAPS. Ora, sustentar saberes/fazeres verdadeiros e buscar um lugar específico para eles, não é uma forma de prender-se? Que saberes/fazeres verdadeiros

são esses? Quem disse que o são? Que lugar específico é esse? Hospital psiquiátrico? CAPS? A psicologia realmente precisa de um lugar instituído?

Algumas respostas encontradas referiram-se a práticas psicológicas que se fazem, nos diversos locais da sociedade, na procura constante de sossegar-se e prender-se a algo que as legitimem a outros saberes/fazeres. Na busca desenfreada, a psicologia arrisca-se a estabelecer-se rigidamente e produzir cristalizações decorrentes da fixação em um lugar específico que não aprovam a efetivação de um dos possíveis efeitos do desassossego: a ruptura com as prescrições em um processo criador e, por isso, inusitado.

Tais respostas apontam a necessidade premente de pensar/duvidar e investigar os lugares do tempo presente que estão favorecendo as cristalizações: modos de viver que primam pelo não pensar? Alienação participativa no processo de transformação política e social? Formação acadêmica? Falta de espaços de discussão que instiguem o desprendimento? Dificuldade do território em desassossegar-se? São apenas alguns pontos que provocam a procedência de estudos que aprofundem a compreensão das possibilidades de que a psicologia possa desprender-se de si mesmo. Uma psicologia que esteja em trânsito, entre os lugares fixos e perpassada pelos territórios.

Enquanto ainda houver estranhamento em relação às verdades constituídas, a psicologia apresenta-se em movimento, (re)construindo-se e transformando-se para que um dia, quiçá, ela não precise mais ser e possa, sim, assumir sua condição de espaço onde práticas em trânsito propiciem o desassossego.

Enfim, é com desassossego e desprendimento que este trabalho se inicia.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou psicóloga, mestranda do programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da professora Dr. Helena Beatriz K. Scarparo, cujo objetivo é refletir acerca das especificidades de práticas psicológicas em CAPS de Caxias do Sul, tendo em vista os pressupostos do Sistema Único de Saúde e as peculiaridades das relações sociais no tempo presente.

Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada se assim você permitir, e que terá a duração aproximada de uma hora e trinta minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (54) 9181 4873 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente

Rafaela Beal Bossardi
Pesquisadora
CRP 07/15425 Matrícula: 10190824

Helena Beatriz K. Scarparo
Professora orientadora
CRP 07/1324 Matrícula: 032464

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXO B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-460/11

Porto Alegre, 14 de março de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05296 intitulado **"Práticas psicológicas em centros de atenção psicossocial: sentidos a partir de experiências de Caxias do Sul"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Helena Beatriz Scarparo
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345