

Vidas reduzidas à doença mental e a transversalização da clínica

Lives reduced to mental illness and the transversalization of the clinic

Regina Longaray Jaeger, Tania Mara Galli Fonseca

Resumo

Durante a experiência de formação em serviço em Residência Multiprofissional em saúde mental coletiva realizada em dois serviços especializados em saúde mental encontramos uma mesma questão: muitos usuários recusam-se a sair destas instituições. Vidas reduzidas às instituições especializadas entendem que dificilmente conseguirão estabelecer novas relações com outros espaços institucionais que não seja pelo assujeitamento à doença mental. Neste estudo, colocamos em análise modelos e práticas atuais vivenciados neste no campo da saúde mental coletiva. Afirmamos a necessidade de produzir novos arranjos, novas articulações que potencializem novas saídas subjetivantes dos denominados doentes mentais. Salientamos a proposta da transversalização da clínica, que envolve aberturas para o inusitado, para atravessamentos desestabilizadores de saberes no cotidiano de nossas práticas. Resta saber se estamos dispostos a discutir nossos lugares instituídos.

Palavras-chave

Instituições; genealogia; transversalidade.

Abstract

During the experience of in-service training Multidisciplinary Residency in mental health conference in two specialist mental health services met the same question: many users refuse to leave these institutions. Lives reduced to specialized institutions can hardly believe that establishing new relationships with other institutional spaces than the subjection to mental illness. In this study, analysis models and put into practice in today's experienced in this field of mental health conference. We affirm the need to produce new arrangements, new joints that give full potential new exits subjectivizing of so-called mentally ill. We emphasize the mainstreaming of the clinic's proposal, which involves the unusual openings for disruptive crossings of knowledge in our everyday practices. The question is whether we are willing to discuss our seats in place.

Keywords

Institutions; genealogy; transversalization.

**Regina Longaray
Jaeger**

**Universidade Federal do
Rio Grande do Sul**

Pesquisadora e colaboradora de grupo de pesquisa "Corpo, Arte e Clínica", desenvolvendo atividades na área da saúde mental.

reginaja@portoweb.com.br

**Tania Mara Galli
Fonseca**

**Universidade Federal do
Rio Grande do Sul**

Professora e pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

tfonseca@via-rs.net

Durante a experiência de residente multiprofissional da Escola de Saúde Pública (RGS), na ênfase Saúde Mental Coletiva, realizada em um ambulatório de um Hospital Psiquiátrico e num serviço substitutivo, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), em Porto Alegre, entre os anos de 2009 e 2011, apontamos uma questão em comum: a preocupação das equipes de saúde em relação aos usuários com histórico de longa permanência nesses serviços. Devido o longo tempo de tratamento e das respostas consideradas satisfatórias pelo serviço especializado, a indicação de encaminhamento para outro serviço e/ou atividade provocava no usuário extrema insatisfação, e, muitas vezes, consistindo um problema importante na construção de novas redes institucionais e sociais.

Todo o esforço de viver constitui-se em manter a doença sob os cuidados garantidos pelos benefícios sociais. O usuário sente que lhe resta apenas às vias institucionais de cuidados tutelados para garantir sua sobrevivência. Corpos dotados de potências singulares vão se reduzindo a um corpo doente, expressam a dificuldade de se ligar a outras instituições que não seja por este próprio assujeitamento. Sobre ele recai o poder psiquiátrico que, antes de ser curativo, afirma um corpo doente, que deve ser subjugado (FOUCAULT, 2007, p.261). Diante da possibilidade de ruptura do vínculo com a instituição especializada, entendem que dificilmente encontrarão outro espaço que “solucione” seus problemas ou mesmo que os admita, sem a marca da doença. Despotencializados entregam-se, sem um mínimo de forças para resistir, consentem que não podem gerenciar suas vidas por conta própria.

Por que estes dois serviços, arranjos institucionais produzidos por diferentes saberes e poderes *coincidem* no mesmo problema? Por que estes arranjos institucionais especializados se tornam *essenciais* para a integridade da vida de muitos usuários? O que carregam estes corpos que precisam ser sustentados pela instituição? Que marcas, consideradas erros, os tornam tão frágeis a ponto de se inventar um outro corpo que os sustente e busque animá-los?

Vidas potentes, singularidades reduzidas aos arranjos institucionais da doença, sejam eles hospitalares, sejam intersetoriais. Em geral, tomamos a intersetorialidade como uma conquista da desinstitucionalização. Mas isto não é naturalizar um conceito sem o cuidado de examinar os procedimentos da intersetorialização? Quem nos garante que a rede de atenção não é marcada pelo poder afirmativo da doença? Faz-se uma fusão entre dois conceitos: desinstitucionalização e intersetorialização. É deste ponto de redução da vida à instituição que analiso alguns casos e apresento-os sob a forma de Relato de experiência de uma residente em saúde mental coletiva.

Consideramos que uma pesquisa deve estar articulada com uma análise e uma intervenção, capazes de problematizar os cuidados dispensados aos usuários, e, desta maneira, produzir contribuições concretas para novas políticas públicas. Muito vem sendo feito. São inegáveis as contribuições e os desafios do processo de desinstitucionalização no campo da atenção psicossocial. Mas, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos, das políticas e das práticas de desinstitucionalização, a produção subjetivante do indivíduo crônico/institucionalizado continua a ser um problema proliferante. Em muitos serviços, a cronicidade “estática” das grandes instituições manicomial foi substituída pela cronicidade “móvel” dos usuários que estão dentro dos serviços substitutivos, residenciais terapêuticos e unidades de saúde. Instituições que se tornam imprescindíveis para suas existências. Não livram estas vidas da afirmação da doença mental: constantemente demarcadas e confinadas através de procedimentos psiquiátricos cada vez mais ampliados. Um usuário do SUS, para receber atendimento em um hospital geral, precisa provar que naquele momento seu corpo não estava reduzido à doença mental.

M. recebia acompanhamento clínico regular em um hospital geral devido a problemas gastrointestinais há anos. Após semanas com evidentes sintomas clínicos tais como diarreia, vômitos e dores de estômago, buscou atendimento neste hospital. Uma médica residente ao ver sua carteira do Ambulatório especializado em saúde mental alegou que se tratava de sintomas psicológicos. Diante da indignação de M., foi então orientada a retornar ao ambulatório e solicitar uma comprovação da psiquiatra que a acompanhava no ambulatório especializado, afirmando não se tratar naquele momento de uma doença psiquiátrica. Somente com o comprovante, M. conseguiu ser atendida.

Este relato apresenta no cotidiano da clínica a ampliação do procedimento psiquiátrico sobre os procedimentos clínicos. Buscamos problematizar esta redução do corpo singular do indivíduo pelo corpo institucional da doença, pontuando dificuldades e impasses nas práticas de saúde mental coletiva, indicando outras referências de cuidados baseadas em Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault. Analisamos a constituição do que denominamos de “práticas desterritorializantes em saúde”, ou seja, práticas que se propõem a romper com o assujeitamento do indivíduo à doença mental. Discutiremos a clínica transdisciplinar por se tratar de uma via importante considerada capaz de desestabilizar as fronteiras rígidas dos especialismos e de promover potências de vida para além das dicotomias de um sujeito doente. Propomos a transversalização da clínica como um desafio a ser conquistado.

Alguns contornos teóricos

O processo denominado Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo ao movimento sanitário, iniciado na década de 1970. A luta em favor da reformulação dos modelos de gestão, atenção, de defesa da saúde coletiva e equidade, tiveram como aspecto importante a participação dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e tecnologias de cuidado. Este movimento social heterogêneo conquista direito nas instâncias máximas de decisões em saúde, confere ao SUS uma singularidade histórica e internacional de controle social. “Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde” (CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p. 43). No entanto, apesar dos direitos de participação dos usuários nas instâncias políticas formais, segue-se muitas vezes a lógica tutelar manicomial nos novos serviços. “Os cidadãos devem ser escutados; os doentes, nem tanto” (CAMPOS, 2001, p. 99). Qual é a dimensão política possível para os denominados doentes mentais institucionalizados?

Os serviços substitutivos, dispositivos estratégicos da atual política pública de assistência à saúde mental, vieram para romper com a lógica manicomial através da construção de rede de atenção psicossocial, com base territorial. A noção de território, preconizada pelo SUS e ampliada por Leal e Delgado (2007, p. 144), refere-se “ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca”. E, tornar-se-á um instrumento de desinstitucionalização “se for capaz de produzir uma relação e um lugar social diferente para a experiência da loucura para aquele que a *experiência* se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 137-138). A escassez dos recursos intersetoriais na rede pública de saúde brasileira vem sobrecarregando muitos serviços do CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), que se lança a um perigoso

“excesso de cuidar” (MEHRI, 2010). Corre-se o risco de direcionar uma ação de institucionalização manicomial para sua própria organização interna. A integralidade do atendimento no serviço acaba voltando-se para si, superpondo uma série de cuidados multidisciplinares, constituindo-se em um arranjo institucional que se torna essencial para os sujeitos diagnosticados. O efeito perigoso é o distanciamento das estratégias de desinstitucionalização preconizada pelo movimento reformista que desencadeou o atendimento neste serviço pela via do território: se há escassos recursos de tratamento de saúde, sancionados por políticas públicas, existe uma escassez maior ainda na oferta de recursos não institucionalizados. A desinstitucionalização da loucura, preconizada pelo movimento da reforma, necessita da articulação em campos diferentes, de produção de inusitados arranjos e de diferentes potências.

A Residência multiprofissional, no âmbito da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, busca articular formação em serviço, processos de gestão, educação e atenção ampliada, materializando em suas ações a concepção da integralidade. O profissional que realiza uma residência multidisciplinar tem no seu estatuto, a valorização do processo de problematização do trabalho na organização fazendo parte da formação dos profissionais de saúde. Trabalho educativo, integração de diferentes profissões da saúde e articulação entre ensino e gestão são fundamentos desta formação. Situando-se além do domínio técnico-científico, enfatiza práticas que se pretendem estender para o coletivo da população, buscando a integralidade das ações de saúde de modo a contribuir para a elevação da qualidade de saúde da população (RIO GRANDE DO SUL, 1999-2000). “Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes” (CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p. 46).

Durante a realização da residência, apesar dos esforços das equipes *da casa* em compor com os residentes, dedicando um atendimento mais atencioso, considerando as diversas qualificações profissionais envolvidas do plano terapêutico, as marcas afirmativas do doente mental predominavam tanto no serviço ambulatorial localizado no interior de uma instituição psiquiátrica secular ainda em funcionamento quanto no dispositivo substitutivo. Ampliamos e diversificamos o campo da saúde coletiva através de inúmeros procedimentos inovadores. Todavia, ainda tendemos a reduzir às potencialidades dos indivíduos que buscam atendimento a doença mental. Estamos ampliando o poder psiquiátrico através de inovados procedimentos?

“Para Guattari, território “é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre ela mesma” e pode ser remetido a um sistema perceptivo, a um espaço vivido” (GUATTARI, 1986, p. 294). Se o território “é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre ela mesma (...) pode-se abrir, se engajar dentro das linhas de fuga,” articular as singularidades do campo considerado a componentes absolutamente heterogêneos”. Esta capacidade de se articular a diferentes domínios é portadora das mais fortes cargas de “transversalidade” (GUATTARI, 1986, p. 155). A subjetividade “doente mental” é produzida por instituições que se antecipam e geram as demandas institucionalizadas. Os cidadãos ao entrarem nos serviços especializados em saúde mental ganham um número, um prontuário, recebem uma carteirinha: usuários de direito, passam a fazer parte deste *arranjo* institucional. Na maior parte das vezes, privados de outras opções, de contato e legitimidades próprias, destituem-se de suas singularidades e assumem as demandas institucionais. Ou seja, aprendem o que é ensinado: loucos, recebem tutelas institucionais dos programas do governo. E passam

a ser denominados crônicos quando não conseguem sobreviver fora delas. Divisão que demarca loucos dos não loucos, loucos pobres que demandam serviços públicos dos loucos ricos ocultados nas instituições privadas. Entrada numa engrenagem institucional, salientada por Basaglia (1985) onde estas divisões excludentes e objetivantes da doença são sancionadas sobre o corpo do usuário e atenuadas pela função do técnico especialista. Na esteira deste autor, interrogamos: “Como estamos conseguindo romper com o mandato social dos especialistas, do qual impõe uma ação objetivante sobre um corpo *presumidamente* doente?” (BASAGLIA, 1985, p. 104). Portanto, na relação institucional usuário e especialista, não é tanto a doença que está em jogo, mas a relação de um cidadão, o valor social e econômico do indivíduo incapacitado de se encaixar no maquinismo dominante. Ele se transforma num indivíduo *anormalizado*. A institucionalização da doença vem antes do indivíduo chegar a instituição, o *presumido* doente já vem sendo violentado. “A relação terapêutica não funcionaria, na realidade, como uma *nova violência*, uma relação política tendente à integração, já que o psiquiatra, como delegado da sociedade, detém o mandato de curar os doentes através de *atos terapêuticos* que tem o único significado de ajudá-los a se adaptar a sua condição de ‘objeto de violência’? Isto não significaria que o psiquiatra confirma, aos olhos do doente, o fato de que ser objeto de violência é a única realidade a que tem acesso, independentemente das diversas modalidades de adaptação que possa adotar?” (BASAGLIA, 1985, p. 110).

A psicologia constituída num plano de consistência de um mundo *terapeutizável* (a psicologia ganha força em um plano *a corrigir*), constrói seus próprios conceitos ou conforma-se aos conceitos que servem à medicina. Como fazer geofilosofias contemporâneas que criem conceitos capazes de fazer operar a abolição da loucura e das amarras reterritorializantes da doença mental, para além dos especialistas? Sabemos o que é preciso mudar? Se sabemos, porque ainda continuamos a fabricar “loucos”? Datada, a palavra “loucura” emerge em uma determinada configuração de forças que subsiste em corpos diferentes, singulares, cujas marcas são consideradas erros, e por isso, denominados loucos. A este respeito, Foucault (2007) analisa a proveniência da difusão do poder psiquiátrico a partir da anomalia da criança. Distinta da loucura, considerada enfermidade curável, a anomalia estava relacionada ao que não é curável. Ter ou não ter uma imperfeição. Esta distinção adquire novo entendimento a partir da noção de desenvolvimento. Não se trata mais de entender a criança como sendo ou não dotada de alguma anomalia, mas estabelecer qual dimensão do desenvolvimento temporal ela estagnou ou ainda não alcançou. Criança anormal não era considerada criança doente. Dimensão temporal normativa comum a todos, tem como ideal alcançar a vida adulta, a única maneira de corrigir as imperfeições, os atrasos e lentidões do desenvolvimento é impor mais educação, um esquema educativo rígido e disciplinar. (FOUCAULT, 2007, p. 243). Enquanto distingue-se alienação e anormalidade no plano teórico-conceitual, ao longo do século XIX uma série de instituições e medidas administrativas assimilam esta distinção (FOUCAULT, 2007, p. 247). A instituição psiquiátrica integra anormalidade, a princípio incurável à enfermidade psiquiátrica. A alienação mental “chegará a ser o conceito prático sobre cuja base poderá incorporar a necessidade de internar, com os mesmos mecanismos e nos mesmos lugares, os débeis mentais e os enfermos mentais”. A anulação desta distinção tem como sanção serem todos recobertos por uma única categoria: a alienação mental (FOUCAULT, 2007, p. 251). É, portanto, função do hospital psiquiátrico doar a realidade da loucura: saber o que é doença para suprimi-la ao mesmo tempo em que afirma a doença enquanto realidade incurável e, para isto, é preciso que o indivíduo seja convencido desta realidade. Doença e deficiência estão no plano comum das

anormalidades, tomadas a partir de um plano de totalidades normativas do desenvolvimento humano.

Hoje, a doença mental constitui-se em preocupação de um número cada vez maior de terapeutas. O campo da saúde mental articula um número cada vez mais ampliado de saberes. Quando construo o “nome” terapeuta, mantenho os mesmos conceitos de curar, tratar, cuidar... Formas de saber referidas a um desvio patológico, erro que pode ser restaurado com o uso de medicações e atividades multiprofissionais. Suportamos interrogar estas redes de saber e poder conquistados? Queremos abrir mão de nossas terapêuticas exclusivas, de nossas reservas de mercado, de reinstitucionalizar a loucura? E hoje, com quais corpos a loucura se compõe, quais linhas traçam seus mapas?

As instituições constituem-se de arranjos de diferentes forças e matérias e imprimem nos corpos que fazem parte destes arranjos, regimes de poder/saber. Entre a doença mental e a instituição de tratamento, que produz a doença e sua cura, são estabelecidos regimes de verdades para demandas e necessidades dos usuários e profissionais da saúde. Assim, se estes usuários são desengatados isto é, se por diferentes motivos são encaminhados para fora da instituição de saúde especializada, nenhuma outra instituição de saúde os admite com sua singularidade. Tais usuários só existem dentro destas instituições, a tal ponto que, sem a presença dos especialistas, ninguém mais pode dar conta da sua condição.

Embora haja muita crítica, sustentamos ainda fortemente uma psicologia que reduz o indivíduo às dicotomias: saúde mental e saúde em atenção básica, normal e patológico, adaptado e desadaptado, corpo e espírito. Distinguimos corpo e mente em diferentes especialidades, onde “uma parte não conversa com a outra”. A meta passa a ser a resolução da crise subjetiva, a busca por um estado de normalidade e de adaptação. Redução dualista “(...) em que um dos pólos é privilegiado como promessa de solução ou apaziguamento da tensão subjetiva (...). É esta natureza que orienta as atitudes corretivas e adaptadoras, e que faz da tarefa *psi* o mero atendimento de uma demanda inquestionável” (BARROS; PASSOS, 2000). Reportamo-nos, deste modo, as palavras de Rotelli (2001), quando afirma que o hospital psiquiátrico e os novos serviços, é local de descarga e ocultamento daqueles “desfiliados” que o Estado capitalista produziu e não deu conta através da assistência, da justiça, da educação (ROTELLI, 2001, p. 27).

Procedimentos e análises de fragmentos esparsos

Denominamos de práticas desterritorializantes em saúde as práticas que promovem experiências de vida, experimentações e criações vitais que fogem dos territórios da doença mental. Inovadoras, capazes de articular domínios singulares, as práticas desterritorializantes em saúde fazem emergir relações de forças potencializadoras de transversalização de saberes, de ações e afetos. Ao construir rizomas, não localizáveis, ganham velocidade e abrem territórios às forças disruptivas, que traçam linhas de fuga. Tais práticas desarranjam o funcionamento da máquina concreta que encarna a *acontecimento* loucura. Não eliminam o risco de empreenderem a reterritorialização da tutela manicomial. Sabe-se que linhas revolucionárias foram em muitos lugares repartidas, sedentarizadas, reestratificadas, institucionalizadas sob um conjunto de saberes e poderes, para constituir uma rede especializada de técnicos, sujeitos doentes, indústrias químicas...

Utilizamos referências da cartografia: a realidade é uma multiplicidade de elementos heterogêneos, tomados em sua função. São agenciamentos de agenciamentos que só podem ser apreendidos por longitude e latitude

(DELEUZE; PARNET, 1998, p. 109). É preciso então, romper com as evidências do que analisamos, do que apoia nosso saber, nossas referências históricas. Analisar os agenciamentos, no seu conteúdo e na sua expressão, é fazer surgir uma singularidade. A partir de uma realidade em devir, constituída por fluxos-cortes e acontecimentos, tomamos alguns elementos destes agenciamentos institucionais e complexificamos, tornando-os problemas, “achar de novo as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias, que formaram, num momento dado, o que em seguida, vai funcionar como evidência, universalidade, necessidade” (FOUCAULT, 1994, p. 23). Acontecimentalizar requer fazer a genealogia dos acontecimentos, distingui-los, diferenciar quais as redes a que pertencem à quais arranjos de forças se ligam de quais matérias se constituem.

Analiso logo a seguir, a longitude e a latitude de algumas relações esparsas constituídas em certas práticas ao longo destes dois anos de trabalho, dentro do arranjo da instituição psiquiátrica e do arranjo desterritorializado da instituição psiquiátrica reterritorializado no serviço substitutivo.

Avisar ao mundo

Eu, uma colega, artista de teatro e alguns usuários do CAPS vamos assistir a um monólogo teatral denominado “Em Trânsito”. O prédio antigo, tinta descascada, remendos na parede. Escadaria suja. Vendo a placa na entrada, Vera pergunta em voz alta o que é o DAD. Informo-a. Durante a peça, Vera interagiu algumas vezes com o artista no decorrer de seu monólogo. Risos da platéia. Surge um diálogo, o que torna a peça mais engraçada. Encantada com tudo o que via, Vera elogiava música, a voz, a beleza do corpo do ator, diante de cada palavra e de cada gesto. Ao final da peça, Vera correu para abraçar o artista, comovida e empolgada. Minha colega, preocupada com a perturbação do espetáculo, desculpou-se, lamentando não ter avisado que parte da platéia seria de usuários do Caps.

No serviço, durante o relato da atividade, uma técnica exclama: “Viu? Pensaram que levar psicóticos ao teatro seria uma experiência fácil?” Teria tomado a intervenção como uma insubordinação da usuária? Se considerarmos esta indagação como uma afirmação, nós estaríamos habilitadas a tratar Vera? As ações de Vera criando o diálogo dentro de um monólogo são classificadas como uma conduta errônea, a corrigir, a controlar, logo, uma conduta psicótica no qual não estávamos *preparadas* para conter. Tempos depois, este fato foi relatado em grupo de estudos e novamente é enfatizada a necessidade do espaço ter sido avisado assim como do procedimento do Acompanhante Terapêutico, corroborando a necessidade de um aviso prévio aos organizadores da peça e a necessidade de evitar constrangimentos através da correção e normatização. Teatro é lugar para Vera cidadã, mas não é lugar apropriado para Vera presumidamente psicótica. A preocupação foi com a insubordinação da usuária-psicótica. A função do especialista, imbuído de poderes microfísicos, necessita preparar o mundo para receber os loucos e impedir qualquer turbacão no ambiente. A experiência mostrou como o funcionamento institucional da saúde mental teme o desregramento, “a falta de contornos do doente mental”. Nesta via, acompanhar um psicótico a uma atividade cultural é apenas para especialistas dispostos a corrigir o que foge do padrão, preparados para lidar com o risco de descontrole, com o inusitado, com a ruptura da norma social. Quem leva ao teatro os usuários não são cidadãos, mas vigilantes imbuídos do poder psiquiátrico dispostos a conter condutas presumidamente psicóticas.

Desconhecer a matemática

Maria é moradora da ala asilar do hospital psiquiátrico. Prestigiada artesã, costuma vender seus trabalhos e de seus colegas para funcionários, residentes e visitantes do hospital psiquiátrico. Ela sabe oferecer seus produtos, negociar, parcelar prestações. Contudo, recusa-se a ir ao mercado sozinha, pois não consegue reconhecer os números das cédulas do dinheiro. É solicitado aos residentes que a acompanham, ensinar os números da matemática. Mas de que matemática se trata?

Qual é o trabalho que se faz para que ela não se assujeite à superposição da nossa matemática convencional? Era sugerido ensinar matemática, mostrar pedagogicamente os números. Antes de conhecermos sua própria matemática, éramos orientados para ensinar a “nossa”. É extremamente importante oferecer a ela novos instrumentos, outras possibilidades de expressão dos números. Não se trata de deixar intocável sua matemática singular, pois estaríamos contribuindo para a redução da vida a escassas possibilidades. Tampouco se trata de corrigir e substituir este conhecimento adquirido tampouco com a matemática convencional. Trata-se de trazer outras possibilidades de expressão, descobrir, inventar outras maneiras de fazer proliferar novas articulações, turbar maneiras tradicionais de aprender os números. Como aprende o valor das notas: através de formas, por cores? Como criar outras saídas que abram caminhos em nossas normatizações?

Proibido entrar

Dia de oficina no serviço substitutivo. O convidado era um músico que construiu uma banda portátil que é possível ser carregada em seu próprio corpo. Conhecido na comunidade, suas apresentações são marcadas pela irreverência e muita música. Em um primeiro momento conversou sobre seu processo artístico no interior do serviço e logo convidou a todos os usuários e técnicos disponíveis no momento a acompanhá-lo até a rua, onde fez sua apresentação. Muitas pessoas que passavam na rua eram convidadas a assistir ao evento improvisado. Ao encerrar a atividade na rua, solicitou a todos que organizassem um cordão acompanhando-o até o interior do serviço, quando finalizaria a apresentação. Um pequeno grupo de adolescentes que haviam parado para assisti-lo seguiu o artista. Entram interrogando-se de que serviço se tratava. Situação inesperada. Breve dúvida entre todos nós. O desconforto foi rapidamente superado com a permissão da entrada dos jovens ao serviço.

Situação que coloca em análise a desterritorialização da doença mental dos hospitais para os serviços substitutivos. É a mostra de que o confinamento é o mesmo, só que espacialmente é maior; Qual é a abertura para o novo? Território estriado, cheio de regramentos intersectorializados, a quem hoje é permitido entrar num dispositivo substitutivo? Lugar de atendimentos especializados onde a sociedade não entra. Permanece restrito a técnicos e usuários doentes mentais, confirmando a seleção de indicados segundo critérios restritos. Portanto, a quem interessa manter lugares fechados, não extensivos a toda a população?

Transversalização das práticas: que podemos o que queremos

A questão que se coloca no campo empírico da pesquisa não era apenas o de romper com a loucura/doença mental/interrupção de processo de vida normal, tampouco com a força criativa da loucura, mas de buscar trazer, na carregada história da diferença, marcas desterritorializantes, dessubjetivantes. Marcas que escapam aos regramentos maquínicos da loucura/doença mental para fazer novos mundos.

Para que possamos nos aproximar deste intrincado paradoxo: “a instituição cria a doença e a doença cria a instituição”, e da relação essencial que se dá usuário e serviços, levantamos a seguinte questão: qual é a experiência do especialista do SUS na atualidade? Trabalho realizado, na maior parte das vezes, em situações sabidamente precárias tem o desafio na atualidade de ampliar seu campo de saber em direção ao campo da saúde coletiva. Segundo Barros e Passos (2000), em que pese o esforço destes profissionais em flexibilizar as fronteiras rígidas dos saberes, o que se conseguiu foi estabelecer um diálogo entre profissionais mais identificados entre si e a determinados especialismos (BARROS; PASSOS, 2000, p. 4).

A clínica transdisciplinar proposta por Barros e Passos (2000) exige uma nova postura do profissional, de ruptura do mesmo padrão de atendimento para todos, do conhecimento soberano prévio. É, portanto, uma clínica que não se limita a agregar disciplinas, mas de amplificar o plano do conhecimento, composto de diferentes matérias, componentes tecnológicos, estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos. Mas a clínica ampliada não é garantia de escapar dos procedimentos reterritorializantes do poder psiquiátrico. Pode também, de modo ampliado, realizar na rede de saúde os mesmos procedimentos de recolher o inusitado, o diferente, o que abre provocações aos nossos modos padrões de pensar e agir ao mesmo procedimento de normalização.

Tomamos de Guattari, o termo desterritorialização para analisar a este desafio que perpassa a clínica no contemporâneo. O conceito de transversalidade toma novos percursos ao sair dos saberes constituídos para produzir novas articulações em diferentes campos. Não se trata de absorver os diferentes saberes que compõem os saberes especializados em saúde mental. Abre-se a possibilidades de criar o novo, o inusitado que podem promover potências de vida para além das dicotomias de um sujeito que desvela seu objeto, distribuindo conceitos e classificações. Trata-se de conceber as emergências da clínica como corpos singulares, arranjos (agenciamentos) atravessados por múltiplas linhas. Cada pedaço do arranjo-clínica é atravessado por diferentes domínios.

O conceito de transversalização requalifica os modos de trabalhar a partir de segmentos disciplinares. A clínica-máquina que articula as singularidades do campo, matérias heterogêneas, que ao se misturar, se englobar adquirem certa potencia de desterritorialização. Transversalizar é um procedimento rizomático, não se coloca a serviço da convergência a uma ordem pré-determinada, trabalha com heterogêneos, com o inusitado, com o incontrolável, com o que turba ordenamentos.

O usuário é um corpo humano, um ser, máquina de máquina. Singularizá-lo, tomá-lo num processo de afirmação da diferença. Quando ele busca um atendimento de saúde, mais do que examiná-lo dentro desta máquina, é examinar com ele o engendramento maquínico, onde ele vive, quais são os arranjos com os quais se conecta, o que potencializa, o que despotencializa sua potencia vital. As máquinas públicas que engendram este usuário ultrapassam as questões da saúde. Com quais corpos está

arranjado, qual é a qualidade de sua moradia, do saneamento, da educação, alimentação, dos modos de vida enlouquecedores.

O usuário é um corpo, emaranhado de linhas em transformação constante: máquina pública, cultural, capitalística. Quando busca atendimento, é tomá-lo neste arranjo, num processo de singularização, é examiná-lo num plano para fora destas engrenagens que tendem a uma subjetividade fechada em doente mental. Mais do que em uma máquina “corpo doente”, mas onde vive, o que expande suas potências, o que comprime, que funções institucionais exercem seu estado atual de adoecimento. É propor uma clínica que não incorpore promessas salvadoras de cura para demandas extremas, tais como as que chegam ao ambulatório, tampouco se omita ou delegue responsabilidades. Mas de pensar novas práticas que amplificam os especialismos através dos atravessamentos desestabilizadores de diferentes domínios (conceituais, sócio-políticos, etc). Portanto é uma clínica que envolve interrogar saberes constituídos, demandas que são construídas como da saúde mental. Trata-se de fazer um CAPS mais aberto aos devires, as turbações. Um serviço que aceita provocações e faz novos movimentos, aceita experimentações vitalizantes, não condenatórias. Transversalizar um CAPS é abrir aos procedimentos que convoquem usuários e técnicos ao campo político, as responsabilidades parciais assumidas, a afirmação da diferença. E que experiências como as ocorridas no DAD possam ser discutidas, compondo novos procedimentos com estas provocações, destituídos de oráculos especialistas.

Resta saber se estamos abertos a estes devires revolucionários, em colocar em questão nossos saberes, desarticulá-los sem hierarquias, para fazer aparecer novas potências coletivas. Além disto, interrogar a própria potência da clínica em transversalizar campos heterogêneos de saberes e poderes, de estratificações, romper com territórios estabelecidos que dizem o que é doença e não doença. É necessário interrogar se queremos abrir mão de nossas terapêuticas exclusivas, de nossas instituições que ainda equalizam loucura e erro, estabelecendo uma linha divisória hierárquica entre usuário e especialista.

Sobre o artigo

Recebido: 17/03/2012

Aceite: 05/07/2012

Referências bibliográficas

CECCIN, R.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

BARROS, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16, n.1, p.71-79, 2000.

BASAGLIA, R. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada-sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 98-111, mai/ago, 2001.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, M. Table ronde du 20 mai 1978. In: _____. **Dits et écrits (1954-1988)**. Paris: Gallimard, v.4, 1994, p.20-34.

FOUCAULT, M. **El poder psiquiátrico-Curso em el Collège de France (1973-1974)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica, 2007.

GUATTARI, F. **Les Anneés d'Hiver**. Paris: Barrault, 1986.

LEAL, E.; DELGADO, P. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, P. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2007, p.137-154.

MEHRI, E. A narrativa do sofrimento, a seleção de evidências na clínica e a formação das profissões em saúde. Palestra proferida no 9º Congresso da Rede Unida. **Saúde é construção da vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania**. Porto Alegre: UFCSPA, 2010.

MEHRI, E. **Mesa de abertura da 6ª Conferência Municipal de Saúde**. Porto Alegre: Auditório da PUCRS, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria nº 16/1999. **Boletim da Saúde**, Rio Grande do Sul, v.14, n.1, p.179-181, 1999-2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.