

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

CARLOS GARCIA FILHO

SAÚDE MENTAL: POLÍTICA, TRABALHO E CUIDADO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO
CARLOS GARCIA FILHO

SAÚDE MENTAL: POLÍTICA, TRABALHO E CUIDADO

1ª Edição

Fortaleza - CE

2015



SAÚDE MENTAL: POLÍTICA, TRABALHO E CUIDADO

© 2015 *Copyright* by José Jackson Coelho Sampaio e Carlos Garcia Filho

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Imagem da Capa

Capricho de Goya “El sueño de la razon produce monstruos”

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Autores

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

S 192 s Sampaio, José Jackson Coelho.
Saúde mental: política, trabalho e cuidado [livro eletrônico] / José Jackson Coelho Sampaio, Carlos Garcia Filho. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

303 p.
ISBN: 978-85-7826-303-4

1. Saúde mental dos trabalhadores. 2. Atenção em saúde – Humanização.
3. Políticas em saúde mental. I. Título.

CDD: 150

APRESENTAÇÃO

Trabalho e Saúde Mental são as categorias fundamentais dessa coletânea e da produção intelectual do Prof. Jackson Sampaio nos últimos dez anos. Década de consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS, da reforma psiquiátrica brasileira e da Saúde Coletiva como campos de pesquisa, trabalho e militância. Os textos selecionados equacionam contribuições científicas e políticas para esses três marcos do processo civilizatório brasileiro contemporâneo.

As conferências e as oficinas destinaram-se a público heterogêneo: trabalhadores de saúde de diferentes categorias, estudantes de medicina, pesquisadores da Saúde Coletiva e Mental e operadores do direito. Denotando, portanto, forte tendência à articulação interdisciplinar, que se confirma nas constantes aproximações entre Epidemiologia, Psicopatologia, Psicologia Social, Geografia, Economia, Sociologia e História.

O local de realização das discussões sinaliza que não permaneceram restritas ao circuito acadêmico tradicional ou aos serviços vitrine do SUS. Ocorreram, preferencialmente, em capitais do nordeste brasileiro (Salvador, São Luís, João Pessoa e Fortaleza) ou latino-americanas (Cidade do México, Bogotá, Montevideo). A produção crítica e o debate sobre o processo saúde-doença na periferia do capitalismo foram realizados na periferia e para a periferia, tendo, de certo modo, um sabor marginal.

Os textos apontam que a neutralidade científica é um mito perigoso, pois pode ser utilizada para mascarar os reais interesses do pesquisador e da classe social a que serve como arauto. Observa-se que, independente da audiência, o autor não se esquivava de denunciar as contradições fundamentais da sociedade capitalista.

A abordagem metodológica eleita para mediar diferentes disciplinas, atores e campos do conhecimento é a dialética, sempre sob uma perspectiva histórica e crítica. A exposição dos temas segue o padrão maiêutico, com constante interação com a audiência. Na transcrição, tentou-se preservar as marcas de oralidade, registrando alguns momentos espontâneos de ironia. Característica notória não só das conferências, aulas ou conversas com o pesquisador, mas também de sua personalidade.

Embora a produção acadêmica do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho, liderado pelo autor na Universidade Estadual do Ceará, seja extensa, várias categorias e conceitos utilizados pelo grupo foram expostos, de maneira didática, apenas nessa coletânea.

Carlos Garcia Filho

*Mestre em Saúde Pública e Doutorando em Saúde Coletiva,
Integrante do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho
Universidade Estadual do Ceará-UECE*

SUMÁRIO

SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....8

Estresse e Alienação em Saúde Mental e Trabalho9

Novos Processos de Trabalho e seus Impactos na Saúde dos Trabalhadores.....32

Desafios Teórico- Metodológicos para Pesquisa e Avaliação dos Fatores Psicossociais no Trabalho e suas Consequências na Saúde.....42

TRABALHO EM SAÚDE MENTAL52

Informação, Comunicação e Educação Permanente em Saúde na Perspectiva da Humanização.....53

Humanização nas Práticas de Atenção e de Gestão em Saúde: política, democracia, história e liberdade80

Uso, Abuso e Dependência de Drogas Lícitas e Ilícitas: um grave problema de educação, saúde e segurança pública no Brasil contemporâneo 101

Processo de Trabalho e Integralidade do Cuidado em Saúde Mental 121

Violência Doméstica: a face privada da violência..... 139

Saúde Mental: um campo de tensões técnicas, teóricas e políticas..... 157

SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA.....168

“Doutor, meu sistema é nervoso”: transtornos mentais comuns na prática médica..... 169

Saúde Mental no Ceará: uma política crítica 200

REFERÊNCIAS296

UNIDADE 1

Saúde Mental e Trabalho

ESTRESSE E ALIENAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO

(Conferência proferida na X Reunião Nacional de Investigações em Saúde e Trabalho, Cidade do México, México, abril de 2006)

Estou muito feliz e honrado com a possibilidade de lhes falar, neste momento e em evento tão importante como este, promovido pelo Instituto Mexicano de Seguridade Social. Apresentarei o que fazemos no Nordeste brasileiro, região semiárida, com regime de chuvas pobre e irregular, possuidora de graves desigualdades econômicas e inúmeros indicadores sociais profundamente negativos, porém com grande potencial de riqueza e uma boa competência acadêmica instalada.

Com o objetivo de tornar o tema mais acessível, sobretudo o modo como grupo de pesquisa Vida e Trabalho, da Universidade Estadual do Ceará-UECE, o vem tratando, cinco termos ou expressões precisam ser definidos: estresse, alienação, trabalho, processo saúde/doença e prontidão. A síntese aqui apresentada refere-se a uma construção de categorias que tem sua base em Codo e Sampaio (1995) e Ruiz, Borsoi e Sampaio (1995).

Entendo estresse como o processo de adaptação, desadaptação e readaptação de qualquer ser vivo a qualquer alteração do meio ambiente. Não constitui, portanto,

conceito restrito ao psiquismo, embora tenha expressão psicológica, também não se restringe ao ser humano. Estresse é basicamente um fenômeno fisiológico, genérico, conatural à vida, que não explica o que lhe causou ou determinou, tampouco explica suas consequências singulares. Imaginemos uma falta súbita de energia elétrica numa sala. O que causou a falta de energia? Alguém desligou, por acaso, o fornecimento de energia da sala? Um acidente automobilístico danificou o sistema elétrico do bairro ou da cidade? Há uma crise energética no país gerando apagões? A falta de energia não explica o que a causou. Agora observem o comportamento das pessoas presentes na sala, na hora da falta de energia. Uma fica muito quieta, outra grita de medo, mais outra sai correndo e tropeça na escuridão, alguém aproveita a situação para passar a mão nas pernas de outra pessoa. A falta de energia não explica cada uma destas consequências singulares, e, metáfora da situação, constitui uma condição resultante de muitas causas, até independentes, e que, acionadas as histórias individuais, gera um sem número de consequências. Fotografemos, no comportamento e nas medidas de adrenalina, por exemplo, o estresse, mas a pesquisa, sobre o que o tornou possível e o que dele resultou, apenas estará começando.

Estresse, portanto, designa conceito descritivo, empírico, nada explicando por si, sobretudo não justificando a panaceia explicativa no qual se tornou nos meios de comunicação de massa do Brasil, daí permeando o senso comum como nome de sintoma, de síndrome, de doença.

Entendo alienação como conceito que sintetiza as experiências de perda, de falência, das possibilidades de objetivação do ser humano, levando à ruptura aparente

entre coisa representada e representação da coisa. A ocorrência de estranhamento e de antagonismo entre produtor e produto, criador e criatura, tem fonte nas relações objetivas de produção e distribuição de riqueza e de poder. No desenvolvimento do modo de produção capitalista, ocorrem expansão e universalização da alienação, por conta de um processo histórico que tem produzido, sucessiva e simultaneamente, divisão técnica do trabalho (especialização, separação entre planejamento e execução), assalariamento (transformação de tempo e habilidade humana em dinheiro, redução das possibilidades de consumo à quantidade de dinheiro recebido, competição entre trabalhadores pelo acesso à sobrevivência), terciarização (crescimento do setor de comércio e de serviços da economia, redução do contato entre o trabalhador e a transformação direta da natureza), burocracia (aumento dos círculos de mando nas empresas e instituições, perda da visibilidade dos objetivos do trabalho, apropriação ideológica do poder das empresas e instituições pela lógica do criar dificuldades para vender facilidades), trabalho morto (trabalho humano pretérito embutido nas máquinas, transformando o trabalhador em supervisor de equipamentos) e capital morto (capital não investido na produção de bens, mas na circulação dinheiro/mais dinheiro, especulativo).

Alienação designa conceito genérico, interpretativo, heurístico, associado às teorias críticas, sobretudo ao Marxismo. Cada grupo social, classe ou sociedade, dentro do modo de produção capitalista, vai construir explicações (crenças, ideologias) para o que vivencia, e também defesas, exitosas ou frustras, contra o fetiche das coisas e a coisificação das pessoas.

Entre o estresse, fisiológico, e a alienação, socioeconômica, as situações concretas de expressão da vida humana exercerão mediações condicionantes, levando a respostas singulares. Diante de um grande estresse, na vigência da alienação própria do capitalismo periférico, na cultura iberoamericana, um ser humano pode matar, se matar, desenvolver um grave transtorno psicossomático, aderir a uma igreja evangélica, inscrever-se num partido político de extrema esquerda, deixar de se alimentar, alimentar-se em demasia, praticar um atentado terrorista, ou qualquer outra coisa, ou qualquer associação entre possibilidades.

Entendo trabalho como o complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção e de organização social, participando ontogenicamente da construção da natureza humana. O trabalho apresenta, no modo de produção capitalista, uma dupla e contraditória natureza: concreta (atos necessários à criação de um determinado produto ou utilidade, gerando valor de uso) e abstrata (tempo socialmente necessário para a produção de uma mercadoria e forma de exploração da capacidade de trabalho dos seres humanos, gerando valor de troca). O trabalho, portanto gera utilidade, mercadoria, *status*, disciplinas e relações sociais, partindo de um projeto prévio, do trabalhador, do empregador ou dos anéis administrativos, transformando-se, por sua vez, em valor de uso (identidade, bens, civilização) e valor de troca (salário, medida de equivalência para o dinheiro).

A relação entre trabalho concreto e trabalho abstrato, em cada momento tecnológico e gerencial específico do processo de produção, estabelece a diversidade dos ra-

mos de produção, das categorias profissionais e das especialidades. A título de exemplo, distinguindo “trabalho de médico” (tudo aquilo que médico pode fazer) de “trabalho médico” (aquilo que é próprio da formação e definido legalmente como ato exclusivo do médico), um orientando meu, em dissertação de mestrado (LIMA, 2000), cruzou especialidades, natureza das habilidades predominantemente exigidas pelos processos de trabalho, níveis de atenção, regimes de propriedade dos serviços e regimes de contrato e concluiu pela existência de aproximadamente 700 possibilidades concretas de atuação profissional para o médico.

Saúde e doença não mais podem ser definidas de modo independente, como na Idade Média, quando eram entendidos como designando realidades distintas, de determinação sobrenatural (saúde – graça de Deus pela prática da virtude; doença – desgraça, castigo de Deus pela prática do pecado), ou como nos séculos XVII e XVIII, quando eram entendidos como designando realidades distintas, porém de determinação natural (saúde – resultado de vida regrada, equilibrada, vida moral normal; doença – resultado de vida desregrada, desequilibrada, vida moral desviada). No século XIX, quando o positivismo médico e o desenvolvimento tecnológico exigiram uma nova compreensão de saúde e de doença, o conhecimento humano estabeleceu o paradigma do processo, com saúde e doença representando formas de expressão de uma mesma realidade, a realidade vital, tendo quantidades, medidas e pesos, a diferenciar uma da outra.

Atualmente, a dimensão quantitativa não pode mais ser separada da dimensão qualitativa da realidade e o processo saúde/doença passa a ser entendido como um pro-

cesso dinâmico, particular, de expressão das condições de vida, trabalho e consumo, de uma população qualificada em relação a uma determinada organização social. Se souber de um homem de 35 anos, programador de computadores, membro da classe média de Nova York, nos Estados Unidos, psicanalisado, que se alimenta de *fast food* e mora num *loft* ao sul de Manhattan, ou de uma mulher de 50 anos, cozinheira de restaurante industrial, membro do operariado emergente de Sobral, Ceará, Brasil, que é espírita kardecista, alimenta-se do que produz e mora em barracão sem saneamento básico na periferia da cidade, poderei, com precisão, predizer longevidade, perfil de morbidade, qualidade de vida e riscos de morrer.

Seguindo o caminho de Canguilhem (2009), entendo que o processo saúde/doença representa as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças, incluindo os estados vitais e suas representações mentais. No caso do processo saúde/doença mental, tanto os estados como as representações são conteúdos da consciência, daí obrigando distinções: 1- normal/não normal, na identificação do que é habitual e frequente, pois não é por todos terem insônia, que a insônia indicará saúde mental; 2- doença mental/alienação, na identificação de consistência, gravidade e especificidade, pois a alienação possibilita, genericamente, insatisfações, mal estares e vazios existenciais, mas não pode e não deve ser confundida com os vários e complexos adoecimentos, os quais não necessariamente determina; e 3- sintoma-sinal/doença, pois aparência constitui apenas uma face da essência, podendo haver deslocamentos, e o mesmo processo, em condições

diferentes, gerar síndromes diferentes, ou vários processos, nas mesmas condições, gerarem a mesma síndrome.

Nos estudos sobre saúde mental e trabalho minha equipe tem optado por designar estas síndromes, usando terminologia original de Fanon (1978), como prontidão: prontidão depressiva, prontidão hipocondríaca, prontidão paranóide, prontidão histérica. Se for obtido, por meio de questionários e análise estatística, o resultado de 20% de depressivos numa certa população, necessita-se, imediatamente, qualificar que depressão é esta: característica de personalidade, reação a perda existencial, sintoma de doença orgânica, sintoma de doença mental, doença mental de natureza neurótica, doença mental de natureza psicótica? Deste modo, que depressão, hipocondria, paranoia e histeria são estas que fotografei? Daí o uso da palavra prontidão indicando uma atitude de tensão permanente, um estado prestes a vir-a-ser, uma situação em que tudo esteja pronto para acontecer, carregada de aspereza, dúvida, ambiguidade, culpa, hostilidade difusa e ainda sem objeto definido, com o indivíduo vivendo sob a maldição de uma espada de Dâmocles invisível. Destaque-se que o objetivo de nossa linha de pesquisas não é rastrear e compreender a doença mental organizada, mas o sofrimento psíquico que desqualifica o cotidiano e pode, violentado e mal tratado, enquadrar-se posteriormente na forma de doença. A situação descrita não indica, necessariamente, o desenvolvimento de uma doença, o que ocorrerá dependendo do modo como for explicada e cuidada.

Entre os vários estudos que conduzimos, dois deles, o primeiro como coorientador e o segundo como orientador, podem servir de contraponto às questões teóricas já colocadas.

A pesquisa de campo da Dissertação de Mestrado de Borsói (1993), sobre trabalhadores de Enfermagem, foi realizada em cinco serviços de um grande hospital universitário público, com 288 trabalhadores de Enfermagem, e permitiu concluir que os trabalhadores podem desenvolver determinados modos de sofrimento psíquico com base em aspectos específicos ou genéricos da profissão.

Assim, por exemplo, o que referimos como prontidão paranóide pode estar relacionada à dinâmica de controle que muitos trabalhadores possam ter sobre as atividades que realizam. A lógica paranóide está fundada no sentimento persecutório por algo que se sabe existir, mas não se sabe como e quando. Essa dinâmica é experimentada principalmente por profissionais que detenham maior controle sobre o que realizam, o que, ao mesmo tempo, lhes deixam mais propensos a perdê-lo em decorrência de algum deslize ou acidente. Aqui há dois aspectos a considerar: primeiro, o nível de responsabilidade do enfermeiro, na medida em que responde pelo andamento e ocorrências de um plantão hospitalar; e segundo, a realização de procedimentos técnicos que envolvam maior risco imediato para os clientes e, neste caso, as tarefas são de responsabilidade de técnicos de enfermagem. Para essas funções, guardando-se as especificidades dos serviços, o que pode aparecer como mais tensiogênico é o temor do erro ou do acidente. A pressão sofrida é derivada diretamente do tipo de tarefa realizada. Um erro na administração de algum medicamento, por exemplo, seja por troca ou por alteração na dosagem, pode lesar um cliente ou até levá-lo à morte, e frente a isto o controle escapa das mãos do trabalhador, que fica à mercê do sistema de punição da administração

do hospital. Ao trabalhador resta remoer a culpa pela consequência do erro e aguardar decisões sobre seu destino. A prontidão paranóide constitui-se em doloroso modo de autovigilância, no sentido de evitar a perda de controle, a culpa e a punição externa.

Enquanto lógica, a prontidão depressiva parece estar relacionada a características específicas do trabalho de enfermagem, que é a possibilidades de vinculação afetiva e de perda, que obriga o trabalhador a simular e elaborar rompimentos afetivos, sucessivamente, a cada alta, crise, piora, recidiva ou morte de cliente. Na medida em que o sentimento depressivo tende a ser menos frequente em trabalhadores mais velhos, é possível que, com a experiência, o trabalhador aprenda a se poupar mais, modificando o modo de ver o trabalho e percebendo nele aspectos mais genéricos e característicos da profissão. Se afetiva muito, ele sofre demais a cada perda, mas se desafetiva, perde a capacidade de vínculo, de ser acolhedor e continente das necessidades do outro. Mas a reação depressiva gradativamente parece dar lugar a respostas, a constrangimentos mais imediatos e mais atemorizadores. De reação primária, a depressão passa a ter sentido secundário, dando a impressão de que o trabalhador, quanto mais experiente, menos vulnerável fica ao sentimento de perda. O estabelecimento de fortes vínculos afetivos parece não ser mais a principal mediação entre o trabalhador e o cliente. A técnica assume papel fundamental nesta relação e o vínculo pode ser instrumento necessário, porém secundário. A introjeção, por parte do trabalhador, do caráter técnico da profissão inaugura a possibilidade de conflitos em relação aos vínculos com o paciente, abrindo espaço para ou-

tras formas de reação psíquica que tenha esta nova lógica como base.

A relação entre cliente e trabalhador não é marcada apenas pela dinâmica controle/perda de controle ou pela dinâmica afetar/desafetar, onde repulsa e atração, sentimento e racionalidade, identificação e desidentificação convivem conflituosamente. Também é marcada pela consciência permanente da existência de ameaças concretas à saúde do trabalhador, onde a hipocondria pode ter lugar. A tendência hipocondríaca parece se revelar predominante entre os trabalhadores de enfermagem, independente da função que ocupam. Pode estar relacionada a alguns aspectos: condições de trabalho num hospital que, por melhores que possam se apresentar, oferecerão sempre algum risco ou ameaça à saúde do trabalhador; o cliente, objeto de intervenção da enfermagem, é espelho da fragilidade humana, impondo ao trabalhador a visão constante da doença e da morte como condições inevitáveis do processo da vida; o conjunto de saberes, sobre a morbidade e seus processos, que o trabalhador traz consigo, facilitando e qualificando diagnósticos acerca dos sinais do próprio corpo; e o acesso fácil a drogas lícitas. A resposta hipocondríaca pode surgir como alerta a riscos concretos ou fantasmas de adoecimento, com a atenção voltando-se para o corpo, um como um modo de assumir a própria fragilidade e também de tentar proteger-se.

É preciso cuidar do próprio corpo, estar atento aos seus sinais e sofrer abstratamente, para não cair no sofrimento concreto que determinados aspectos do trabalho podem impor. O drama dos afetos parece tornar-se apenas o pano de fundo do problema, na medida em que se

define a partir de contradições básicas da profissão de enfermagem. Ao contrário da reação depressiva, o perfil hipocôndriaco é mais marcado entre os trabalhadores mais velhos, isto é, entre os que detêm maior experiência de trabalho. Aprenderam a se defender da depressão a partir do conhecimento das mazelas da profissão e dos riscos concretos que ela pode oferecer e caíram no simulacro, na dramatização histriônica da dor e da perda em lugar das reais. A depressão aparece como uma reação mais específica de trabalhadores com menos tempo de experiência e que ainda lidam com sentimentos imediatamente transpostos do seu cotidiano para o trabalho, sentimentos contra os quais ainda não estruturaram defesas.

É evidente que organizar um modo ou outro de sofrer tem também o concurso de características individuais que respondem, com modos próprios, aos constrangimentos do trabalho. Assim, pode ser que características individuais tornem os trabalhadores mais propensos a responderem numa direção ou noutra, quando estruturam determinada forma de sofrimento, e o fazem tendo como base o que se apresenta como mais conflitante e angustiante. Neste sentido, o trabalho aparece como desencadeante de problemas psíquicos. Nos casos anteriores, o trabalho aparece como estruturador de modos específicos de sofrimento.

O estresse como mecanismo de equilíbrio do organismo e o *burnout* como modo expressão e até defesa do estresse não delimitam e não definem formas de sofrimento, não dão conta, portanto, de explicar o que pode estar ocorrendo no psiquismo dos trabalhadores. O estresse e o *burnout* têm aparecido na literatura como sintomatologia complexa, difusa e pouco qualificada e é possível ler sintomas

paranoides, depressivos e hipocondríacos nestas categorias genéricas. Do mesmo modo, sofrimento psíquico pode se referir a uma variedade de formas de sofrimento, sem definir modos de expressão ou lógicas específicas. O que queremos apontar é que existem dinâmicas psicológicas que podem ser construídas de maneira a expressar dinâmicas do cotidiano do sujeito, modos de sofrer que têm como base modos de viver a condição humana, aprendidos ou impostos na infância ou na fase adulta, neste caso, no trabalho.

Se identidade é metamorfose, a saúde mental também pode sê-lo e a doença mental e o sofrimento psíquico fazem parte desta dinâmica do viver humano. Se eu assumo a profissão de carpinteiro ou de digitador, vou construir a identidade também de acordo com o que estes trabalhos proporcionam: vestir, falar, fazer amigos, tempo e espaço de lazer, tempo de exposição aos filhos e o reconhecimento de pai, filho, marido, amigos, como carpinteiro ou digitador. Se a identidade pode ser construída a partir do modo como o indivíduo vive, se relaciona, trabalha, e se expressa de maneira a determinar outro modo de vida, relações sociais e trabalho, a saúde mental pode seguir curso semelhante, na medida em que faz parte de cada indivíduo concreto tanto quanto o que o torna diferente e igual aos demais. Então, se podemos falar de modos específicos de ser e de estar no mundo, podemos falar também de modos específicos de sofrer este ser e este estar no mundo.

Os termos paranoia, depressão e hipocondria são classificações antigas existindo antes mesmo que a Psiquiatria e a Psicanálise se transformassem em disciplinas consolidadas. Estas classificações são portadoras de forte caráter simbólico e guardam, como a expressão “doença

mental”, o perigo do rótulo, segregação, preconceito ou classificação mecânica-burocrática de determinado conjunto de sintomas. Precisamos ter muito cuidado com estas palavras e nossos resultados não tenham a pretensão e não nos permitirem precisar diagnósticos ou classificar determinados grupos de trabalhadores como portadores desta ou daquela doença mental. O que estamos afirmando é a possibilidade de haver determinadas tendências a modos de sofrimento psíquicos que apresentam estas lógicas.

Depressão, hipocondria, paranoia, histeria, antes de serem nomes de sintomas ou doenças, são lógicas comportamentais. Existem modos de sofrimento psíquico ou de expressão da doença mental com lógicas mais ou menos específicas, construídas durante a vida do sujeito, marcadas pelos momentos significativos, positivos ou negativos, que ele possa viver, e entre estes momentos está o trabalho.

Freud revolucionou a Psicopatologia ao apresentar o modelo dinâmico do psiquismo, demonstrando que não é a soma de sintomas que qualifica um modo de doença mental, mas é a lógica de organização do psiquismo que se manifesta como saúde, neurose ou psicose. De qualquer modo, o sofrimento psíquico se expressa de acordo com lógicas mais ou menos específicas e construídas pelo próprio sujeito. E como se trata de dinâmicas e lógicas, e não de sintomas pontuais e processo linear, o modo de sofrer pode ser estruturado em determinados momentos da vida, relacionando-se, portanto, a cada momento histórico, com o que o indivíduo faz para sobreviver.

Estamos apontando possíveis relações entre saúde mental e o modo como os indivíduos trabalham para so-

breviver. Acreditamos que um dos pecados fundamentais da Psiquiatria foi não tomar o indivíduo enquanto produtor da própria vida, restringindo-o ao espaço do corpo e ao âmbito da reprodução. Do mesmo modo, a Psicanálise, apesar de ter contribuído com um novo paradigma de mente e consciência, concebendo o psiquismo como dinâmico e a expressão de sofrimento não mais apenas como sintoma, foca a vida do indivíduo no contexto familiar e seu romance neurótico, reprodutivo, e no âmbito da representação. Freud chega a admitir a possibilidade de relação entre trabalho e neurose e o faz porque este problema já participava do pensamento de sua época. Entretanto, Freud fica apenas na constatação. A literatura contemporânea vem discutindo o problema trabalho e saúde mental, porém, na maior parte das vezes, restringindo-se, também, à constatação. Validam-se instrumentos, replicam-se estudos, diagnostica-se descritiva ou analiticamente, mas não se explica.

Na etapa de pesquisa sobre representação do trabalho, em minha Tese de Professor Titular (SAMPAIO, 2001), com aplicação de questionário a 241 trabalhadores em plataforma marítima de produção de petróleo, dos quais 20 selecionados para entrevista de aprofundamento, revela-se que o trabalho e seu universo simbólico, experiência básica da sobrevivência humana, encontrava-se exilado da autorrepresentação, fora da compreensão expressa em linguagem. A experiência de trabalho não fornece um léxico, um conjunto de imagens e de simbolizações para explicar o que se vive, mas o trabalho é referido e posto no rol das experiências estratégicas. Além de arrolado, há também um esboço de hierarquização, pouco racionalizado, mas

indicado no valor positivo/negativo ou na posição central/lateral ocupada pelo trabalho no esforço de explicação.

Nos casos onde a modulação afetiva tende para o negativo, observa-se a competição com outros trabalhadores ou consigo mesmo, a confusão entre grau de escolaridade, além da confusão entre as exigências práticas do processo específico de trabalho ou a falta de tônus da própria ambição. Nos casos onde a modulação afetiva tende para o positivo, observa-se a afirmativa genérica, reprodução de um slogan, ou a confusão entre mundo da produção e mundo da reprodução, os dois espaços sociais estratégicos de afirmação que precisam ser defendidos e louvados. Satisfação e felicidade emergem do trabalho e da família, instituições formais e respeitáveis, sem as quais o sujeito não existe. As frases exprimem um esforço propagandístico aprendido, não o reconhecimento profundo, substantivo, da equivalência da experiência com a vivência. O consenso percebido é o de que trabalho é importante, inelutável, mas não realiza, não satisfaz, não traz felicidade, engendrando impasses intransponíveis.

As condições de vida cristalizam-se no corpo e o corpo chama atenção por meio das dualidades satisfação/insatisfação, conforto/desconforto, dor/ausência de dor e prazer/ausência de prazer. Os mal-estares são difusos, mas deixam marcas, de modo crescente, em concordância com a vida em permanente prontidão para acidentes, a permanente preparação defensiva contra catástrofes iminentes, vida esta, realmente, experimentada. O corpo, esticado ao limite, e a mente, tensionada para o futuro a fim de prevê-lo e preveni-lo, desaba nas carências, nas dificuldades imprecisas, nas zonas de fronteira entre saúde e doença,

entre vida e morte, realizando uma condição fantasmagórica de vida.

A situação de trabalho, em posto e local sabidamente insalubres e perigosos, instala no psiquismo uma atenção focada sobre as condições produtoras de insalubridade e perigo. Nada aconteceu ou está acontecendo, mas algo difícil, complexo, ameaçador da integridade do corpo e da vida, pode estar sendo gerado neste exato momento. O treinamento preventivo evita o problema concreto, mas hipertrofia o fantasma, a sombra dentro do psiquismo, o temor insidioso e disperso, engendrando prontidão hipocôndriaco-paranoide. Capacetes, luvas, botas e máscaras não protegem da preocupação e as regras, mensagens e equipamentos lembram obsessivamente a prevenção e a coisa da qual devemos nos proteger. O conhecimento, sem que o sujeito tenha poder real de alterar a fonte dos perigos, patina no vazio e confunde ou torna pontual, isolada, qualquer explicação consistente. Mas metade dos entrevistados produz, no discurso, evidências subjetivas ou objetivas de relação entre transtorno de saúde e processo ou condição de trabalho: tinta, poeira, luva, turno, sobreaquecimento, postura, transporte de peso, ritmo, vibração e ruído são arrolados como elementos concretos do processo e das condições de trabalho associáveis a desgastes vitais e transtornos da saúde.

E os mesmos sujeitos, no meio de falas descritivas, bem coladas aos fatos e às rotinas, ousam formulações mais abstratas, genéricas, ligadas ora ao plano da subjetividade, ora ao plano do político, onde começa a emergir a consciência de que, na jornada de trabalho, ocorre a guerra civil capital/trabalho, arbitrada, mediada, declarada

e velada pela Medicina. O sujeito, como força de trabalho, aparece, timidamente, nas consciências, com a natureza de mercadoria, algo redutível a preço, valor de troca e valor de uso expropriados do sujeito, passíveis de barganha e de pequenas chantagens cotidianas, prisioneiro das instituições que compram a profissão e detêm o poder real. E da mercadoria força de trabalho observa-se a evolução da pessoa-mercadoria que transforma em valor de troca dores, dissabores, achaques e pedaços mutilados do corpo, calculando indenizações, tudo isso expressando a lógica da coisificação.

Mas, se metade do grupo esforça-se por estabelecer uma relação entre o que sente e o que faz, a outra metade não toca no assunto, entre os “talvez” e os “não tem problema”, fica perdida, para os próprios sujeitos, a relação entre os estados do corpo e as atividades necessárias à produção das condições de existência. Há alguma discriminatividade, mas, sobretudo, há vagueza, obrigando à oferta de induções que ofereçam apoio para a memória e para a organização do pensamento para estas pessoas: iluminação, ruído, odor, ventilação, temperatura, espaço, equipamento, doença de trabalho e acidente de trabalho cumprem o papel apenas de agentes provocadores.

Os entrevistados orbitam em torno de valores clássicos das classes médias urbanas, ocidentais, após o amadurecimento do capitalismo industrial: trabalho como única estratégia digna de garantia da sobrevivência; trabalho e renda própria como ferramentas indispensáveis à autonomia pessoal; sucesso no trabalho em decorrência de esforço pessoal, de competência e de estudo continuado. A tradição cultural cristã do trabalho como forma de ascese

a uma vida sem pecado e a tradição cultural do Nordeste brasileiro, de a honra do homem ser construída pelo trabalho árduo, são reforçadas e reformuladas pela lógica de inserção no trabalho atual, além de oferecerem sabor local, idiossincrasia cultural aos valores associados ao período histórico do mundo produtivo.

O tópico discursivo chave é o da descontinuidade das vivências, das rupturas, dos tudo-nada entre tempo de plataforma e tempo de casa. A natureza singular deste trabalho o compõe de jornadas de sete dias, com intervalos de sete dias, gerando dificuldades aparentemente impossíveis de serem superadas. A visão idílica do companheirismo com esposa e colegas de trabalho, regada a cerveja e alegria, na plataforma, tornada possível pela empresa, pelo menos uma vez, aponta agudamente para a excepcionalidade e para a impossibilidade. Fica evidente a pretensão intelectual de ser capaz de separar as dimensões do existir em compartimentos estanques, sendo impossível distinguir o que é da ordem do fato do que é da ordem da racionalização: a negação do problema, com projeção da capacidade de tolerância para os outros; a convicção num processo permanente de adaptação, com as dificuldades sendo superáveis, por meio do aprendizado; ou, ao fim, a presunção de equilíbrios e superações passíveis de ocorrência. De modo dominante, afirma-se a existência de porosidade entre estas duas dimensões do existir: trabalho e família, obrigando aos estudos sobre família qualificarem trabalho e aos estudos sobre trabalho qualificarem família.

De modo sintético, percebe-se que os petroleiros de produção, independente de faixa etária, nível de escolaridade, função, turno ou sobreaviso, estado de satisfação

conjugal, resultado do inventário psicológico e diagnóstico dinâmico do exame mental, afirmam a porosidade trabalho/família e discriminam diferenciais, explicam e justificam, demonstrando grande capacidade de entender o próprio cotidiano e de identificar relações. Mas a consciência de que ser do sexo masculino, numa cultura masculina, onde os homens se encontram inseridos no mercado de trabalho há séculos, dele tirando as funções expoentes de realizador e provedor, sob égide das lógicas patrimonialista e patriarcal, facilita deixar a casa em casa, mas nenhum treinamento ou ritual defensivo os habilita a deixar o trabalho no trabalho.

A tecnologia envolvida e os objetivos definem a organização do trabalho, a organização funciona como poder estruturante e a estruturação define o modo como os trabalhadores se relacionam uns com os outros e tiram metáforas para a compreensão do mundo. O sujeito se transforma no que trabalha e isso pode ser observado tanto a partir das teorias que o pesquisador porta, como a partir da experiência empírica, do vivido saturado de senso comum, que os próprios trabalhadores portam.

Os que afirmam a satisfação de uma sexualidade bem realizada dividem-se quanto ao envolvimento do trabalho no processo. Metade omite o trabalho: a sexualidade é considerada fenômeno restrito à ordem do biológico pessoal: com experiência técnica, adquirida e testada dentro ou fora de casamento; maturidade resultante necessária de fase evolutiva da vida individual; e fidelidade mútua, como um fenômeno conatural ao ser, que é de bom senso aceitar. Mas metade coloca o trabalho no coração da satisfação: o trabalho é marcador da autonomia e da seguran-

ça existenciais, da autoconfiança e da competência, permitindo afastamentos que rompem a rotina e autorizam uma espécie boa de apetite, de carência sexual eventual, que revitaliza a relação conjugal. Entretanto, há um perigo rondando a proposição: E se na hora do retorno a rede de eventos da vida tramar impedimentos? Um dos cônjuges gripado? Uma criança doente? A esposa menstruada? A parte da vida que é vendida como jornada de trabalho apresenta cortes rígidos, alheios aos ritmos do corpo, produtora de um outro tempo e de um outro cotidiano.

Quando provocados por um estímulo dirigido, os depoimentos, que afirmam uma relação entre trabalho e qualidade do desempenho sexual, discriminam os elementos do trabalho (calor, ruído, salário baixo, medo do desemprego, ritmo intenso e regime de embarque) com maior impacto negativo. Alguns afirmam a associação, mas de modo genérico, impressionista, opinião sem explicação ou justificativa, ligando o problema a qualquer trabalho, desde que gerador de cansaço, argumento que, obviamente, inscreve-se na tradição das discussões da Medicina do Trabalho sobre fadiga e estafa. Outros estabelecem um corte, um antes e um depois, remetido a momentos históricos da empresa: um antes da campanha de privatização e de estímulos à demissão voluntária, como uma idade dourada, propícia a todas as formas de satisfação, um depois destas catástrofes, propício aos medos, às frustrações, aos fracassos. A sexualidade encontra-se marcada pelo cansaço e pelos abalos à saúde física, eventualmente derivados do trabalho, mas, sobretudo, encontra-se marcada pelo regime de embarque, a expectativa de um tempo obrigatoriamente sem sexo, a expectativa de problemas que afetem

a disponibilidade sexual por ocasião do desembarque, os rituais de véspera de embarque e de primeiro dia de desembarque. A grande questão é a do ajuste entre disponibilidades.

Mas a sociabilidade encontra-se marcada profundamente pelo trabalho, pela produção do isolacionismo aprendido, derivado do confinamento crônico e da perda de fontes de companheirismo, de amizade e de informações consideradas civis e desinteressadas. O que vem do sindicato ou da empresa nunca pode ser de todo confiável, pois maculada pela suspeita de um interesse político envolvido, capaz de perturbar a verdade. A grande questão é a da radical alternância de experiências existenciais: repouso e lazer restritos, consumo alimentar e de vídeo, sexualidade regredida, narcísica, grupo de convivência compulsória, informação sempre interessada e vida de trabalho na plataforma; repouso e lazer nas condições domésticas, consumo ampliado, sexualidade adulta, grupos de convivência espontânea, informações aparentemente desinteressadas e vida com a família em terra.

De um ponto de vista empírico, as primeiras manifestações de reconhecimento da identidade estão postas na rede de valores (valor de uso) e preços (valor de troca) produzidos por nacionalidade, etnia, gênero, escolaridade, poder aquisitivo e profissão/desempenho produtivo, tudo ressignificado, de modo a incluir arbitrariedades e deslizamentos subjetivos, pela experiência concreta do indivíduo adulto em seu mister de sobrevivência. O que sei passa pelo que faço, o que sou passa pelo que tenho, poderes e possibilidades em interação, interdependência e inter-determinação. Assim, uma vida social escotomizada pelo

tudo/nada de exposição a condições de vida (sete dias no trabalho, sete dias na família) obriga a uma maior necessidade de compreender as formações sociais includentes, mas pouco propicia, ao trabalhador, condições de efetiva compreensão destas relações.

O grupo encontra-se em desencantamento, em mudança de crenças, dependentes do mundo exterior para as explicações do que lhes sucedem e sofrendo os sentimentos oriundos de tensões permanentes, explodindo em sintomas somatomorfos. Fixados no limiar de forças e fraquezas, irresolutos, apresentam comportamento paradigmático de reação, impasses crônicos entre sentimento e conhecimento. O conflito entre coração e razão desvenda, metaforicamente, o conflito entre o mundo do trabalho e o da família, produção e reprodução, lei da sobrevivência e fidelidade a princípios, independência individual e coerção grupal, lealdades reais e lealdades aparentes, violência para fora e violência para dentro.

Aos trabalhadores cabem o direito e a responsabilidade de solicitarem estudos mais profundos sobre seu trabalho e sua saúde, e de exigirem o assessoramento de profissionais solidários para a reestruturação da organização do trabalho. Cabe aos pesquisadores, preocupados com o problema, programarem novos estudos no sentido de oferecerem elementos mais sólidos, que contribuam para a transformação da estrutura do trabalho, no sentido de que este não seja motivo de sofrimento psíquico, mas de realização pessoal. Wright Mills (MILLS, 1980) disse, certa vez, que “Nem o amor nem o ódio ao trabalho são inerentes ao homem, em qualquer tipo de ocupação”. Assim, se é o próprio homem que dá significado ao trabalho, dependendo

do modo e dos motivos pelos quais o realiza, é o homem que pode transformar o trabalho gerador de estranhamento e sofrimento em trabalho produtor de realização e felicidade. Porque o trabalho constrói e destrói, sempre sofre metamorfoses, mas não se acaba e estrutura identidade, doença, sofrimento, satisfação e saúde.

NOVOS PROCESSOS DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES

(Conferência proferida na I Conferência das Américas de Fatores Psicossociais, Estresse, Saúde Mental e Trabalho, Bogotá, Colômbia, outubro de 2012)

O resultado do trabalho tem implicações positivas e negativas, expressas no processo saúde/doença, uma produção social que qualifica a vida humana. Marcas positivas são o sentido social de pertinência, a valorização da autoestima e a cidadania. Marcas negativas são a precariedade dos salários e dos contratos, os desgastes somatopsíquicos/psicossomáticos e os sentimentos de vazio e de desumanização (CODD e SAMPAIO, 1995).

O trabalho é imprescindível à reprodução da vida material e social, e, sendo parte fundamental da construção da identidade do homem, pela produção de sociabilidade, sujeitos e coletivos, é necessário que toda a atenção se dirija à saúde laboral, prevenindo a transformação do trabalho em fonte de sofrimentos excepcionais.

Os ganhos organizacionais e tecnológicos acompanham-se de perdas e, além da necessidade de correto diagnóstico deste balanço de ganhos e perdas, tem ficado esquecida a natureza própria do trabalho humano, sua

relação com o desenvolvimento social e as metamorfoses do mundo natural. Entre as novidades tecnológicas, ainda pouco equacionadas em seus impactos sobre a saúde, e o imaginário dos novos trabalhadores, podemos encontrar o trabalho que ocorre nas redes de comunicação em tempo real.

Conforme as estatísticas mensais do Sistema Nacional de Empregos do Brasil-SINE, o ramo que mais emprega pessoas no setor terciário, hoje, no país, é o de teletendimento/telemarketing/telesserviço. Mas, o caráter do trabalho é precário, a rotatividade é muito alta, a remuneração é muito baixa, não há expectativa de crescimento profissional e, se não há ofensa física direta ao corpo do trabalhador, a tensão psicológica é muito grande. Além dos novos, a serem revelados, o ramo incorpora os problemas tradicionais do campo da Saúde do Trabalhador, associados ao gênero (dupla jornada, perfil afetivo-cognitivo), à jornada (turnos, intervalos de repouso) e à insalubridade (voz, audição, postura).

Este ramo funciona segundo o molde *taylorista*, com gestos simplificados, repetitivos, mecânicos, individualmente banais, posição estática no posto de trabalho e controle pré-determinado de tempo, sem criatividade e produção de autonomia. Estes trabalhadores são jovens que se submetem a uma carga de seis horas, com pequenos intervalos de descanso, sujeitos a vários problemas de saúde como prejuízos visuais e auditivos, cefaleias recorrentes, dor e rigidez nas articulações, alergias e alterações respiratórias, fadiga constante, perturbações cardiovasculares, humor e sono alterados, incômodos vocais e digestivos (SILVA, CUNHA, SOUZA e MITRE, 2006).

Porém, a bibliografia sobre a relação entre teleatendimento/ telemarketing/telesserviço e saúde mental é pequena, além de apresentar escasso acordo conceitual e grandes dificuldades para a padronização dos estudos. Considere-se telesserviço como a soma de teleatendimento e telemarketing.

O teleatendimento associa-se diretamente a acompanhamento e esclarecimentos. Enquanto o telemarketing consiste no uso de telefone para atrair clientes, vender produtos e medir sua satisfação, destacando-se como ferramenta fundamental do *marketing* direto, que pode ser realizado por meio de sistemas automatizados, com mensagens gravadas, ou por atendentes, geralmente seguindo roteiro padronizado. A implantação desse canal de comunicação possibilitou importante redução de custos operacionais com vendas e serviços (KOTLER, 2000).

A origem do telemarketing está na profissão de propagandista e o uso do telefone, em seguida do computador, trouxe formidável ampliação de escopo dessa atividade. Seu desenvolvimento exigiu treinamento mais direcionado e aperfeiçoado para um profissional que não é mais apenas propagandista, ou telefonista, ou vendedor, mas um misto das três funções e um mediador-chave dos novos negócios, embora invisível e antipatizado (SILVA, CUNHA, SOUZA e MITRE, 2006).

Nos dois casos, o contingente de trabalhadores é composto, em sua maioria, por mulheres jovens, com escolaridade de ensino médio ou superior incompleto, rotatividade média de 18 meses no posto de trabalho, primeira inserção no mercado de trabalho e tática para garantir di-

nheiro que financie ensino superior privado, caracterizando claramente o ramo como ocupação temporária, não como profissão (BELT, 2002; BELT, RICHARDSON e WEBBSTER, 2002; VIANA, ROCHA e GIMENES, 2004; VERAS e FERREIRA, 2006; OLIVEIRA e JACQUES, 2006).

O trabalho das telefonistas, desde o início do século XX, quando choques elétricos eram utilizados como mecanismo de controle, é marcado por problemas de saúde. Um estudo sobre telefonistas, realizado em 1910 (LE GUILLANT, 1984), inaugura os estudos sobre saúde mental e trabalho. A partir daí, a saúde ocupacional dessa categoria é abordada por diversos autores, entre os quais Guilbert (1967), Laville *et al.* (1972), Teiger (1980), e Dessors *et al.* (1978), e vários problemas sanitários são apontados: alterações de comportamento, de memória e de linguagem, irritabilidade, fadiga e distúrbios visuais (TORRES, 2001).

A identidade estruturada na organização do trabalho na telefonia extrapola a empresa e a trabalhadora continua sendo telefonista em casa, no lazer, no consumo, no sono, nos sonhos, com linguagem e comportamentos enquadrados na lógica técnica da empresa. Ela vive o que faz no trabalho durante as 24 horas do dia, pela completa invasão do cotidiano, contribuindo para penosidade, sensação de vazio, fadiga e variável gama de estereotípias e tiques (BORSOI, RUIZ e SAMPAIO, 1995).

O trabalho em *call center* segue a organização *taylorista*, com forte suporte tecnológico. Mesmo nas empresas sob gestão semelhante ao modelo *toyotista*, com ênfase na excelência e no desempenho dos trabalhadores, constata-se hierarquia vertical, divisão fragmentada do trabalho,

repetição de tarefas, produção por premência de tempo, baixos salários, pouco investimento em qualificação e padronização dos procedimentos com vistas à redução dos custos e dos controles de processos (OLIVEIRA e JACQUES, 2006).

A informatização das atividades, razão de ser das novas atividades, também é apontada como ferramenta potente para o controle do processo de trabalho, aliada a outras táticas de coação como a ameaça de demissão por justa causa, a crítica humilhante ao desempenho e a fragmentação dos atos (VENCO, 2006).

Audição e voz são ferramentas fundamentais ao processo de trabalho e por aí também se expressam os problemas. Observa-se insatisfação com a própria voz, com queixas de garganta seca, pigarro e cansaço ao falar, decorrentes, sobretudo, do uso intenso da voz, da presença de ar condicionado não calibrado e umidificado, frio ou quente em demasia. O conjunto de ruídos eletrônicos, decorrente de equipamentos não calibrados, afeta a audição (FERREIRA *et al.*, 2008; VERGARA *et al.*, 2006).

A dimensão ergonômica oferece possibilidades de transtornos posturais e osteomusculares, pois, o mesmo posto de trabalho, ocupado durante 24 horas por pessoas de diferentes formas físicas, não permite ajuste a cada uma e, na escolha dos equipamentos não são considerados tópicos como organização do trabalho, métodos de controle, intensificação das tarefas, trabalho noturno e em turnos. As fiscalizações também apontam fornecimento insuficiente de água potável, restrição no tempo para atendimento às necessidades fisiológicas e carência de áreas adequadas ao repouso nos intervalos de trabalho (PERES *et al.*, 2006).

Sobre a dimensão psicossocial do trabalho, verifica-se que os rígidos mecanismos de controle externo constituem fatores fortemente associados a sofrimento físico e psíquico, com pontos críticos tais como a restrição espacial dos postos de trabalho, demarcados por baias; ritmo acelerado das atividades, regido por sistema automatizado de resposta a chamada; inibição da criatividade e da autonomia, devido ao uso de scripts padronizados para o atendimento; controle compulsório de qualquer afeto por meio de uma cordialidade imposta; e impossibilidade de interação social espontânea com os colegas de trabalho. O resultado é penosidade no trabalho e incapacidade de mobilização para modificar a situação (SATO *et al.*, 2006).

Pesquisas documentais e de campo mostram que o uso intenso da tecnologia permite esquadrihar, eficientemente, ritmo, conteúdo e resultados do trabalho. As empresas organizam-se para atender ao maior volume de ligações possível e manter a máxima satisfação do cliente, por meio da busca tecnológica de controle total do comportamento do trabalhador (VILELA e ASSUNÇÃO, 2004).

Na dimensão cognitiva, os teleatendentes sofrem desgastes em enfrentar a diversidade do público que liga para a central e a variedade da demanda, o que exige concentração e prontidão constantes. Considerando o expressivo dispêndio emocional inerente à atividade, associado às falhas na organização do trabalho, manifestam-se diversas alterações psíquicas, especialmente no campo afetivo, como irritabilidade, mau humor, dificuldade nos relacionamentos e sintomas depressivos (VERAS e FERREIRA, 2006).

Os teleoperadores tentam enfrentar as dificuldades do processo de trabalho adotando soluções individuais,

para reduzir o peso do controle exercido pela empresa. Pesquisas realizadas por meio da técnica de “instruções ao sócia” apontam o anseio dos trabalhadores de escolherem o momento dos intervalos de repouso, a estereotipia de expressões verbais para reduzir tempo de atendimento e a busca de posição próxima a colega experiente e disposto a ajudar. A transgressão das normas torna-se tática fundamental para adaptação às situações, fazerem-se entender pelos usuários e saírem-se bem perante os chefes (OLIVEIRA, REZENDE e BRITO, 2006).

Com o avanço da revolução tecnológica e da globalização das relações econômicas, no final do século XX e início do século XXI, os telesserviços se reestruturaram e se expandiram em um novo cenário, com a incorporação de novas tecnologias de comunicação, desempenhando papel de principal interlocutor entre consumidores e empresas, situados, muitas vezes, fora dos territórios nacionais dos clientes, atuando em jornadas de trabalho estranhas à realidade do trabalhador, por estar associada à realidade do cliente.

O movimento de expansão e reestruturação do telesserviço é contemporâneo ao processo de privatizações do setor de telefonia, no Brasil, na década de 1990. Mais de dois terços dos *call centers* do país (76%) foram implantados após o processo de privatização do setor de telecomunicações, ocorrido em 1998. Esse dado sinaliza que a abertura para o setor privado gerou um ambiente fortemente competitivo e de redução nos custos de implantação e de manutenção desses serviços (ABT, 2006).

O principal setor contratante deste ramo é o dos serviços financeiros, seguido pelos de comércio varejista, telecomunicações, seguros e planos de saúde. Cerca de

80% das centrais de atendimento brasileiras estão concentradas no eixo São Paulo–Rio de Janeiro, com presença secundária significativa na região Sul. Sobre o tamanho, 1/4 dos *call centers* têm mais de 500 posições de atendimento, 1/4 têm de 100 a 499 e 1/2 têm de 10 a 99. O tempo médio inicial de treinamento observado é de quatro semanas, sendo que nos *call centers* próprios essa média é de cinco semanas e nos terceirizados é de três (ABT, 2006).

Este cenário exige novas formas de organização dos processos de trabalho no ramo, influenciadas pela reestruturação produtiva, um modelo híbrido com elementos do taylorismo e toyotismo, com flexibilização de vínculos empregatícios, terceirizações e precarização das condições laborais. Novas organizações políticas dos trabalhadores surgem nesse contexto, para oferecerem respostas aos constantes assédios, à pressão por metas de produção, ao banco de horas, às condições penosas. Os sindicatos da categoria têm, em sua maioria, fundação recente, fruto da articulação de alguns dirigentes de vanguarda, diante da debilidade da incorporação destes novos serviços às organizações sindicais tradicionais (ANTUNES, 2009).

No Brasil, existe uma cisão entre as organizações sindicais tradicionais que, em tese, deveriam representar os interesses da categoria, a saber: os Sindicatos dos Trabalhadores em Telecomunicações–SINTTEL, de base estadual, a Federação Interestadual dos Trabalhadores em Telecomunicações–FITTEL e a Federação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicação–FENATTEL. Tais organizações surgiram nas antigas empresas estatais de telecomunicação e agora não conseguem resolver os problemas políticos decorrentes da privatização, do aumento do nú-

mero de empresas, da heterogeneidade dessas empresas e das formas de precarização dos contratos de trabalho.

O crescimento exponencial do ramo dos telesserviços, nas últimas décadas, exigiu da categoria profissional a criação de sindicatos próprios, que contemplassem as reivindicações e pautas específicas, ante os constantes obstáculos das empresas e sindicatos patronais aos direitos trabalhistas.

No Ceará, a criação do Sindicato dos Trabalhadores em Teleatendimento-SINTRATEL/Ce, em 2005, foi tardia, mais de dez anos após o pioneiro, criado em São Paulo. Antes de sua fundação, os teleatendentes eram vinculados ao sindicato dos vigilantes. Daí os teleatendentes não se sentirem representados por sindicato pouco afinado com suas pautas.

As empresas, por meio de intervenções judiciais, tentam privar os sindicatos de suas receitas financeiras, como a contribuição sindical obrigatória. A batalha não se resume aos tribunais, pois, dentro das empresas há uma política de desqualificação do sindicato, com seus dirigentes sendo concebidos como perturbadores da ordem, e de atemorização dos trabalhadores, com ameaças de demissão ou de promoção indeferida, caso aproximem-se da luta sindical. Não existe federação que unifique, nacionalmente, estes sindicatos.

A Norma Regulamentadora n.º 17, do Ministério do Trabalho, editada em 2007, sobre teleatendimento/telemarketing, visa “estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcio-

nar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente”.

A partir desse documento legal, finalmente a categoria pôde avançar no debate sobre suas condições de trabalho. Contudo, a juventude do movimento sindical, a inorganicidade e a pequena qualificação dos trabalhadores, o aumento expressivo do número de empresas particulares no ramo e a grande demanda de serviço, aumentando exponencialmente a competição entre trabalhadores, impedem a garantia dos direitos legalmente adquiridos: a prática continua mais atrasada que a lei.

As pesquisas sobre saúde mental e trabalho terão de enfrentar vários embates, dois dos quais têm a ver com a contextualização histórica dos países da América Latina e suas sub-regiões produtivas. O que caracteriza, grosso modo, a América Latina? A organização do Estado, centro político forte, burocrático e autoritário, que funciona como eixo de realização até dos mercados, pois, aqui, até a economia não se realiza toda no mercado nacional, e sim na internacionalização/globalização e por decisões do Estado. No plano da cultura, embora tenhamos ricas e profundas expressões, o que vem de fora, dos centros, é que se sobressai e é dominante. No plano propriamente econômico, caracteriza-nos a heterogeneidade, que inclui globalização, internacionalização, trabalho escravo, trabalho infantil e escambo. No plano da história, fomos colonizados, tivemos escravidão e fortes oligarquias regionais.

DESAFIOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS PARA PESQUISA E AVALIAÇÃO DOS FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE

(Conferência proferida na I Conferência das Américas de Fatores Psicossociais, Estresse, Saúde Mental e Trabalho, Bogotá, Colômbia, outubro de 2012)

O caráter histórico-social do processo saúde/doença mental o constitui como um fenômeno especificamente humano e determinado pelo modo como as pessoas trabalham, desejam, organizam a identidade, sofrem, amam, dominam, se submetem, discriminam, rejeitam, aprovam, consomem, concebem o destino, o tempo e a morte, criam, objetivam a subjetividade, subjetivam a objetividade e fantasiam.

Como a consciência for produzida e se expressar em atividade, linguagem, trabalho e personalidade, por aí também serão compreendidas a saúde, o sofrimento e a doença, mesmo que se estabeleçam cortes analíticos, em dimensões como sexualidade, família, militância político-sindical, adesão religiosa ou trabalho.

Se a vida social submete, determina e unifica, pela diversidade, a vida biológica, deverá ser na articulação de níveis de determinação (biológico, econômico-social e psi-

cológico) que serão encontrados os procedimentos para compreender e intervir no campo da saúde mental.

Não podemos perder as relações de mediação, apenas usando categorias genéricas, abstratas ou empíricas, como o são classe social e população, alienação e estresse, pois tais conceitos, com estatuto de categoria explicativa em muitas teorias, não dão conta do adoecer concreto dos indivíduos ou grupos.

Deste modo, impõe-se o uso da lógica dialética, da articulação crítico-analítica de macro/meso/micro processos e da triangulação metodológica. O real compõe-se de elementos mensuráveis e não mensuráveis, em interterminação, sem redução esquemática a quantidades ou a qualidades.

Os transtornos mentais podem ter base predominantemente biológica, psicológica ou social, e cada uma destas bases pode expressar-se no comportamento de modo predominantemente biológico, psicológico ou social. Tais transtornos e suas expressões apresentam importância epidemiológica crescente. Os avanços da Medicina melhoraram os indicadores gerais de saúde, aumentaram a esperança de vida, reduziram a possibilidade da vida ser mecanicamente traumatizada, mas não garantiram hígidez.

Existem consideráveis avanços, teóricos e metodológicos, em referência à compreensão do processo saúde/doença mental, mas são teórico-abstratos ou descritivo-empiristas, faltando conformar o objeto, as categorias analíticas e os mediadores passíveis de operacionalização. Também estão em falta as condições de encarnar os novos conhecimentos em práxis transformadora.

O grupo de pesquisa Vida e Trabalho, da Universidade Estadual do Ceará, procura estabelecer um desenho metodológico que dê conta da complexidade da distribuição e da determinação do processo saúde/doença mental em populações qualificadas. A articulação interdisciplinar de estudos de caso, em série de recortes históricos ou em acompanhamento longitudinal, que incorpore o instrumental teórico da dialética à Epidemiologia, à Psicologia Social, à Sociologia do Trabalho e à Psicopatologia, torna a tarefa possível.

A investigação precisa operar os conceitos de totalidade, historicidade e contraditoriedade, além de garantir a preservação do valor explicativo de dados e informações e da revelação do concreto, como processo marcado pelos movimentos recíprocos do real e da razão.

A interpretação precisa revelar a formação, os modos de expressão e os efeitos, além de elaborar categorias que descrevam o empírico historicamente saturado, aparência mistificadora e essência mistificada, pois o objeto empírico e a interpretação são, respectivamente, os pontos de partida e de chegada da investigação. Também precisa dar conta dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares/irregulares de mudança, além de explicar as regularidades e as irregularidades dos fenômenos, em suas condições efetivas de construção.

O método precisa operar três pressupostos: 1- o da heterogeneidade histórico-estrutural da objetividade e da subjetividade; 2- o da heterogeneidade histórico-estrutural das populações humanas; e 3- o do comportamento como expressão da consciência, pois a doença mental

se objetivará como a consciência se objetivar. Também deve valer-se da triangulação metodológica, articulando saberes para darem conta de níveis analíticos específicos, com axiomática comum, e instrumentos de coleta de dados e de interpretação, quanti/quali, por nível analítico e dimensão. O uso de um só saber perde as outras faces da essência. O uso de um só nível analítico reduz e perde operacionalizações. O uso de um só instrumento não capta a complexidade.

A crítica social exige que os estudos se façam intencionalmente, delimitando territórios histórico-ecologicamente vivos, considerando o objeto (saúde/sofrimento/doença mental) e o objetivo (compreensão do processo de determinação; planejamento de ações de saúde coletiva; ou organização de uma rede de dispositivos de cuidados).

O denominador das compreensões é a construção de um perfil de reprodução social da população: partir da produção (mundo do trabalho), pela caracterização de como produz as condições de existência, e qualificar a reprodução (mundo do consumo e da sociabilidade), pela caracterização de como se realiza a reprodução material e imaginária. Pode-se inverter o procedimento operacional, o que se impõe é a articulação das duas naturezas da reprodução social (produção/reprodução).

O numerador das compreensões é a construção do perfil epidemiológico, em dois níveis: 1- empírico-descritivo, por censo de tendências (proporção, distribuição e formas de expressão de fenômenos e representações); e 2- abstrato-crítico (aprofundamento qualificado das tendências encontradas, surpreendendo as dinâmicas).

Se classe social é mediada por categoria profissional, grupo de consumo ou território; consciência e personalidade são mediadas por alienação/ideologia, ruptura sujeito/objeto e modos de reapropriação.

A cada momento que a relação subjetividade/objetividade tende para a ruptura, a insuportabilidade da experiência vazia de significados obriga sua reconstrução: vendo o abismo, inventando pontes ilusórias, construindo algo provisório e frágil, véus simbólicos revelando a natureza da contradição/ruptura ou negando que a contradição/ruptura exista.

As concepções dominantes atuais, de saúde e de doença, no mundo ocidental, são objetais, instrumentais, reducionistas e pressupõem norma objetiva, capaz de definir um modelo de saúde mental, mas não definem, em si mesma, isoladamente, a doença mental. Este é um problema de nossa ciência, não só de como se expressa na leitura cultural (saxã x latina) ou na leitura político-econômica (centro x periferia).

Saúde e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Seguindo Canguilhem (2009) e Foucault (2004; 2008), anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal e, assim, o processo saúde/doença precisa ser contextualizado, criticado e compreendido como realidade histórica, por meio de instrumental médico, fisiológico, psicológico, antropológico, sociológico, econômico e político.

Quando se fala em causa, pensa-se em efeito de acordo com certa lei, aplicável a todos os acontecimentos da mesma espécie. Aristóteles classificou as causas em

eficiente (princípio da mudança), material (base de onde surge ou pode surgir), formal (ideia) e final (para o que tende a ser), todas podendo ser encadeadas, simultâneas ou recíprocas. Tomás de Aquino distinguiu a relação princípio/consequência (genérica, segundo o intelecto) da relação causa/efeito (específica, segundo a realidade).

Na modernidade, Descartes propôs que causa e razão fossem identificadas, o que implicaria uma submissão dos acontecimentos às suas proporções matemáticas. Para Kant, a casualidade não poderia ser derivada empiricamente, mas não seria pura ideia da razão, tendo caráter simultaneamente sintético e apriorístico. Marx afirmou o caráter objetivo da causalidade e sua fonte na natureza, demonstrada pela vida prática do homem, e que a relação causa/efeito é dialética, sincrônica e diacrônica, resultante da interação complexa entre realidades e suas formas de totalização.

Defendemos para o campo da Saúde Mental este paradigma, por estabelecermos a produção das condições de existência como campo de determinação, e, atuando sobre o indivíduo, campo do fenômeno, uma vasta inter-relação de elementos: endógenos/exógenos, diretos/indiretos, gerais/ específicos. Também classificáveis como tóxicos, infecciosos, traumáticos, nutricionais, sociais, constitucionais, congênitos, hereditários e intrassubjetivos.

O resultado das interrelações depende da sequência, da intensidade relativa de cada um e da específica organização social, podendo desencadear corte ou desvio da história psíquica, ou da relação da história psíquica com a história da sociedade.

Ensaieemos um acordo conceitual (SAMPAIO, 1998):

Processo Saúde/Doença - Processo particular de expressão das condições de vida de uma sociedade, que representa as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes capacidades para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças. Tem tríplice e contraditória natureza: biológica, psicológica e social.

Personalidade - Momento externo da consciência, produto da atividade e do trabalho humanos, conformando certa unidade singular. Constitui a concretude da subjetividade para os outros, exposta nas relações, contendo elementos mais dinâmicos, que exigem criatividade e autorizam as mudanças, e outros menos dinâmicos, que se fixam na identidade e autorizam o reconhecimento de passado, presente e futuro.

Sofrimento Psíquico - Conjunto de mal estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, oriunda do antagonismo subjetividade/objetividade. Há menor capacidade de operar planos e sentidos para a vida, pelo sentimento de impotência e vazio, isto é, o eu é experimentado como coisa alheia.

Estresse - Categoria fisiológica, empírica, genérica, que visa denominar as adaptações, desadaptações e readaptações de todos os seres vivos diante das alterações de suas condições objetivas de existência. Se condições propícias, o estresse é funcional, desafia as defesas e as adaptações/readaptações, permite evolução exitosa dos processos e é denominado de eustresse. Se condições precárias ou desfavoráveis, o estresse é disfuncional, subverte as adaptações/desadaptações, gera involução e é denominado distresse. O estresse constitui fenômeno conatural à

vida e se expande nos humanos, pela capacidade de fantasiar condições.

Alienação - Categoria filosófica, teórica, genérica, que visa denominar as experiências de expropriação das possibilidades de objetivação do ser humano, devido aos estranhamentos e antagonismos produtor/produto, criador/criatura, representações/coisas representadas, a partir das relações objetivas de produção. A alienação se universaliza no Capitalismo, em decorrência de divisão do trabalho, assalariamento, terciarização, terceirização, burocracia, trabalho morto, produto abstrato e financeirização, assumindo duas formas: 1- fetichismo (coisas se convertem em valor); e 2- coisificação (valores se convertem em coisas).

Ideologia - Conjunto de normas e princípios que orienta, sustenta e justifica a ação dos grupos e das classes sociais, incorporado pelo indivíduo em sua ação cotidiana, ocultadas a fonte externa e a historicidade. A ideologia pode estar defendida, explícita e revelada logicamente no discurso, ou escamoteada, implícita e naturalizada, sempre com a função prática de fazer a vida ser levada com sofrimento mínimo e sem evidência dos interesses supra-individuais que envolvem as ações individuais.

Modo de Reapropriação - Expressão das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis os sofrimentos psíquicos. Mediação de alienação e ideologia em situação concreta, nos sujeitos concretos. Sua taxonomia serve de auxílio a Clínica, Psicopatologia e Epidemiologia, permitindo superar os limites dados pelas classificações segundo determinação, hipótese causal restrita ou organização de síndromes.

Doença Mental - Modo de reapropriação que revela o fracasso das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis os sofrimentos psíquicos, radicalizando o processo de distresse e de alienação, fazendo o sujeito viver tensões sem expectativa de solução ou aprofundar tentativas de abolir um dos polos das contradições.

Trabalho - categoria ontogênica que nomeia complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção das condições de existência e de organização social. No capitalismo, apresenta dupla e contraditória natureza: concreta (atos necessários à criação de determinado bem ou valor de uso) e abstrata (exploração do tempo socialmente necessário à criação do valor de troca). O trabalho parte de um projeto, gera utilidade, mercadoria, relações sociais e valores, transforma a natureza e o próprio homem, gerando saúde, estilos de vida, sofrimento e doença.

Perspectiva Analítico-Crítica – Aproximação interpretativa que considera que o modo como um fenômeno se afigura perante os sujeitos é aparência, portanto a condição para a cientificidade do conhecimento exige esforço sistemático de observação, análise, síntese, contextualização histórica e crítica teórica para revelar as estruturas subjacentes. O processo para revelar as essências é caracterizado pelo movimento dialético do real a ser conhecido e do pensamento que procura conhecer.

Triangulação Metodológica - Se o real apresenta processos mensuráveis e não mensuráveis, sua compreensão exige o estudo de frequências e tendências (aspectos quantitativos) e o estudo de relações históricas, valores

e representações dos sujeitos (aspectos qualitativos). A triangulação metodológica articula ferramentas quantitativas e qualitativas para expor os dinamismos pelos quais os determinantes confluem para tornarem-se concretos. O desvelamento do concreto pauta-se por um movimento contínuo de aproximação e afastamento, confrontando o empírico e o abstrato.

Todos estes conceitos têm origem em algum conhecimento prévio, e sua adequação ou inadequação às pesquisas não derivam de sua origem. Doença mental vem da Medicina, alienação vem da Filosofia, estresse vem da Fisiologia e trabalho vem de várias fontes, inclusive Tomás de Aquino e Karl Marx. O que precisamos é entender que o empírico e o teórico, o concreto e o abstrato, em cada situação singular se entrelaçam por mediadores, em que, no nível operacional, na microdimensão, discutimos técnicas, procedimentos e instrumentos: a proposta é a triangulação metodológica e a multi-instrumentalidade. Mas, no nível teórico, na mesodimensão, propomos a interdisciplinaridade em perspectiva analítico-crítica, e os processos de mediação geral/particular. Por fim, na macrodimensão, coloca-se a dialética de um acordo conceitual, como esboçado aqui.

UNIDADE 2

Trabalho em Saúde Mental

INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO

(Conferência proferida no Seminário "Acolher Cidadão: aperfeiçoando o SUS", Quixadá, Ceará, setembro de 2005)

É cada vez mais perceptível que saúde e educação representam a vanguarda do campo das prestações de serviço à humanidade. Assim, pode-se afirmar que Saúde Coletiva, incluindo aí a pesquisa, a comunicação de seus resultados e a educação para a saúde, constitui indicador complexo e sensível da qualidade de uma civilização. A articulação saúde-comunicação-educação-civilização deve ser, portanto, um dos principais motivos de prática e discurso para políticos, pesquisadores, educadores e trabalhadores da saúde.

Não é possível fazer avançar este raciocínio sem o deslocarmos para as questões levantadas pelo planejamento, ferramenta racional por excelência que embute, em seu início, seu momento de largada, um forte núcleo afetivo, não racional, caracterizado pela insatisfação diante de uma situação real e pela construção de um cenário desejado, isto é, de uma utopia. A transformação de uma necessidade concreta não percebida, para uma necessidade percebida, em seguida para um desejo que se articule

coletivamente como demanda social e receba resposta operada pelo poder público, constitui um processo fantástico e dramático que nos obriga a uma reflexão profundamente crítica.

Insatisfação, demanda e cenário desejado apresentam dinâmica material mas, estruturalmente, apresentam dinâmica psicossocial sempre reformulada pela realidade material alcançada. Cada conquista engendra novas necessidades, atitudes, fantasias, além de reformular as anteriores, e assim não há, jamais, saturação, não há fim da estrada ou fim da história.

As ideias formuladas, a partir do deslocamento do raciocínio para a problemática do planejamento, orientam uma decisão: humanização não é fenômeno fechado, conceituável de modo permanente, passível de encerramento categórico. Humanização é utopia, problemática a ser enfrentada no presente, sobre melancolia derivada da perda de vínculos e estilos de vida do passado, tudo projetado nos anseios de um futuro concebido como melhor.

A despeito dos grandes avanços organizacionais e políticos do campo da saúde, no Brasil, os serviços públicos de saúde aparecem, diante da população, por meio de um conjunto de percepções que podem ser resumidas no seguinte dicionário: burocracia, incompetência, insensibilidade, massificação, anomia, normatividade, compulsoriedade e autoritarismo. Numa perspectiva progressista, tornada significativa pelos princípios da democracia e da justiça social, convêm mudar este dicionário de representações para outro: respeito, dignidade, competência relacional, grupalidade, qualidade, pessoalidade, contratualidade, autonomia, satisfação e cidadania.

O enfrentamento dessa problemática, a partir dessas visões e no ambiente da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde-PNH (MS, 2004a), indica que o fenômeno da humanização é complexo em expressão e emergência, obrigando a discriminar três naturezas de sujeitos envolvidos, quatro redes conceituais e cinco campos de determinação:

Natureza dos sujeitos envolvidos = 1- administradores; 2- trabalhadores; 3- clientes.

Redes conceituais = 1- necessidade>desejo>demanda>satisfação>; 2- direito>dever>acesso>controle>cidadania; 3- relacionamento>encontro; 4- humanitarismo > humanismo> humanização.

Campos de determinação = 1- ético, fundamentos do humanismo; 2- cultural, costumes, valores e crenças; 3- político, direitos, deveres e cidadania; 4- estético, do conforto e da beleza; 5- psicossocial, satisfação de um encontro.

QUADRO 1: Palavras-chave para as dimensões da humanização

<p><u>ÉTICA</u> Princípios do Humanismo Falibilidade e Erro Consequência Moral Direitos e Deveres Equidade e Igualdade</p>	<p>HUMANIZAÇÃO</p>	<p><u>POLÍTICA</u> Poder, Prestígio e Interesse Democracia e Universalidade Cidadania e Contrato Gestão Participativa Controle Social</p>
<p><u>CULTURA</u> Crenças e Expectativas Valores e Dignidade Representação do processo saúde/doença</p>	<p><u>PSICOSSOCIAL</u> Acolhimento e Resultado Satisfação e Respeito Autonomia e Pessoalidade Competência Relacional</p>	<p><u>ESTÉTICA</u> Beleza Conforto Funcionalidade Criatividade</p>

Mas, para a compreensão dos níveis e das categorias de análise, a articulação democrática dos sujeitos envolvidos e a grande dimensão da tarefa de mudar o dicionário de valores é preciso enfrentar um fato histórico: qualquer dos principais eixos de humanização, seja aquele que constrói a diferença entre seres humanos e animais, seja aquele que constrói a diferença entre afeto e técnica, ou ainda aquele que constrói a diferença entre alienação e emancipação, não constitui práxis social permanente e sistemática no Brasil. As explicações podem ser encontradas em vários outros determinantes:

Pela história político-social de surgimento do Estado (chegada da corte portuguesa, 1808) antes da consciência de Nação e de Povo brasileiros.

Pela história político-econômica sempre com *status* subordinado, dependente e periférico em relação ao desenvolvimento internacional do capitalismo mercantil colonialista, nos séc. XVI a XVIII, do capitalismo industrial imperialista, no séc. XIX, e do capitalismo financeiro global, nos séc. XX e XXI.

Pela inexistência de um sistema de instâncias de mediação entre o geral das leis (Constituição, Declaração dos Direitos Humanos, Códigos Deontológicos) e o particular da vida social (o encontro entre demanda de saúde e oferta real de cuidado, na situação concreta de um serviço).

O desafio, portanto, é o de operacionalizar a comunicação e a educação, de modo sistemático e permanente, no sentido do combate a alguns vícios contumazes, realmente bastante persistentes:

Burocratização – A administração que somente serve aos fins próprios de autorreprodução, criando dificuldades para vender facilidades, com ênfase na disciplina, no autoritarismo e na plethora de normas contraditórias;

Academização – A aplicação do rigor científico, de protocolos e de procedimentos experimentais ou quase experimentais, numa situação dinâmica viva, como é da gestão e atenção em saúde;

Politização – A transformação de tarefa do Estado em tarefa de Governo, apropriando demandas da sociedade nas mãos de indivíduos ou grupos que controlem o poder, ocorrendo assim ideologização e partidarização;

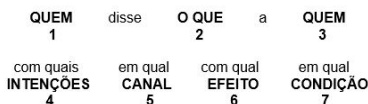
Positivização – A objetivação plena da subjetividade e o reducionismo quantitativista de tudo o que seja qualidade; e

Mercantilização – O contínuo estabelecimento de preço para o que é valor, transformando todo valor em valor de troca.

Com o conceito de instituição mediadora, Adorno *et al.* (1950), ensinam que entre os seres humanos não há pertinência imediata indivíduo-sociedade. O complexo processo de desenvolvimento dos humanos é o complexo processo de desenvolvimento dos modos de produção de suas condições de existência, com a articulação heterogênea de instâncias como família, trabalho, religião, partido político, *mass media*. Em cada organização específica, as instâncias ocupam lugar diferente na rede de determinação das características psicossociais dos grupos e indivíduos.

Não é possível entender personalidade, consciência, representação, atitude, comportamento, sem entender a condição material dos grupos e indivíduos e sem entender

posição e natureza das instituições mediadoras ocorrentes em cada situação social singular. O desafio é esboçar uma primeira aproximação entre comunicação de massa e um conjunto de experiências, emoções e representações socialmente satisfatórias denominada saúde. Lançando mão da clássica proposta de Harold Lasswell (Rabaça e Barbosa, 1978) tem-se o seguinte:



1 - Emissor 2 - Conteúdo 3 - Receptor 4 - Objetivo
5 - Meio 6 - Resultado 7 - Ambiente

Pode-se deduzir deste esquema que comunicação de massa, por exemplo, fica configurada quando se obtém o máximo de audiência, por meio do máximo de eficiência de um só canal, num só sentido, e se instala uma tensão que resulta diretamente do conflito entre estereótipo e densidade, pois signos que se aplicam a tudo acabam por nada significar, a mudar de sentido arbitrária e velozmente ou a serem usados independente de suas intenções.

Os estudos de Lazarsfeld e Merton (1948) sobre as funções e as disfunções da comunicação de massa, permitem avançar um pouco mais: conferir prestígio, padronizar normas sociais e narcotizar o público, pelo conhecimento sem possibilidade de atuação. Estas funções/disfunções são importantes e estimuladas por determinado tipo de organização social, porém são secundárias às tarefas objetivas de distribuir informações e expor mercadorias, tarefas estas inerentes a uma sociedade complexa, constituinte de um modo capitalista de produção.

O semiólogo Umberto Eco (1971), ao arrolar vantagens e desvantagens da comunicação, destaca a comunicação de massa, coloca democratização e diluição das barreiras de classe como vantagens, por atenderem a necessidade não eliminável em sociedades complexas, e conformismo, superficialidade e homogeneização, como desvantagens, pelo reforço ao *status quo*.

Parece faltar nestes estudos, além da hierarquia entre funções/disfunções e entre vantagens/desvantagens, tomadas como equivalentes, uma análise da dupla natureza do valor da informação em nossa sociedade: valor de uso, daí ser capaz de satisfazer necessidades humanas objetivas, pois a relativa independência das informações geneticamente transmitidas obriga os seres humanos à construção da cultura, isto é, ao conjunto das informações socialmente transmitidas; e valor de troca, com preço e possibilidade de negócios, daí sua inclusão no mundo da mercadoria e das manipulações ideológicas.

Muitos autores levantam as características da mercadoria-comunicação e destacam que a psicodinâmica de sua emissão busca, principalmente, por meio da divulgação de fatos, produtos ou estilos de vida, organizar o pensamento coletivo no sentido dos interesses do proprietário do meio de comunicação. E como esta organização se daria? Pelos recursos à simplificação (*slogan*), à constituição de um inimigo comum (bode expiatório), à orquestração (repetição exaustiva de temas simplificados), à transfusão (identificação da nova mensagem com ideias oriundas da tradição), ao contágio (dar à mensagem o tom de vontade geral), à reivindicação (dar um tom de resposta definitiva a anseios) e à afetividade (apelo exclusivo a emoções).

Se a comunicação de massa permite mudança dos sinalizadores e se não é eliminável em sociedades complexas, que vontade política deve dela se apropriar ou controlá-la, para promover suas características democráticas? Censura prévia ou indução de autocensura, critérios de concessão de canais, anúncios estatais ou privados e agências de notícias forçam todos os meios no sentido da padronização da mensagem e do requinte tecnológico, produzindo populações passionais e acríticas, aumentando os custos de operação para facilitar o controle monopolista. A plethora de contradições e pretensões explode o meio e o estereótipo, produz dissonâncias e radicaliza polarizações que se pretendia velar. Como então usar a comunicação de massas para as mensagens sutis da humanização e para a mudança real do dicionário de representações negativas?

Em sociedades democráticas, onde melhoram os controles e respostas da sociedade civil, ela também faz supurar as pústulas da organização social como falta de segurança, os preconceitos, as formas de exploração do trabalho, os impasses burocráticos, os acidentes, as querelas do poder, os atrasos, os crimes, os bolsões de miséria. Mesmo neste processo positivo de denúncia de mazelas, acontece perversão como, também, é mercadoria e grande expositor de mercadorias, buscando otimizar audiência, sintoniza com certa insensibilidade massificada e explora os escândalos ao máximo até o esgotamento apelativo, até reduzi-los a espetáculo-ritual, sem crítica ou aprendizado superativo.

Os brasileiros, conforme DaMatta (1980), vivemos continuamente o precário equilíbrio indivíduo/pessoa:

Indivíduo – Sujeito, em sociedade competitiva, pertinente a espaço público, impessoal, universal, igualitário, capaz de organizar emoções particulares e consciência pontual, aparentando prescindir de mediação entre ele e a sociedade. No Brasil já temos um país urbano, anônimo, individualista, de valores de mercado.

Pessoa – Sujeito, em sociedade pré-capitalista, pertinente a espaço privado, personalizado, conhecido, hierarquizado, receptor de regras, capaz de organizar consciência onde o social é precedente e totalizante, que fica exposto à visibilidade das mediações entre ele e a sociedade. No Brasil ainda temos um país agrário, familiar, patriarcal, semifeudal escravista, paternalista e patrimonialista, de compadrio.

Para qual Brasil dirigir a mensagem? O país ideologicamente agrário não oferece escala suficiente de mercado, mas oferece os temas da tradição para legitimar as novas mensagens. O país ideologicamente urbano oferece mercado, mas não alimenta o imaginário, a representação, com densidade naturalizada. Parece que o caminho encontrado pela mídia está na solução de compromisso, o máximo de transfusão para o máximo de mercado, com o objetivo de reforçar a lógica da modernidade (como tecnologia e estrutura de sistema) urbana e individualista. Então, os problemas de uma sociedade holística (papéis sociais presos à tradição, controle ritualizado dos gestos, ausência de repouso do papel social) multiplicam os problemas postos pela sociedade individualista competitiva (imprevisibilidade da escolha de papéis pela absoluta liberdade virtual) e faz com que as diferentes máscaras percam unidade, que as situações sociais percam sentido e os sujeitos anônimos,

iludidos com o grande poder virtual, percam o poder real sobre seus destinos.

Indivíduos/Pessoas que apresentam mal estar e por causa dele, simultaneamente, procuram um psiquiatra para tratar “dos nervos”, um babalorixá para tirar “o encosto”, um delegado para se “queixar” dos vizinhos e um vereador para pedir “ajuda”.

Indivíduos/Pessoas de origem rural, trabalhando em espaço industrial, morando em favela (espaço *lumpen*), possuindo aparelho de TV e nenhum dinheiro para comprar o que a mídia propaga, convertendo-se do catolicismo (igreja dominante, tradicional) a alguma confissão evangélica (com culto-espetáculo na TV).

O desenvolvimento simultâneo de uma ideologia explicitamente autoritária, conformista, e de uma difusa cultura autoritária, onde a violência policial, a arrogância burocrática e a miséria são deslegitimadas, mas reafirmadas pelo populismo radiofônico e pelos inúmeros circuitos liberais e estatais de caridade. A ambivalência é politicamente necessária, pois quanto mais difícil for a identificação de objetivos e métodos reais de ação do poder, tanto menos consistente será sua contestação.

Antes de uma sociedade se organizar politicamente para fazer face aos sistemas hegemônicos, ela passa por formas puramente reativas de comportamento, por meio de problemáticas individuais que vão se estendendo e se pluralizando, ela passa por inúmeras formas pré-políticas de resistência e pela contestação dos esquemas simbólicos de legitimação do poder. A comunicação se propõe a apreender este processo, devolvendo modelos de contestação que permaneçam na crítica simbólica, isto é, trans-

formando a contestação numa cosmética da contestação. No lugar das revoluções substantivas, oferece revoluções semânticas.

Usando uma categorização cara ao marxismo, a comunicação de massa participa da supraestrutura, mas com grandes poderes relativos de autonomia. A ilusão de que as transformações infraestruturais determinam por si as mudanças na continuidade da supraestrutura pode fazer ocorrer o contrário e as velhas formas de vida consolidam-se até o ponto de neutralizar e até mesmo anular as novas estruturas conquistadas.

A linguagem popular é caricaturada e a nivelação dos signos é feita pelo alto dos interesses sociais. Isto resulta num paradoxo: grande parcela da população, parte daquela constituída como alvo privilegiado, fica aquém dos significados, e, não os compreendendo, retiram deles apenas certo efeito lúdico-mágico. Dependendo das informações prévias e das estruturas simbólicas sedimentadas, as novas mensagens receberão significados diferenciados. Uma criança lê, no livro *Os Três Mosqueteiros*, a aventura, a valentia, o enredo de lutas e glórias heroicas; um adolescente lê, em *Os Três Mosqueteiros*, a disputa amorosa, os jogos românticos de conquista; um adulto culto lê, em *Os Três Mosqueteiros*, um abrangente painel dos costumes sociais, políticos e econômicos da França, pela metade do século XVII. E isso tomando apenas idade como variante. Imaginando quatro faixas etárias significativas, dois sexos, três gêneros, cinco classes politico-economicamente constituídas e três tradições etno-culturais, têm-se inúmeras possibilidades psicossociais, com suas especificidades simbólicas e histórico-estruturais.

O saber psicológico vem instruindo uso de cor, postura, guarda-roupa, prosódia e quantidade de exposição das mensagens, visando o aperfeiçoamento das características massificadoras da comunicação. Entre os temas que atraem a mídia, destacam-se aqueles que determinam e/ou são determinados por modificações psicossociais: roubo, assassinato, suicídio, estupro, sequestro, arrastões, crimes passionais ou intrafamiliares, mortes em massa, vícios.

A preocupação não crítica com estes temas insensibiliza a audiência, levando-a ao conformismo do “é sempre assim” ou ao escândalo moral como um rito vazio. A supervalorização não crítica introduz distorções maiores na função/disfunção de conferir prestígio: parece que só o cometimento de crimes garante aparecer na TV. Os problemas existem, objetivamente, decorrentes de certas lógicas econômico-sociais, daí a mídia os colhem, os destacam, os esteticizam, os glamourizam e os reforça de todas as maneiras, com a ajuda dos saberes psicológicos, que instruem pesquisas de opinião, *marketing* e criação de mercado. A audiência é surpreendida com informações colhidas da própria audiência, via pesquisa de opinião, que oferece como resposta o próprio desejo, como explicação o próprio fenômeno empírico. As pesquisas indexam produtos a modos de vida, podendo levar à substituição da conquista do modo de vida pelo uso do produto.

Uma grave consequência das técnicas de manipulação do saber psicológico pela mídia é o reforço das dinâmicas de dependência. A solução para os problemas é vendida como vinda de cima para baixo e de fora para dentro. As metas apregoadas são autoritárias e competitivas. Aqueles que não atingem o ideal da norma são excluídos dos bene-

fícios e incluídos em guetos mercadológicos: feios, gordos, baixos, velhos, negros, nordestinos, homossexuais, deficientes, dependentes químicos etc. O movimento de cooptação reforça a diferença (viva o gordo, *black is beautiful*, deficiente é gente, feio também tem coração, velho é cultura) para em seguida tudo voltar à acomodação anterior.

A recriação permanente de necessidades materiais e espirituais, na ausência de condições concretas de realização, cria uma grande voracidade, a de engolir ideias-coisa e/ou coisas-coisa, principalmente o que oferecer paraísos a baixo custo. Amor sem negociação e conquista, prazer instantâneo tipo *self service* e *fast food*, paz e felicidade em drágeas, cápsulas ou ampolas. Produzida a carência e os dinamismos de dependência, vem a escolha do objeto viciador e a TV pode veicular algum (o tranquilizante na cena da novela, a dose de *whisky* para mediar relações e negócios) ou se oferecer ela própria como objeto (a novela ou o Big Brother como vício).

Quanto maior a extensão da divisão de trabalho, do assalariamento, da terciarização, da terceirização, do trabalho morto e da especulação financeira, mais a alienação se torna universal, difusa e sutil. Quanto mais alienado e oprimido, menos o indivíduo domina a globalidade de sua cultura. Esta multiplicação de alienação universal, opressão sutil e dependência subliminarmente induzida, ajuda os sujeitos sociais a se tornarem cada vez mais individualistas e subjetivistas e ajudam a coletividade a trilhar caminhos mágico-místicos: a família ajoelhada, todos de cabeças curvadas e mãos postas, adorando um doutor-sabe-tudo ou um aparelho de televisão.

A comunicação de massa auxilia a universalização cada vez mais sutil da alienação e das estratégias de dominação, mas também pode auxiliar o processo de democratização e de acesso socialmente justo às riquezas produzidas, criando, recriando, operacionalizando e difundindo o imaginário da liberdade, da autogestão e da alegria de ser humano. E tudo vai depender de quem possa controlar seus meios. Sem uma política pública de comunicação de massas as ações serão paliativas, gotas d'água no oceano, enxugamento de gelo. Mais uma campanha preventiva de algo solto, acontecendo entre a propaganda de sabonete e o noticiário de uma guerra qualquer. Mais uma advertência sem charme e silenciosa ao final de um choque, uma explosão visual, de afeto e glamour.

O que se percebe, por um lado, é a supervalorização otimista dos avanços biotecnológicos, sem qualquer constrangimento ético: novos medicamentos, novas cirurgias, transplantes, clonagens, transgênicos. Por outro lado, a urgência de más notícias: a nova doença, o novo vírus, a fila de espera, a falta de vagas, o erro cirúrgico. Tudo é jogado, sem contexto. Mas, queira-se ou não, os jornalistas desempenham o papel de educadores e participam da construção de conteúdos simbólicos em saúde, positivos e negativos, críticos e alarmistas.

Castiel (2003) desenvolve percuciente estudo sobre a comunicação em saúde e nos remete a uma pesquisa realizada por três instituições britânicas, a Royal Institution of Great Britain, o Social Issues Research Centre e The Royal Society. Estas instituições apresentam duas pautas para a comunicação menos ambígua, mais adequada numa perspectiva psicossocial crítica, em ciência e saúde, uma para o jornalismo, outra para os campos da ciência e da saúde.

Para o jornalismo:

- Garantir credibilidade técnica das fontes;
- Oferecer informação detalhada acerca da adequação dos procedimentos e métodos da pesquisa;
- Destacar a existência de avanços importantes nos achados e conclusões;
- Enfatizar o estado da arte, demonstrando se os achados são ou não preliminares, se concordam ou não com o conhecimento hegemônico, se foram generalizados com rigor ou não etc;
- Enfatizar a comunicação de riscos, absolutos ou relativos, e dos graus de biossegurança;
- Antecipar impactos, identificando ansiedade, pessimismo ou otimismo passíveis de serem gerados no público, ressaltando as advertências necessárias;
- Apresentar a posição de outros jornalistas ou editores especializados;
- Apresentar a posição de outros especialistas no campo em foco.

Para os campos da ciência e da saúde:

- Desenvolver convívio com a mídia e com outros especialistas já familiarizados;
- Atentar para a credibilidade do veículo, obtendo informações sobre seu desempenho anterior;
- Informar com precisão, evitando exagero sobre o significado dos achados, indicando outras in-

interpretações sobre os achados e a interferência de aspectos subjetivos;

- Comunicar riscos e benefícios relativos aos graus de segurança;
- Enfatizar a biossegurança e explicações apropriadas sobre a impossibilidade de proporcionar segurança absoluta;
- Instrumentalizar-se para as correções, as contestações e os recursos jurídicos, no caso de publicação de informações incorretas ou distorcidas.

Vasconcellos-Silva (2003), estudando impressos hospitalares, destinados aos clientes e que buscam atingir metas comunicacionais, identifica que eles atribuem peso excessivo à dimensão cognitiva-transmissional e tendem: 1- a desconsiderar que os impressos refletem a fragmentação e a autonomização organizacional (cultura fragmentária, especializada, instrumental, geradora de dialetos técnicos, assumindo uma complexidade lexical de modo ingênuo ou arrogante); 2- a representarem conjunto de mensagens padronizadas e unívocas (presunção da palavra com significado universal, linear, sem negociação de intenções e interpretações); 3- a suporem recepção homogênea (desconsiderando as motivações específicas dos parceiros do processo comunicativo, que são observados como consumidores de informações confiáveis, assim a relação do técnico com o leigo torna-se relação do adulto com a criança); e 4- a disparidade dos interesses que estruturam os conteúdos (a natureza dos interesses é que dá sentido aos conhecimentos, e não apenas a informação, assim os trabalhadores de saúde parecem insensíveis às peculiaridades

dos interesses de seus clientes, cristalizando organicismo e formação especializada) e a oferta dos dispositivos comunicacionais como um fim em si, não como um meio ou pretexto organizado para um processo de diálogo, auxílio, suporte, para uma relação.

As revisões da literatura no campo da educação em saúde de Arthur (1995) e de Rozemberg, Silva e Vasconcelos-Silva (2002) revelaram que a maioria das publicações que lida com impressos apresenta a própria produção deles como objetivo final, buscando legitimar a ação institucional e retroalimentar as metas dos programas no âmbito dos quais surgiram. Deste modo, sempre predomina o ponto de vista do especialista, em detrimento das expectativas da sociedade leiga. A avaliação junto ao usuário, quando ocorre, é trivial, sem esclarecer as estratégias e experiências de apropriação das mensagens. Raros estudos se ocupam das racionalidades, motivações, lógicas de utilização, e do sentido das mensagens informativo-educativas, no universo do público aos quais eram endereçadas. Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios.

A lógica que acompanha a noção do indivíduo como “recipiente vazio” (GOODE *et al.*, 1996) inclui a expectativa de que os usuários somente realizam boas escolhas em saúde se forem informados por médicos ou enfermeiros, por exemplo. Superar esse mito relacionado ao poder da transferência de informação, requer dos trabalhadores e dos programas o reconhecimento de que tanto a saúde

quanto seus significados não podem ser separados da situação em que essa definição se dá. Tanto a prevenção quanto a promoção precisam compreender e problematizar de maneira crítica e aberta, a sua relação com os valores e decisões tomadas em contextos socioculturais distintos. São recomendáveis, portanto, a inclusão dos clientes nas comissões de elaboração das ferramentas de comunicação e a criação de espaços de reflexão coletiva dos profissionais que lidam com o público, abrindo frentes de compartilhamento de conhecimentos.

Uma política de saúde não se faz apenas para distribuir mais cuidados a mais habitantes de um território e sim para que os seres humanos possam imaginar e criar novos significados, novas competências e novos estilos de vida. Assim urge compreender as linhas de organização psicossocial da própria população, o que a tecnologia comunicacional está fazendo com ela e que vontade política utilizar para a reorganização do simbólico e do real a serviço dos interesses coletivos, na perspectiva de uma política de saúde democrática, que tenha como eixo a humanização.

Deste modo, impõe-se permanente atenção sobre informações, meios e linguagem não verbal, explicitando intenções e solicitando interpretações. Um filme de antiga campanha de combate à AIDS apresentava uma mulher jovem e bela, desnudando-se para o banho, *box* de vidro temperado, chuveiro elétrico e farto jato d'água, gestos delicados e sensuais, subitamente um *close* de rosto e a fala: "Eu? Eu me cuido". O grande problema é a população de duzir que se pode prevenir AIDS tomando banho naquela *toilette* de luxo.

A Educação para a Saúde

Com extraordinária competência, Bizzo (2002) enfrenta a construção de um painel sobre a difusão científica, aplicada especificamente ao campo da saúde, distinguindo a comunicação (multivariada, desde o contato em situação clínica de um cliente com um trabalhador de saúde, até as notícias de TV) e a educação (sistemática, no ensino básico de ciências, nas escolas de formação dos profissionais e nos programas da atenção primária). A sistematização apropria-se de uma biblioteca de quarente autores, aplicados ao campo da saúde, e de seis grandes referências teóricas (Bacon, Chauí, Durkheim, Khun, Mannheim, Merleau-Ponty).

O conteúdo da comunicação para a difusão científica em saúde, tanto aquela *lato sensu*, como aquela organizada dentro da educação, demanda explanação dos dinamos dos problemas de saúde, clareza, estilo conversacional e rigor, mas, na maioria das vezes, tais requisitos estão ausentes. A sociedade tem, por exemplo, grande necessidade de conhecer a prevenção, o desenvolvimento e o tratamento das doenças, entretanto, a despeito de ser evidente que todos têm a necessidade e o direito de conhecer o processo saúde/doença, estes conhecimentos são repassados de modo pontual, frágil, fragmentário e obscuro.

A prescrição de fórmulas, de receitas prontas, prejudica o diálogo, a reflexão e a negociação do processo comunicacional. Portanto, a educação para a saúde deve basear-se em métodos crítico-analíticos, problematizadores, favorecedores do intercâmbio e da autogestão, de modo a produzir uma compreensão do comportamento de indiví-

duos e grupos, vinculado ao contexto histórico, socioeconômico e político. É preciso saber das condições e construir um engajamento capaz de transformá-las.

A essência paternalista do modelo de educação em saúde, predominante no Brasil, conta com o pouco questionamento da população, por baixa escolaridade e timidez de oprimido. Conhecendo melhor suas próprias condições de saúde, o indivíduo pode atuar como agente do próprio desenvolvimento, pois se sabe que a simples prescrição de comportamentos ou atitudes torna os indivíduos mais dependentes, passivos, pacientes. A superação desse modelo paternalista e informativo implicaria em adotar um processo comunicacional bidirecional, transpondo o direito puro e simples à informação e atingindo a decisão sobre o próprio tratamento.

Evidencia-se no contexto de saúde o cliente reproduzindo o discurso médico, sem compreender seu significado, o que resulta em busca de proteção mágica, regressão e submissão, como resultado do fracasso do esforço em compreender e dominar a doença. O que se tem é uma educação para a doença, obrigando a população a construir conhecimento a partir dos fragmentos de informação e do silêncio dos pretensos cuidadores.

O Programa de Saúde da Família de Icapuí, Ceará, durante vários anos desenvolveu um projeto de comunicação e educação em saúde denominado “Corpo Meu, Minha Morada”. O município tem belíssimas praias, de dunas e coqueirais, ambos envolvidos por dias ensolarados e noites de brisa suave. Em certo entardecer, a equipe dramatizava cenas do cotidiano que derivassem de problemas de saúde e uma mulher de cinquenta anos entrou na roda, disse

que havia caminhado três quilômetros, sobre as dunas, para estar ali, e que havia sido submetida a uma operação cirúrgica, na capital do estado, há menos de um mês. No interior do Ceará existe, rigorosamente cumprida, a prática do “resguardo” de pelo menos um mês, sobretudo em cirurgias de “barriga aberta”, como aquela mulher se decidira a tal caminhada, ainda no período de resguardo? Ela respondera que os médicos da capital disseram ter tirado dela uma tal de vesícula e ela até hoje não sabia o que tinham tirado dela, mas ela precisava saber. A equipe, usando bonecos, dramatizou o corpo humano e indicou lugar e funções da vesícula. A cada gesto ela se encantava, cada vez mais inquieta e risonha, até a revelação: “Já sei, eles me tiraram o fele” (fel = vesícula). Os trabalhadores de saúde, com destaque para o corpo médico, com suas tecnologias, seu dialeto greco-latino, seu organicismo positivista, sua racionalidade invasiva e extirpadora de sintomas e órgãos não tem tempo para o diálogo, para o cuidado com o universo simbólico, com a construção de significados ou o vazio neurotizante gerado pela ausência deles. Nas dunas, junto ao mar, esta filha, esposa e mãe de pescadores, tratadora de peixes e de frangos, esta mulher felizmente decidida e teimosa, num município assolado por uma febre de cidadania e projetos sociais críticos, descobre do que ficou amputada, do fele.

Para Bizzo (2002), tanto na área de educação quanto na de saúde, o enfoque em sujeitos abstratos e não em indivíduos concretos, o predomínio da lógica curativa e não preventiva, a relação desintegrada entre atendentes e atendidos, a abordagem unidisciplinar e não multidisciplinar, a evidente descrença dos profissionais em trabalhar de for-

ma participativa com a comunidade e a falta de qualificação desses profissionais, constituem entraves à comunicação nos âmbitos da comunicação e da educação em saúde. A insuficiência de treinamento e de recursos gera apatia, rotina e repetição, assim nascem os “silêncios”, por parte de quem “ensina” e de quem “aprende”: silêncio da dificuldade de comunicação entre estranhos, silêncio do desinteresse e da desigualdade, silêncio da resistência e do bloqueio emocional, silêncio da permanente desconfiança.

A alfabetização em ciência é parte integrante do processo democrático, ao socializar o conhecimento científico de forma a encorajar o debate público e dificultar a centralização de decisões nas mãos de tecnocratas, e é consubstancial à utopia humanística, ao auxiliar cada indivíduo a aproveitar seu potencial, inclusive o biológico, instrumento que é da melhoria da qualidade de vida, da autonomia, da dignidade e da cidadania. O conhecimento útil deve ser traduzido para as representações da vida, inclusive para a tomada das decisões cotidianas, sobre que trabalho fazer, que alimento ingerir, que roupa vestir, que casa habitar, que transporte tomar, em qual cidade viver, numa compreensão ordenada do mundo, que dá poder de ação adequado e eficaz. É preciso enfrentar, portanto, o excesso de conteúdo, o predomínio de atividades de memorização sobre as de compreensão, a centralização excessiva em livros-textos, a inadequação à realidade e ao contexto social e a ocorrência de profissionais incompetentes.

Respeitando debates como este, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS, 2004b) considera a responsabilidade constitucional do gestor federal do Sistema Único de Saúde-SUS de ordenar a formação de recursos

humanos para a área da saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde. A referida política opta por um foco, o trabalhador, e um conceito pedagógico, o de Educação Permanente, esse como ferramenta teórico-operacional capaz de efetuar relações orgânicas entre ensino e serviço, docência e assistência, formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, buscando realizar a agregação entre aprendizado, a reflexão crítica sobre o trabalho, a resolubilidade da clínica, a promoção da saúde coletiva e os processos de gestão.

O maior desafio é o de aproximar transmissão de informação com mudanças de atitude. Chiaravalloti *et al.* (2002) demonstram que o processo de incorporação das práticas preventivas pelas pessoas, não depende unicamente do grau de conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção, pois o desenvolvimento de atividades rotineiras implica o aumento satisfatório do grau de conhecimento, mas o mesmo não acontece com relação à mudança dos comportamentos e práticas. Os programas de prevenção, por exemplo, não promovem a participação da comunidade na busca de soluções e desconsideram a construção compartilhada do conhecimento a partir do saber científico e popular.

Um grande problema, identificado por Valla (1993), em relação à promoção de campanhas preventivas, é a responsabilização as pessoas pela ausência de participação e pela não adesão à prevenção, num processo de culpabilização individual que pode ser denominado de “ditadura da urgência”, quando as autoridades tentam conter as

epidemias com programas emergenciais, transferindo, até tecnicamente de modo justificável, a execução de procedimentos para a responsabilidade da população, mas sem que o processo seja participativo e a identificação com a missão seja orgânica.

Compreender o conhecimento que os trabalhadores de saúde dispõem sobre o processo saúde/doença e sobre os processos de reforma do setor, além de compreender as reações dos trabalhadores de saúde aos movimentos de re-estruturação do setor “are important in assessing whether reforms can effectively reach their goals, since human resources factors can obstruct technically well-designed reforms and consequently deprive populations of their potential benefits” (RIGOLI e DUSSAULT, 2003). Pois fica evidente que “people working in health services are not exclusively “instruments” for delivering necessary health care. They are strategic actors, who can act individually or collectively to modify the governments’ projects” (RIGOLI e DUSSAULT, 2003).

A educação permanente em saúde mantém a atualização das competências técnicas dos trabalhadores, assim como estimulam o aperfeiçoamento do contrato psicológico, do vínculo entre os objetivos organizacionais e os motivos individuais, reforçando as competências relacionais. Além do mais, habilidades técnicas e relacionais não existem fora da cultura, fora de um quadro de valores compartilhados, e, no Brasil, os trabalhadores do setor saúde mantém o *ethos* do serviço público, resistindo sempre a medidas ligadas exclusivamente às dimensões da qualidade de processos e produtos, às lógicas da eficiência e aos sistemas de decisão baseados na equação custo-benefício.

A gestão colegiada e descentralizada das iniciativas de educação permanente em saúde, conforme defendida no desenho dos Polos (MS, 2004b), deve explicitar o compromisso com a mudança da institucionalidade em pirâmide do sistema de saúde, superando a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena educativa a capacidade de valorizar o potencial de mobilização de atores e de desestabilização das estruturas tradicionais.

Tanto as tecnologias pesadas, diagnósticas e terapêuticas, como as tecnologias leves, sobretudo estas, relacionadas ao encontro significativo, psicossocial, do cuidado, exigem problematização sistemática, além da abertura para um leque bastante amplo de objetos: processos de seleção, metodologias pedagógicas, estabelecimento das prioridades de desenvolvimento institucional, integração formação-gestão, integração ensino-serviço, perspectiva da humanização e da cidadania.

Há uma extraordinária novidade política quando o município se compromete com a educação em saúde, as instituições formadoras se comprometem com a gestão da saúde, os estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, e quando a formação e o desenvolvimento de pessoal, no campo da saúde, reúnem educação popular, educação básica, educação técnica, educação superior (bacharelado, licenciatura, sequencial), pós-graduação (residência, aperfeiçoamento, especialização, mestrado profissional, mestrado acadêmico, doutorado), extensão e pesquisa (básica, aplicada, desenvolvimento tecnológico).

A integração das perspectivas

- Um projeto de humanização não tem chance de prosperar, se praticado na ilegalidade, à revelia da administração, e sem participação consciente dos trabalhadores e dos clientes/usuários.
- O “humano” é uma potencialidade a ser praticada diferentemente a cada momento, é um devir que se constrói e reconstrói na dimensão da história.
- Em situação social de desigualdade, o princípio geral do SUS que mais se aproxima do ideal de humanização é o da equidade.
- Um processo de humanização carece de supervisão permanente e ela não pode ser somente de escuta, sobretudo nos momentos de diagnóstico, motivação, avaliação e devolutiva.
- Um projeto associado a uma política de saúde, centrada na humanização, precisa de tempo, muito tempo, transcendendo período de gestões, para que as ações sejam, minimamente, consolidadas.
- As avaliações precoces, de curto prazo, não observam o fenômeno e são politicamente danosas.
- A multiplicidade de níveis e sentidos do objeto, a ambigüidade subjetiva e o acúmulo de valores sociais em conflito exigem aprofundamento crítico-analítico, capaz de superar reducionismos, voluntarismos e espontaneísmos.

- Impossível pensar qualquer reforma de um sistema público de saúde sem que comunicação e educação sejam reconstruídas criticamente.
- Como os usuários se localizam, circulam, recebem informações e se comunicam com o programa/serviço?
- O que os trabalhadores sabem e por que não fazem tudo o que sabem para os usuários do programa/serviço?
- O que é, como é percebido por administração, trabalhadores e usuários, e como ocorre, o bom trato, a polidez, a contratualidade civil cidadã e a relação baseada na responsabilidade e no respeito?
- Quais os lugares privilegiados dos encontros administração/trabalhadores, administração/usuários, trabalhadores/usuários, e como ele se dá?
- Quais os resultados e incentivos que o programa/serviço pode auferir com a implantação e alcance do objetivo? Como é praticada e percebida a questão do valor de uso e do valor de troca da humanização.
- Para cada grupo concreto de pessoas, programas, serviços, em cada momento histórico concreto, há um disparador mais adequado para o início do processo de humanização, porém, de modo geral, o melhor disparador resulta da articulação de uma vontade política progressista com um projeto concreto de comunicação democrática e de educação libertadora.

HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO EM SAÚDE: POLÍTICA, DEMOCRACIA, HISTÓRIA E LIBERDADE

(Conferência proferida no Seminário “Humanizando o SUS: caminhos para o extraordinário, São Luís, Maranhão, junho de 2006)

Esta oficina, coordenada por mim e pela Profa. Cleide Carneiro, nas várias turmas do ciclo de formação “Caminhos para o Extraordinário”: Humanização no SUS em São Luís/MA”, importante ferramenta do processo de implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH no Maranhão, tem como tema central os conceitos de política, liberdade, democracia, humanização, atenção, gestão e saúde.

O método é o da PNH, que postula a tensa dialética entre princípios gerais e práticas singulares, desafiando os participantes à experiência da grupalidade e do protagonismo, e, neste caso, no cenário da fascinante história da cidade de São Luís (portuguesa, indígena, francesa, negra) e do grande atraso na implantação do SUS.

Durante oito horas, manhã e tarde, com almoço conjunto no próprio lugar da formação, evitando as formas eruditas, incorporando a dança e o riso, mas seguindo o

rigor da lógica científica e da construção consensual de conceitos e categorias, passearemos de Aristóteles a Marx, na linha do pensamento, e das cavernas pré-históricas à guerra do Iraque, ao modo de situações sócio-dramáticas.

Política e Liberdade

Vamos fechar os olhos e retroagir 60 mil anos. Os seres humanos já se agrupam e ocupam cavernas. Eles percebem a gravidez e o nascimento de seres iguais a eles, sobretudo percebem as condições especiais que cercam a gravidez e o crescimento de crianças. Então é preciso dividir tarefas, segundo gênero, e daí, remotamente, instala-se a tradição de homens na caça e na guerra, depois na rua e no poder, e a tradição das mulheres nas crias e na coleta, depois na família e na domesticação de plantas e animais. Há conhecimento, há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons inarticulados e de mímica, então há política.

Estes mesmos seres humanos, por este mesmo período, nas savanas ou nas florestas africanas, deram-se conta do perigo da noite, da vulnerabilidade do sono nas noites, e da necessidade de que alguém permanecesse vigiando. Uns, aqueles poucos que a biologia determina vida noturna, se voluntariam para a tarefa de guardar o grupo, de defendê-lo contra predadores, da mesma espécie ou outros animais carnívoros e ferozes. Mas, quando não há voluntário, ficará de vigia o mais fraco? Os fortes o obrigam, mas será de pouca valia, pela própria fraqueza e pela rebeldia secreta. Quem ficará de vigia? Há conhecimento,

há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons inarticulados e de mímica, então há política.

Podemos entender política como a arte de articular interesses e soluções para a sobrevivência de um grupo de seres humanos, fundamentada em compreensão das necessidades, formulação de um projeto, pactuação para o cumprimento das soluções, exposição de um bem comum resultante. Deste modo, política é experiência conatural ao desenvolvimento da humanidade e genérica a todas as dimensões de nossa vida. Faz-se política na família e no trabalho, na igreja e no partido político, na vizinhança comunitária e no Estado.

É hora de darmos um salto de 30 mil anos e observarmos o nascimento das cavernas artificiais. Crescimento de população, falta de proteção natural, o que tenha acontecido precipitou o surgimento do simulacro de caverna (oca, tenda, casa), mantida a lógica do agrupamento para proteção (taba, acampamento, vila). Surgem as cidades e é preciso defender a todos dos predadores humanos e animais, é preciso garantir proteção àqueles em situação de fragilidade relativa, é preciso garantir a reprodução e a manutenção da memória coletiva na cabeça dos anciões.

As diferenças se acentuam e surgem privilégios: quem será protegido primeiro? quem ficará no centro da taba? quem andarás pelas guerras e, peão avançado, descobrirá novos lugares de caça e de pesca, novos frutos e climas? Há conhecimento, há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons cada vez melhor articulados e de mímica cada vez mais expressiva, então

há política. As necessidades se tornam mais complexas. Cada solução gera novas necessidades. As diferenças se acentuam, se coagulam e são justificadas por tradições e simbolismos. Os modos de produção de conhecimento já são, pelo menos, três: Senso Comum, Religião e Arte. A linguagem do trabalho e o trabalho da linguagem costumam ideias e cotidianos. Surge a cidade e o primeiro processo de especialização da política, na hierarquia dos poderes em formação: chefe e xamã, alguns passam a deter conhecimentos especiais.

Avancemos 20 mil anos. Acelera-se o motor da história humana e, juntamente, simultaneamente, um como condição para o outro, surge o Estado e a ideia de Civilização. Em Ur, na Caldeia, no delta de dois grandes rios, hoje, neste trecho, unificados, o Chat el Arab, canal que une o Tigre e o Eufrates, no sul deste infeliz Iraque, pasto de ditaduras locais e ganância de impérios.

A especialização do poder no Estado, exercido como reino, império, república, aprisiona a política no Estado, como muito bem irá teorizar, quase 10 mil anos depois, Nicolau Maquiavel. É claro que existe a política como fenômeno, a consciência do processo político, a organização de instituições para sustentá-lo, as teorias filosóficas e as teorias científicas sobre o processo político. Há 2.600 anos, na Grécia Clássica, outro modo de produção de conhecimento, a Filosofia e a Filosofia Política, é concebido. Há 500 anos, no Renascimento, concebemos a Ciência e a Ciência Política.

Para Nicolau Maquiavel, como Gruppi (1980) nos informa, o Estado age segundo leis próprias, a política é sua ação, definida como a arte do possível. O que justifica

a existência do Estado é a garantia da segurança, a tarefa de administrar a moral pública, ajuizando se os comportamentos dos indivíduos e dos grupos foi resultado de escolha ou de necessidade. As finalidades do Estado são a unidade como felicidade, o bem comum a cada um, o viver livre do medo. A Ciência Política passa a ter por objeto a política, concebida como a ação do Estado. E assim segue o processo de complexificação da prática política, por todas as instâncias da vida social, mas de especialização da percepção, que a estranha da vida comum e a aloca somente no Estado.

Do conjunto de grandes movimentos, denominados genericamente de Revolução Francesa, emerge a divisão de poderes entre executivo, legislativo e judiciário, emerge a pactuação de Constituições para regular a prática do Estado, emerge a universalização da república e as eleições e os Partidos Políticos e a profissionalização da prática política.

Hoje, para o senso comum, política é o que os políticos fazem. Conceito que convive com o de política como ação própria do Estado e com uma vaga evocação dourada de que o ser humano vive em comunicação e relação, portanto a política é sua própria natureza. A própria ideia de política como ação do Estado se especializa e se fragmenta, por campo de intervenção: política econômica, política social, política de saúde, política de saúde bucal etc.

Para Chauí (1993), as sociedades contemporâneas, depois de 500 anos de desenvolvimento do modo de produção das condições de existência denominado Capitalismo, precisa articular três espaços de realização política, cada qual com sua ética própria: aquele próprio do Estado, focado no direito, aquele próprio do Mercado, focado no

interesse, e aquele próprio das Famílias, focado no sentimento. Mas a Humanização em Saúde concebe de outro modo: as logísticas são três, mas a ética, a suturar as três dimensões da vida social humana contemporânea, deve ser a mesma. Política, cidade, estado, partido político, política como profissão, a partir destas palavras e expressões sessenta mil anos de humanidade podem ser contemplados. Mas ainda não discutimos as formas de expressão da política, se autoritária ou democrática, por exemplo.

Agora, permitam-me e permitam-se ir aos dicionários. A Wikipédia comprova que liberdade, por exemplo, não tem sido problema para a Ciência, mas é problema para todas as escolas filosóficas, dos clássicos gregos aos frankfurtianos, dos metafísicos aos dialéticos, dos idealistas aos materialistas: liberdade, o que é?, liberdade, por que?, liberdade, para que? liberdade, como?. O Dicionário Etimológico de Cunha (2000) para na origem latina, *liber*, e sua entrada, no século XIII, na língua portuguesa, simultaneamente com mental, *mens/mentis*, e com saúde, *salus/salutis*. Estamos tratando de palavras velhas, pois, por volta de 800 anos circulam na língua portuguesa e são herdeiras de, no mínimo, outros 1.500 anos de mundo romano e medieval.

Aquele antigo *liber* vem sendo expandido, traído, afirmado, rejeitado, cultuado, como a condição de estar solto, espontâneo, não medido, não ocupado, sem constrangimentos e sem dono. O Dicionário Lexicográfico do Houaiss (2001) nos faz caminhar pelas áreas do conhecimento por onde a palavra *liber* circula, com seus sentidos específicos (Filosofia, Direito, Política, Economia, Sociologia) e por cinquenta palavras dela derivadas: de liberdade a libertinagem, de libertário a liberticida, de liberalismo a

libertação, passando de algo interior, subjetivo, para algo exterior, objetivo, passando de qualificativo positivo a qualificativo negativo. O que há de liberdade no libertino, por exemplo? O que há de liberdade de pensamento na ditadura do pensamento único do neoliberalismo, outro exemplo? Quanta guerrilha dos interesses procurando ocupar o corpo oco das palavras? Cada significado está sempre sob fogo cruzado, contestado, com limites móveis, fluidos.

Vasculhando os 30 sentidos apresentados pelo Dicionário Lexicográfico do Houaiss é possível construir quatro grandes matrizes de significado para a palavra liberdade. Vejamos:

“Estado de tudo o que se encontra desimpedido, não é cativo ou dominado, está solto de empecilhos e constrangimentos.”

Mas, tal estado existe? E este “tudo” inclui os demais seres vivos e os minerais? Como estabeleceríamos liberdade para a pedra e para o chimpanzé, submetidos às leis naturais, aos instintos e às ofertas concretas do meio? Os seres humanos, os limitantes de força física, constituição biológica, relógio genético, tendências psicológicas da personalidade e permanente negociação com os interesses dos outros e com as molduras socioeconômicas, estariam fora do conceito? Estar-se-á conceituando pelo contrário, pelo que não é?

“Possibilidade de qualquer indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo de expressar-se.”

Aqui estamos no reino dos seres humanos, revelando a diversidade interna das populações, nas tensões essência/aparência, natureza/cultura, indivíduo/sociedade,

e, portanto, é-se capaz de desejar, conceber e exprimir, em movimento que parte da subjetividade para a objetividade, imerso na lógica do penso, logo existo. Então, liberdade seria poder expressar o que se deseja e se concebe, independente da forma e dos resultados? E seria bastante a garantia de ser possível, sem o exercício prático e sem retroalimentação?

“Grau de independência estabelecido, a cada momento histórico, como valor máximo, por indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo, que, por sua vez, estabelece direitos e deveres em relação a um poder.”

O conceito avança para o histórico, para o exercício prático, para as faixas probabilísticas, de mínimo e máximo, para a produção de valores, critérios, direitos e deveres pactuados. Revela a essência do político que é a negociação de interesses nas condições concretas de existência de poderes. Liberdade passa a ser liberdade de escolher, dentro de um pacote de opções, mas exclui a história da constituição do pacote de opções e do poder, dados como naturais, fadados.

“Aptidão por meio da qual indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo, compreende as leis históricas, realiza escolhas autônomas e pode transformar a realidade, visando satisfazer necessidades subjetivas e objetivas e determinar a produção da organização social e de si mesmo.”

O conceito se expande, alcança alto grau de abstração e de criticidade, colocando o ser livre em luta ativa por criar o mundo e se criar, simultaneamente transformando subjetividade em objetividade e objetividade em suje-

tividade. Escolha, autonomia, interdependência, interdependência, necessidade, produção de sujeito e produção de sentido, compõem o dicionário que a palavra liberdade constitui, neste caso.

E é a questão da liberdade que fundamentará a concepção e as práticas da democracia. Os gregos clássicos conceberam a palavra e sua prática como parte da liberdade dos atenienses de controlarem o Estado, prevenindo seu isolamento e seus abusos. Aquela democracia era direta, todos os aristocratas, sistematicamente, em grandes assembleias, eram ouvidos na ágora e todos os gregos livres eram ouvidos no Areópago, mas era elitista, pois excluía 70% dos habitantes, os escravos, entendidos como “coisas falantes”. A Revolução Francesa concebeu a democracia representativa, caracterizada por sufrágio universal, competição de grupos políticos (partidos), liberdades políticas sob o império das leis que regulam direitos e deveres e eleição de representantes dos conjuntos de interesses sociais nos poderes legislativo e executivo. O socialismo e a social democracia conceberam a democracia participativa, que inclui sistemas de controle do sistema de representação, por meio de conselhos populares.

Os Dicionários do Pensamento Marxista e da Política, respectivamente de Bottomore (2001) e de Bobbio (1998), nos ajudam a entender o percurso do conceito democracia. Existem três grandes matrizes conceituais: 1- democracia, como governo de todos, distinguindo-se do governo de poucos (aristocracia) e do governo de um (monarquia); 2- democracia, como governo que extrai sua força da soberania popular ascendente (da base para os governantes), distinguindo-se das soberanias descentes,

derivadas do príncipe ou de deus; e 3- democracia, como forma de poder característico das repúblicas, regulador de direitos e deveres entre desiguais.

Para os fins de nossa conversa, podemos estabelecer um consenso em torno da definição de democracia como um método, um conjunto de critérios e procedimentos para a organização dos governos e para a produção de decisões que interessam à comunidade, asseguradas a liberdade de expressão e a igualdade de direitos perante a lei. A democracia permite que os minoritários sejam ouvidos, sem temor de sanção, e que os fracos sejam protegidos da submissão aos fortes.

A experiência democrática brasileira é mínima: 20 anos entre o Estado Novo de Getúlio Vargas e a Ditadura Militar (1945-1964) e 21 anos entre a Ditadura Militar e os dias de hoje (1985-2006). São, portanto, 41 anos de experiência democrática, em 500 anos de desenvolvimento sócio-político-econômico após a ocupação europeia. Nossa experiência caracteriza-se pelo modelo da democracia liberal burguesa, centrada no modo de democracia representativa, mas, como é superficial e truncada, tende sempre para a queda na perversão da, digamos, democracia delegativa (não sabemos em quem votamos nas últimas eleições, não fiscalizamos os mandatos e seus titulares não nos prestam conta).

Há, palidamente, instrumentos de democracia direta, pouquíssimamente usados. Nestes 41 anos, o povo foi consultado uma vez se queria retornar à monarquia ou manter a república (ganhou a república), uma vez se queria o parlamentarismo ou manter o presidencialismo (ganhou o presidencialismo) e uma vez se queria proibir ou não o

comércio livre das armas de fogo (ganhou o não). Tudo pouco, mal explicado, sobre mar de ignorância e desinformação, com estranhos interesses mobilizando os meios de comunicação de massa.

No campo da saúde, o SUS introduz elementos de democracia participativa, por meio das conferências nacional, estaduais, municipais e locais de saúde e dos conselhos nacional, estaduais, municipais e locais de saúde. Mas também o funcionamento é ainda precário, com hegemonia dos executivos sobre os conselheiros (prefeitura) e tendência à queda na perversão da, digamos, democracia corporativa (o conselheiro passa a representar seu estrato social de origem, não os interesses do coletivo, por exemplo, cadeirante quer aumento da distribuição de cadeiras de roda, hipertenso quer aumento da distribuição de medicamentos antihipertensivos).

Devemos considerar, por um lado, que humanização é uma problemática, sem definição categórica, pois constitui construção processual, refeita a cada momento histórico. O que identificamos como humano, humanitário, humanístico e humanismo, hoje, são bastante diferentes do que identificávamos há 100, 200 anos atrás. Por outro lado, humanização é uma utopia, uma insatisfação presente e um desejo projetado no futuro, em cima da consciência das carências vividas e das perdas enfrentadas no passado, que foi capaz de gerar desconforto, mal estar, infelicidade, imediatamente transformados em desejo por uma vida melhor, autônoma, crítica e livre.

Humanização não cabe em recortes positivos, categóricos, quantitativos, ou técnico-operacionais, e a visão necessária é a da complexidade. Estamos no terreno do

qualitativo, do dialético, do sutil, do subjetivo, do histórico, do analítico-crítico. Estamos no terreno do entre, do inter e do trans, seja setorial, disciplinar ou profissional.

As práticas de saúde, formuladas como política, na ordem do direito, é conquista muito recente da humanidade. Se compararmos 1808 e 2008, os últimos 200 anos, pode-se perceber, objetivamente, mudanças extraordinárias:

As profissões se multiplicaram – Tínhamos uma profissão no campo da saúde, a médica, e hoje temos 14 formalmente reconhecidas como profissões da saúde, por formação. Inúmeras outras podem ser da saúde, por atuação, como é o advogado, o engenheiro e o administrador, por exemplo. As diferenças de formação e de status profissional repercutem em inúmeras tensões intercorporativas.

As especializações se multiplicaram – A Medicina apresentava três especializações: clínico, cirurgião, obstetra. Hoje, são reconhecidas 67 especialidades médicas. A Enfermagem acompanha estas especializações e cada uma das demais profissões tem as suas. O volume e a complexidade do conhecimento acumulados pela humanidade impõem a especialização, e a fragmentação da especialização só é superável pelo corpo coletivo de trabalho, exigindo novas formas de gestão do trabalho.

Os serviços se multiplicaram – Os lugares de cuidado eram a casa do cliente e a do médico, os asilos de exclusão e os hospitais, ainda não lugares de projetos terapêuticos. Hoje temos urgências e emergências, unidades básicas de saúde, centros de especialidades, hospitais secundários e terciários, hospitais gerais e especializados, UTI/CTI, transplantes, ambulâncias etc. Está voltando a casa do cliente, para o *home care* ou a interação com o PSF. A ideia não é

mais só de serviço, é de sistema e rede, com referências, hierarquias e pactos horizontais.

A complexidade dos serviços foi incrementada – Aqueles poucos lugares de cuidado podiam apresentar até grandes dimensões físicas, mas eram gerenciados por equipes muito pequenas e atendidos por equipes menores ainda, com mínima agregação de competência, ausência de direitos trabalhistas e tecnologias rudimentares de diagnóstico e de tratamento. A organização interna era simples, o trabalho por repetição, o projeto terapêutico era pouco resolutivo.

Institucionalização/Burocratização – Tantos profissionais, especializações e serviços, de cada vez maiores complexidades, passaram a exigir variados dispositivos de ordenamento, regimentos, normas, protocolos, agigantamento dos meios, procedimentos financeiros e contábeis, controle de frequências e de produtividade, tudo para dar conta das multidões empregadas, dos recursos gastos, dos processos técnicos de produção e dos produtos, sempre no limite entre as necessidades administrativas e a hipertrofia burocrática, a auto reprodução da máquina.

Mercantilização/Industrialização – O cuidador individual, que recebia honorários pelo seu trabalho, e os serviços fundados na filantropia foram totalmente substituídos por empresa médica, indústria de equipamentos, indústria farmacêutica e planos de saúde, com universalização do dinheiro como equivalente das mercadorias e das acumulações de capital. Poderes transnacionais submetem estados nacionais, povos, profissionais e clientes.

Democratização/Massificação – A transformação da saúde como um valor civilizatório inalienável e o incre-

mento da cultura democrática no Estado e na sociedade obrigam à universalidade do acesso, com garantia de qualidade técnica. Realizar o acesso universal, gratuitamente, com adequada qualidade técnica e orçamentos finitos e constrangidos por um desenvolvimento econômico pouco dinâmico e autônomo, levam ao paradoxo da massificação.

Paradigmas em Contradição – Se até o século XVII dominava a concepção de saúde como graça recebida de Deus por motivo da virtude (donde doença como desgraça, castigo de Deus por motivo do pecado), entre os séculos XVIII e o XX consolidaram-se, em contradição, os paradigmas da saúde como bem comercial, valor de troca, preço num mercado (daí, mais posse de dinheiro dever significar mais saúde) e como direito humano, valor de uso intrínseco e inalienável. O SUS articula-se em torno da ideia de saúde como direito de todos e dever do Estado, em um panorama político-social totalmente distinto da ausência de responsabilidade pública que caracterizava o início do século XIX, focado na filantropia, na espera pia da morte, na entrega dos casos à fatalidade.

A construção de uma política de humanização em saúde nasce para incrementar os resultados positivos deste processo histórico, como a multiplicação de conhecimentos, a ampliação da capacidade de prever e de observar, a competência em intervir e aumentar a expectativa de vida. E também para superar os resultados negativos deste processo histórico, como a idiotia da superespecialização, a perda do sujeito em meio aos fragmentos do corpo, o foco no sintoma e não na doença, o foco na doença e não no doente, o foco no tratamento e não na promoção de saúde.

Pensada nas dimensões ética, política, econômica, cultural, estética, organizacional de sistema/rede, organizacional de serviço, técnica e psicossocial, a humanização em saúde é herdeira de três mil anos de história:

Filosofia Clássica Grega – A posição do ser humano como vítima de forças cósmicas e da malícia dos deuses, isto é, o desamparo do ser humano frente à natureza e aos mistérios, encontra na Filosofia Grega Clássica seu primeiro esforço de superação: a natureza tem leis que podemos decifrar com nossa razão, existimos em relação de autonomia relativa frente aos deuses e há algo que nos é próprio.

Cristianismo – Se o ser humano é expressão de Deus e se a essência de Deus é misericórdia e amor, então o ser humano precisa aperfeiçoar-se para a realização plena de seu vínculo com Deus. A inteligência humana é ferramenta do vínculo e deve ser trabalhada em todas as suas dimensões.

Renascimento/Iluminismo – Aquela razão que decifra e aquele algo próprio pensado no mundo grego, aquela expressão com relativa autonomia e a aperfeiçoável ferramenta da inteligência humana pensadas pelo cristianismo, são repensadas e postas no centro do cosmo. O ser humano como medida de todas as coisas, sua capacidade artística, filosófica e científica, suas habilidades e sentimentos.

Socialismo – O humano não é mais o centro, é o próprio cosmo, então somos o que formos capazes de produzir. Pelos caminhos da história, dinamicamente, produzimos e distribuimos riqueza, poder, sentidos e sujeitos. A tarefa de nos construirmos é nossa.

Nestes três mil anos de história, pelo menos quatro grandes caminhos têm sido trilhados:

O humano como superação do animal – O que nos torna diferentes de qualquer outro animal, dentro da lógica evolutiva das formas de vida, é a posse de um conjunto de habilidades físicas e mentais, o bípede ereto, as circunvoluções cerebrais, a consciência, o devir histórico. Nossa palavra-chave, nesse caminho de evolução das formas de vida, é hominização.

O humano como superação do bárbaro – A civilização tecnológico-dependente, fundamentada no dinheiro, será humanamente melhor que tudo o que aconteceu antes ou fora dela? Nesse caminho, onde a palavra-chave é civilização, fica bem mais difícil definir, valorativamente, uma evolução das formas de organização social.

O humano como superação da coisa – Não existe, radicalmente, a possibilidade do cuidado em saúde ser totalmente absorvido pelo trabalho morto das máquinas e pelos *proceedings*. A máquina, objetivamente, acelera velocidade e reduz margem de erro, mas não substitui o vínculo de expectativas, esperanças e temores, de contradições e ambiguidades, que põe um trabalhador de saúde e um cliente diante da face um do outro. A palavra-chave, nesse caminho entre duas pessoas, é subjetividade.

O humano como superação de alienado – Aqui estamos trilhando as vias da conscientização, isto é, da autonomia, da liberdade, da democracia, da construção coletiva de significados, valores e destinos. A palavra-chave, nesse caminho, é emancipação crítica.

Atenção e Gestão em Saúde

A árvore conceitual que envolve gerente, gerência, gerenciamento, gerir, gerencial, gestão, por exemplo, de-

riva de um prefixo latino, *gest/gero*, que indica desde suas formulações primitivas, o ato de executar ou de encarregar-se voluntariamente de algo. O desenvolvimento histórico, da sociedade e dos conhecimentos, constitui a árvore conceitual e adiciona novos sentidos. No SUS tornou-se hábito diferenciar gerência de gestão, pelo fato de se adicionar ao segundo termo o poder de ordenar despesas.

Considerando a descentralização e a territorialização, surge o conceito de local, que vem do *locus/loci* latino, originalmente tradutor do *tópos/topói* grego, sempre designando sítio, lugar, ponto específico de um espaço ou território. No caso do SUS o lugar é o município ou uma região dele (distrito, área), na dependência do tamanho/população. O gerenciamento de um sistema local relaciona-se diretamente com a maneira pela qual o objetivo ou os objetivos de uma política (de saúde, por exemplo) deve ser alcançado, por meio das atividades das pessoas que compõem a organização (da saúde, por exemplo). O nome, neste caso, é Sistema Local de Saúde-SILOS.

O gestor ou gerente precisa apresentar vocação (gosto e disponibilidade), liderança (carisma, capacidade de ver à frente, capacidade de assumir riscos), respeitabilidade (competência política, competência técnica e honestidade verificada pelos demais). Na modernidade dos Estados democráticos, o gestor ou gerente precisa dispor de dois instrumentos fundamentais:

Planejamento – Conjunto prévio de informações, processos e técnicas para a tomada de decisão.

Participação – Articulação política capaz de proporcionar a co-responsabilização dos destinatários/beneficiários.

A gestão/gerência, de sistemas, serviços, programas

ou projetos, tem objetivos específicos, associados ao lugar na rede e a características próprias (níveis de atenção, assistência ou habilitação; corte populacional ou por grupo diagnóstico; alta, média ou baixa complexidade etc), mas não pode desligar-se dos objetivos gerais do SUS, associados aos seus princípios: equidade, eficácia, eficiência, qualidade e humanização.

Mendes (1998) refere que o modelo brasileiro de gestão da saúde está sendo capaz de mobilizar, criativamente, algumas heranças muito importantes, oriundas da Reforma Sanitária Holandesa (hierarquização, redução da rede hospitalar, fidelidade micro-organizacional aos objetivos macro-políticos em saúde), da Reforma Sanitária Canadense (racionalização, alta tecnologia ambulatorial, concepção paradigmática de rede e de cidade saudável) e da Atenção Gerenciada Norte-americana (medicina baseada em evidência, pagamento por captação e avaliação de custo).

Os passos mais importantes de um novo processo de gestão/gerência em saúde podem ser os seguintes:

- Da cura/reabilitação para a promoção/prevenção.
- Da polaridade hospital/ambatório para múltiplos locais de atenção.
- Dos equipamentos de baixa para os de alta escala.
- Da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial.
- Da atenção secundária e terciária para a primária.
- Da atenção hospitalar e ambulatorial para a domiciliar.
- Da atenção primária não resolutiva para de alta resolutividade.

- Do hospital geral para hospital de episódios agudos.
- Da intuição clínica para as intervenções baseadas em evidência.
- Do ambulatório de baixa para alta densidade tecnológica.
- Da exclusividade da medicina científica para as práticas alternativas.
- Da exclusividade da prática profissional para o auto cuidado.
- Da separação propedêutica/cura para sua integração.
- Dos procedimentos invasivos para os não invasivos.
- Da clínica livre e criativa para protocolos.
- Da atenção em serviços de saúde para serviços sociais.
- Da medicina baseada em evidência para baseada em consequência.
- Da mesma maneira, além dos passos, é necessário conceber os componentes necessários ao processo:
- Gestão dos riscos populacionais (educação em saúde, promoção em saúde, interdisciplinaridade, intersetorialidade, autogestão comunitária).
- Gestão da oferta e busca de economia de escala, sem prejuízo da qualidade e dos projetos baseados em vínculo.
- Mudança no papel e nas funções dos hospitais (lugar exclusivo para eventos agudos, uso intensivo do hospital-dia, aperfeiçoamento da alta).
- Mudanças tecnológicas e uso crítico dos protocolos e da telemática.

- Atenção primária resolutiva, combinada com práticas alternativas, atenção domiciliar e estímulo ao autocuidado.
- Uso de serviços sociais e prática universal do acolhimento.

A Sociedade e o Estado brasileiro se enamoraram no ano de 1986, quando, início da redemocratização, após a Ditadura Militar, o governo Sarney convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde e o SUS foi sonhado.

O casamento, de papel passado, aconteceu em 1988, quando o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde transformou-se em letra constitucional, parte integrante de nossa Carta Magna Cidadã.

A Constituição incorpora decisões de aplicação automática, mas outras precisam de leis complementares, que desdobrem logísticas e procedimentos de implantação, e deste modo, ao final de 1990, a Presidência da República, em plena crise da transição dos governos Collor e Itamar, sanciona a Lei Orgânica da Saúde e o SUS é fecundado.

Uma legislação aprovada em fim de ano, após aprovação do orçamento do ano seguinte, não permite que investimentos e custeios sejam realizados, assim o ano de 1991 transcorreu em clima de negociação financeira, com a aprovação da primeira Norma Operacional Básica do SUS, nascida em 1992.

O SUS tem 14 anos de vida prática, nas condições mais complexas possíveis: iniciativa socializante em Estado sob a hegemonia do ideário neoliberal, território nacional imenso com grandes desigualdades geográficas, políticas e econômicas, população imensa com grandes desigual-

dades sociais e demográficas, imensa dívida acumulada do Estado com a Sociedade em 500 anos de periferia (do colonialismo português, do imperialismo inglês, da globalização norte-americana), dos quais 300 anos de escravismo e produção de 35 milhões de miseráveis em 180 milhões de habitantes.

O SUS é um pequeno milagre que, nos seus cinco primeiros anos, fez de um todo para dar conta da universalização da oferta de cuidados. Depois, no seu segundo período de cinco anos, melhorou a qualidade técnica, aperfeiçoou formas de financiamento e garantiu projetos estratégicos, como o do planejamento baseado em território e o do Programa de Saúde da Família. Agora, procura enfrentar o desafio de outra natureza de qualificação: a dos vínculos humanos, a do entrelaçamento de direitos e deveres, a do entrelaçamento dos saberes científicos e populares, a da construção coletiva e simultânea de sujeitos, cidadania e saúde. E tudo sob um severo ataque, ideológico, político e econômico. Haja SUS.

USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UM GRAVE PROBLEMA DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

(Conferência proferida na 1ª Reunião Ordinária de 2011 do Grupo Nacional de Direitos Humanos-GNDH do Conselho Nacional de Promotores Gerais-CNPG, João Pessoa, Paraíba, abril de 2011)

Três Histórias Exemplares

O Vinho no Mundo Antigo e na Idade Média

Nas cavernas pré-históricas, no degelo das primaveras, quanta fruta ou grão apodreceu e fermentou em pequenas poças no fundo das cavernas, mas, antes mesmo que a água fluísse pelos riachos, após serem quebradas as crostas de gelo, alguém provou o líquido das poças e, mesmo repugnando o gosto, apaziguou a sede, sentiu estranha alegria, uma tontura exaltada, luzes na escuridão, e pode ter associado a experiência com o que fora bebido.

O fenômeno e a experiência dele decorrente eram ocasionais e não necessariamente associáveis; uns não gostaram; outros gostaram, mas logo esqueceram; poucos ficaram atrás de novas provas e, obcecados, foram surpreendidos pelos predadores; além disso, por milênios, ninguém conseguiu reproduzir, artificial e sistematicamente, o fenômeno.

Nesses milênios descobriu-se a vinha, a possibilidade de plantar vinha, a técnica para tirar vinho da vinha e até São Martinho, quase 400 anos depois de Cristo, contribuiu para o processo ao perceber como a vinha melhorava depois de ser mastigada, espontaneamente podada, pelo seu burro de estimação.

Nos mosteiros e nas famílias, em fainas diárias e submissas aos caprichos de ventos, chuvas e mudanças do clima, com a técnica dos barris de uvas pisadas, produzia-se vinho para o consumo dos senhores da terra, excedente para um pequeno comércio e outro para uso do próprio produtor.

A liberdade dos nobres para ócio e hedonismo os predispunha à repetição, daí o risco de embriaguez e vício. Aos camponeses sobrava a menor quantidade, a pior qualidade e a proibição do prazer. A técnica disponível resultava em produção restrita e sem circulação significativa fora de cada gleba. O forte sistema de crenças gerava proibição e culpa lancinante pelo uso.

Entre os ricos, pela facilidade do excesso, e entre os pobres, pela seditação da vida árdua e culpada, surgem os bêbados na paisagem social da Idade Média, herdeiros de Noé, concebidos como vítimas das fraquezas morais e do assédio dos demônios, incompetentes para restringir o uso do vinho aos dias de festa e à transubstanciação das missas.

A Cachaça no Brasil Colônia

Em cada lugar, de acordo com as disponibilidades e a abundância das fontes alimentares e energéticas, também de acordo com as tecnologias dominadas, saímos da fer-

mentação para a destilação e das técnicas artesanais para as mecânicas, gerando cada vez mais excedentes, para o uso e as trocas comerciais, interregionais e internacionais.

No centro do capitalismo mercantil colonial, nasce o Brasil em berço de madeira e de cana de açúcar, com as potências europeias brigando por posse de terra, conquista de espíritos em nome da glória de suas crenças, tinta destinada à indústria têxtil e açúcar para universalizar novo padrão de gosto.

Saiam armas da Europa para a África, onde eram vendidas em troca de escravos. Saiam escravos da África para o Brasil, onde eram vendidos em troca de açúcar. Então, saía açúcar do Brasil para a mesa europeia, finalizando uma acumulação lucrativa que alimentava o hedonismo das cortes, nova escala de concentração de poder e novas armas para que a África sangrasse.

No canavial brasileiro, para o comércio rural-urbano e interregional, ficava a rapadura e a cachaça. A cachaça, fonte calórica vazia, oferecia ao homem a impressão de estar sem fome, a proteção contra o frio das madrugadas, a força para enfrentar o violento trabalho dos dias e, finalmente, o colapso noturno de um sono pesado.

A tecnologia industrial produz volumosos excedentes, que precisam ser transformados em lucro, portanto consumidos. O produto é fantástico, pois verdadeiramente multiuso. Dá lucro e poder aos proprietários e nutre, protege, fortalece e força o sono dos trabalhadores, depois do eito. Assim, cria-se uma ciranda de justificativas, de pretextos e de desculpas: beber cachaça fica sinônimo de ser adulto, de ser viril e de ter corpo fechado contra as intempéries e as doenças, pois para tudo a cachaça há de servir.

A tecnologia é industrial, a população ampliou, a circulação dos produtos tornou-se intercontinental, o consumo massificou-se para dar conta da nova escala de excedentes e os bêbedos, lixos humanos, passam a ser multidão. Então o Estado, iniciando políticas sociais públicas, usa a bebedeira geral como pretexto para oferecer ou recusar direitos, ambigualmente.

O Crack das Vastas Periferias

Quanto mais desenvolvimento político e econômico, social e técnico, mesmo numa cultura de exploração do trabalho de muitos para o usufruto de poucos, mais se necessita de tempo de estudo para o domínio das tecnologias.

Se o século XIX exigiu infância e o século XX exigiu infância e adolescência, o século XXI exigirá infância, adolescência e adulto jovem para o domínio de profissões, estratégias de autocuidado para vida longa, estratégias sociais para o domínio da experiência humana no mundo e uma cidadania ética em meio às tensões entre prazer, riqueza e poder.

As novas e ampliadas elites exigem muito mais tempo para a formação, o trabalho e o consumo, esta dimensão produtiva que, agora, dá sentido a todo o processo produtivo (produção > distribuição > consumo) e serve de porta de entrada à cidadania contemporânea, reformulando até o papel dos excluídos.

Superando certa utopia de união dos trabalhadores, percebe-se uma reconfiguração das lutas político-econômicas na sociedade, com a aliança de patrões e empregados de um setor econômico disputando renda e poder com a

mesma aliança em outro setor. Também se percebe a redistribuição global das antigas classes, agora opondo países: agrários, industriais e financeiros, centrais e periféricos. Favorecendo a concentração do comportamento elite em uns, do servil em outros e do puritano-produtivista em mais outros.

Os norte-americanos descobriram, então, depois do *baby boom* ao fim da Segunda Guerra Mundial, seus jovens, tardo-adolescentes, abastados e individualistas, consumindo a heroína, a cocaína e a maconha produzidas na periferia pouco virtuosa do mundo.

E, evidentemente, os jovens gringos não seriam responsáveis pelo próprio comportamento, nem a sociedade norte-americana, mas, sim, asiáticos e sul-americanos inescrupulosos, violadores da consciência dos meninos ingênuos. Certos de serem o novo povo eleito do destino manifesto, os Estados Unidos arregimentam vastos poderes bélicos para intervenções na Turquia, Afeganistão e Colômbia, por exemplo, obtendo nestes países, como consequência, o surgimento de negócios organizados em escala global, apoiados em forças paramilitares, além de despertarem o empreendedorismo anglo-saxão para um novo cluster de negócios: as drogas sintéticas, geradas em laboratórios, frutos do trabalho de pesquisa de cientistas.

Se a humanidade gosta de droga, o comportamento hedonista se tornou massificado, a lógica do consumo foi expandida e tornou-se produtora de sentido, a competência técnica multiplica incomensuravelmente a capacidade de produzir qualquer mercadoria, a escala de lucro tornou-se estratosférica, os novos jovens têm hábitos urbanos e afeitos a produtos industrial-sintéticos e lhes foi dito que remédios os salvam da dor, da infelicidade e da morte, en-

tão, destinam-se ao LSD da Era de Aquarius, ao ecstasy das baladas, à cocaína branca dos salões, sobrando para as periferias o barato do crack barato.

Na economia da dependência química, os empresários marginais, como máfias, dividem territórios. Assim, áreas de maior poder aquisitivo de cidades e cidades inteiras mais ricas, como São Paulo, podem ser bloqueadas para a cocaína, por exemplo, e outras regiões tornam-se pasta de crack, com seu cortejo de zumbis, pelas calçadas.

Esses marginalizados, depois de alimentarem a ciência, a indústria e o comércio das drogas, devem alimentar novo circuito de preconceitos, pois fracassados, fracos, degenerados, e o comércio milionário de um novo tipo de asilo. E todas as ações são defendidas não pelos eventuais próprios méritos, mas pelo efeito higiênico e estético de “tirarem drogados das ruas”.

Processo biopsicossocial de uso/abuso de drogas e dependência química

O uso e o abuso de drogas e a dependência química são fenômenos humanos, mutáveis com a história humana. As teorias que pretendem dar conta da compreensão desses fenômenos, tanto quanto as práticas de prevenção, de mitigação, de tratamento e de recuperação, também são mutáveis com a história humana.

A essa altura do nosso desenvolvimento, com as experiências de Neurologia, Psicopatologia, Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise, o que podemos dizer sobre tais fenômenos, além de identificá-los como constituintes de um processo dinâmico, interdependente, radicalmente humano?

E como sempre é necessário algum passeio por palavras, expressões e o estatuto social de suas circulações. O modelo biomédico prefere usar “substância psicoativa”, incluindo no tecnoleto uma assepsia e uma impessoalidade da expressão. A palavra “droga” tem forte trajetória histórica, abarca desde o chocolate ao haxixe, e povoa o senso comum com sua carga de aversão moral. A tríade “tóxico”, “narcótico” e “entorpecente”, carregada de opróbrio, é a predileta do jornalismo policial, das delegacias de polícia e do meio jurídico. Isto é, fatural e simbolicamente, “substância”, “droga” e “tóxico” dizem coisas diferentes.

Pelos jornais, pelos dicionários e pela literatura científica também podemos rastrear “vício”, “dependência”, “adição”. Se “vício” revolteia por senso comum, mídia de massa, delegacias de polícia, com forte carga de rejeição e condenação moral; “dependência” é nome técnico, biomédico, restrito aos processos e efeitos biológicos da relação de usuários com objetos concretos; e “adição” agrega estatuto filosófico e psicanalítico para designar todos os processos e efeitos psicossociais da relação de usuários com objetos concretos e simbólicos, ampliando o conceito de “dependência psicológica”.

Porém, com base em autores como Moffatt (1987), Lancetti (2006), Claude Olievenstein (1977), Kalina *et al.* (1999), Umberto Galimberti (2009), disponho-me agora a identificar três dimensões da problemática que envolve o consumo de substância/droga/tóxico: 1- psicodinâmica do uso, do abuso e da dependência; 2- natureza e escolha do objeto; e 3- consequências da exposição ao objeto.

O ser humano constitui sistema aberto, que introjeta alimentos e estímulos, elabora internamente estes alimen-

tos e estímulos, usa alguns resultados desta elaboração para sua sobrevivência física e psicossocial, por fim despreza no meio resíduos supostamente inúteis do processo de elaboração e uso.

Esse esquema, grosso modo, dá conta da ingestão de pão, a produção de energia para o trabalho e o lançamento de dejetos em vaso sanitário, tanto quanto dá conta da acolhida infantil do amor materno, a disponibilidade para o comportamento afetivo e solidário na vida adulta e a projeção neurótica da função materna nas mulheres pelas quais um homem se apaixona.

Como é esquema e é grosso modo, não tem missão explicativa de cada caso concreto, singular, servindo apenas para afirmarmos a tese do sistema aberto, escancarado ao mundo, carente do mundo. Somos, portanto, movidos pelo que captamos e pelo que somos expostos, querendo ou não, daí podermos usar, perdermos limites, abusar e nos tornar dependentes, biológica, psicológica ou biopsicologicamente de, literalmente, qualquer coisa.

Os gregos clássicos desenvolveram o conceito de *Pharmakon*, no qual toda substância é veneno e remédio, dependendo da dose e da condição do medicado. Por isso, como diz a canção popular, o que dá para rir, dá para chorar, questão só de peso e de medida, questão só de tempo e de lugar.

A Neurologia moderna nos fala dos diques de liberação e de retenção que se organizam no sistema nervoso central, provendo centros de saciedade específicos e inespecíficos. Temos sede, bebemos e paramos de beber pelo reconhecimento de que o equilíbrio hídrico foi restabelecido no organismo. Temos fome, comemos e uma sensação difusa de satisfação nos informa que a fome foi superada. E

assim por diante. Sem estes dispositivos, seríamos peneira de palha, cano sem tampa, filtro inútil.

Mas, o que caracteriza esses alimentos e estímulos? Aqui nos deparamos com a dimensão da natureza do objeto e a construção histórica das escolhas. As dialéticas, aristotélica, hegeliana ou marxista, nos dizem da relação de movimento e contradição entre casualidade e necessidade. Na vida prática não ocorre o totalmente casual e o totalmente necessário, portanto, no ser humano, em quem o social submete e determina o orgânico e o orgânico submete e determina o inorgânico, não ocorrer o totalmente psicológico e o totalmente biológico.

Deste modo, o objeto (alimento, estímulo) pode ser predominantemente concreto (chocolate, cachaça, tabaco, açúcar, cocaína, cirurgias estéticas, moderadores de apetite, diazepam, etc) ou predominantemente simbólico (trabalho, sexo, exercício físico, videogame, ideologia política, religião etc). Temos legião de chocólatras, alcoólatras, tabagistas, cocainômanos, *workaholics*, sexólatras, fanáticos religiosos e legião de novos abusos e dependências em busca de nome, rótulo, explicação ou estigma.

A partir do concreto, sobre base fisiológica, adaptações, defesas superativas e defesas frustradas são convocadas. A partir do simbólico, sobre base psicológica, depósitos de substâncias, alterações de sítios de ocupação ou metabolismos incompletos são convocados. E tudo com momentos de relação entre história individual e história coletiva que determinam as narrativas plenas de significados atribuídos às nossas experiências, por nós mesmos, por nossas famílias, pelos colegas da escola ou do trabalho, pelas autoridades, pela mídia. Tais narrativas nos conformam.

Focados nos ideais de consumo; formulando prazer, fama e juventude como ideais de ego; propondo coisas (drágeas, injeções, cirurgias, propriedades, dinheiro etc) como solução universal para desconfortos, frustrações, infelicidades, dores e o peso do inelutável passar do tempo rumo à morte; chegamos à composição de um perfeito modelo químico de vida. Para o bem ou para o mal, será na química que nos esbaldaremos. Se Doril faz a dorzinha sumir, para uma dor maior ou o medo de ter dor ou o medo de ter medo, qual Doril tomaremos?

Para camponeses pobres e analfabetos do altiplano boliviano, vivendo a experiência humana no trabalho árduo, de sol nascente a poente, respirando ar rarefeito de oxigênio, a folha mascada da coca disponível em abundância naquelas montanhas áridas será o lenitivo sedante. Para adolescentes ricos e escolarizados das cidades norte-americanas, vivendo a experiência humana em condições de individualismo e liberação permissiva, respirando publicidade, Coca-Cola e hamburgers, o sintético *ecstasy* em abundância será o estimulador do prazer e do jogo de alterações perceptivas.

E, num certo momento, perco o controle e deixo de ser sujeito para tornar-me coisa. Se comia, bebia ou fumava para viver, agora vivo para comer, beber ou fumar. Até perder a consciência das saciedades e, obcecado, atingir o ápice das formas de alienação: a coisa captura habilidades e sentidos humanos, o humano é tragado pela coisa, coisificando-se no pico e no pó.

Existem objetos que instauram dependência psicológica, com subsidiárias alterações fisiológicas. A saída envolve, basicamente, psicoterapia e reconstrução dos

scripts, das narrativas e dos significados de vida. Existem outros objetos que instauram dependência física, com subsidiárias alterações psicológicas. A saída envolve a desintoxicação e a tolerância da dor da abstinência, diretamente, ou mediada por estratégias de redução de danos. Cada caso é um caso. Não há panaceia, ou milagre.

Nas sociedades atuais, urbanas, de massa, o abuso de drogas e a dependência química tornaram-se um emergente biopsicossocial que ultrapassa as fronteiras de renda, escolaridade, confissão religiosa, raça, credo político e classe social. A partir de narrativas e de objetos diferentes, a extensão do problema é muito grande, exigindo cuidado na elaboração da solução, para que não represente uma nova caça às bruxas, outro grande asilamento ou a metástase de gigolôs da tragédia, em meio a negócios, negociantes, moralistas e políticos populistas.

É da tradição popular a expressão “vender o peixe”. E ela tem respaldo na história dos povos que realizavam suas trocas, mas sob as explicações místico-religiosas. Então os alimentos podem ser fortes ou fracos, reimosos ou não reimosos, puros ou impuros. E de qual pureza estamos falando? A sanitária, das limpezas e asseios, ou a moral, das virtudes?

Se em meio a mares salgados e pequenos rios salobras, fartava-me de peixe de escama e havia sobra para as trocas comerciais, como permitir que os povos das planícies de aluvião, pescadores de peixe de couro e criadores de porcos ocupassem meu mercado? Então peixe de escama passa a ser bom, saudável, puro, virtuoso. Peixe de couro e carne de porco passa a ser ruim, pestilencial, pecaminosa, suporte à vara dos demônios.

A cada momento histórico, em acordo com o jogo dominante dos interesses e das ideias que legitimam os interesses (expressões cambiantes e vagas e indiretas e não lineares destes jogos político-econômicos) nós criamos categorias explicativas que vão operar em vários níveis: das crenças, no cotidiano social, até as leis, passando pela mão invisível dos mercados.

Antes da identificação dos efeitos negativos, individuais e coletivos, do uso das bebidas alcoólicas (absenteísmo no trabalho, cirrose, câncer etc), montou-se poderosa máquina de negócios, lucro, propaganda, e grande parte da população habituou-se ao uso próprio e dos outros, criando defesas contra os excessos, então o processo de produção, distribuição e consumo do álcool foi assumido socialmente como tolerável e legal, tornando-se lícito. Deste modo, a nova droga, que chega agora para a experiência humana, sem rito defensivo, sem adaptação biológica, mas garanta lucro extraordinário nos circuitos marginais da economia, torna-se ilícita.

Porém, esse também é um modelo geral. Para cada caso é preciso reconstruir a história, os efeitos no corpo e os valores atribuídos: seja a moda de absinto na França e de ópio na China, ambos no século XIX; seja o haxixe como presente da deusa Shiva, na Índia, ou ferramenta para êxtase místico dos dervixes árabes, ou mediador das rebeliões homicidas dos seguidores do Velho da Montanha; seja a diamba, no século XX, consumida nas ruas e praças do Maranhão, por exemplo, nos anos 50 e 60, ou a marijuana dos *hippies* nos anos 60 e 70, e que não produziam a categoria social do maconheiro, ou a maconha de hoje, alterada, prensada, envolvida em químicos para iludir cães farejadores.

Desta discussão podemos deduzir que as várias drogas geram impactos pelo seu abuso, não pelo enquadramento legal, fortuito, em lícita ou ilícita. A compreensão dos processos e a formulação de saídas para os problemas devem, inclusive, questionar estes rótulos.

É possível uma política pública neste campo? E qual seria sua lógica organizacional?

Pelo que disse até agora, a determinação da escolha, a dinâmica da produção do abuso, o processo de instalação da dependência, a construção individual de defesas, a construção cultural de ritos de contenção, a acessibilidade e a disponibilidade econômica dos agentes, constituem emaranhado de extrema complexidade, com velozes deslizamentos de significados e legitimações, sobretudo em sociedade tecnológica, fundamentada no consumo.

Vejamos a situação contemporânea do Brasil, país exposto a um crescimento econômico significativo, que o coloca entre os 10 mais ricos do mundo, emplacando um milionário individual entre no *top ten*, porém incapaz de colocar uma única universidade entre as 150 melhores do mundo. Este Brasil, que nos últimos 60 anos passou de 70% rural para 70% urbano, apresenta terríveis indicadores de iniquidade social, miséria, desemprego, analfabetismo e degradação ambiental, mas tem os melhores textos legais de políticas de saúde, seguridade social, suporte ao trabalho e proteção ecológica. Vivemos, realmente, grandes contradições: a experiência democrática é de apenas 46 anos (1945-1964 e 1985-2011), mas, recente e truncada ao meio por uma ditadura militar, além de superficial e frus-

tra, ainda não criou uma cultura democrática no Estado, Sociedade e Mercado; também, por focar o evento política eleitoral, criamos icônicos *tsunamis* de eleições a cada dois anos, mudando a configuração da hegemonia política a cada dois anos, refazendo bases legislativas de apoio ao executivo a cada dois anos, descontinuando planos e programas, sobrando pedaços de projetos no vácuo das boas intenções.

Vivemos, realmente, grandes contradições: a maioria das nossas ações é de curto prazo, sob a égide do marketing, sem fôlego no financiamento, na execução, no acompanhamento e na avaliação, mas são chamadas de políticas. Estas ações são duplicadas, em cada poder da república e em cada segmento administrativo de cada poder, mas são chamadas de integrais e intersetoriais.

O problema da dependência química, como se configura clínica e epidemiologicamente nas cidades e nos campos do Brasil (nos campos, sim, pois crescem os registros de motoqueiros, nas estradas tortuosas e secas do sertão nordestino, roubando os aposentados do FUNRURAL, para, com o resultado, adquirirem *crack*) constitui, simultaneamente, um problema de Saúde, de Educação, de Cultura, de Economia, de Segurança e de Polícia, exigindo, de modo radical, políticas integradas e ações cooperadas.

Porém os planos se esgotam no diagnóstico. Os projetos se esgotam na retórica da formulação e no imediatismo fácil da resposta emocional, sintonizado com o último levantamento de opinião pública e enquanto dura o interesse da mídia de massa. A ênfase também muda, dependendo do protagonismo de algum ator de ocasião.

Se o protagonista é do campo da Saúde, chama-se todo o processo de compreensão e de solução para este campo, pois os demais seriam insuficientes, secundários ou incompetentes. Se o protagonista é da Educação, lá se vai o conjunto dos investimentos simbólicos, acompanhados de algum investimento financeiro, para este campo, como explicação e solução. E assim por diante.

A ciranda do desespero social, sobretudo quando atinge as classes médias urbanas, leva à ciranda dos políticos a resolverem toda e qualquer coisa com audiências públicas cenográficas, à ciranda dos legisladores a formularem mais uma lei com imensa dificuldade de pegar no concreto e oferecer resultados, à ciranda dos intelectuais a formularem teorias pontuais com imensa possibilidade de apenas gerarem *papers* e consultorias. A ciranda dos interesses econômicos, lícitos ou ilícitos, inaugura novos objetos para a catexe dos vazios existenciais, o que leva à moda das drogas de uso, à moda de pesquisas, à moda de metáforas a ilustrarem de boas intenções os *marketings* institucionais e as novelas de TV. Hoje, então, neste passo, em pouco tempo, o Brasil será uma imensa Cracolândia.

As possibilidades de adicção a objetos simbólicos, e de enfrentamento dos problemas subsequentes, resultam de vastos, genéricos e abstratos processos sociais, na fonte das características de nosso modelo civilizatório, do modo de produção das condições de existência (a forma pela qual cada sistema social se expressa para produzir e distribuir riqueza) e do modo de produção de verdades (a forma pela qual cada sistema social se expressa para produzir e distribuir saberes, ideologias, teorias filosóficas e científicas).

A educação filosófica, a pactuação de uma ética pública, a regulação do mercado por um estado democrático e o desenvolvimento de uma cultura humanística solidária parecem ser os caminhos que podem nos levar para fora da crise de valores, de relações e de papéis que vivemos.

Mas, as possibilidades de adicção a objetos concretos, e de enfrentamento dos problemas subseqüentes, resultam de processos mais identificáveis objetivamente, com recortes, diagnósticos, terapêuticas e prognósticos operacionalizáveis. Os campos da educação, dos formuladores de códigos e leis, dos operadores de códigos e leis e da saúde devem constituir uma vigorosa parceria interdependente, para a criação e a execução de uma política de Estado, não de governo ou de partido.

Na educação, é preciso superar os parâmetros do Período Napoleônico, que considerava responsabilidade do Estado oferecer quatro anos de escolaridade, cujo projeto político pedagógico estabelecia o domínio mínimo das quatro operações fundamentais da Matemática e da capacidade mais simples de comunicação pela escrita e pela leitura na própria língua. Hoje, precisamos dominar os avanços da Matemática, além de compreender o que se escreve e o que se lê na própria língua, em língua de prática universal e em língua da informática. Precisa-se, portanto, de pelo menos dez anos de escolaridade em escola tempo integral, aparelhada por esporte, arte, formação para a cidadania e a longevidade, a saúde e a qualidade de vida.

Os formuladores de códigos e leis estão desafiados à humildade e à eficiência, pois os documentos não passam de intenções geradoras de ansiedade, frustração

e sentimentos de impunidade, se não acompanhados de condições concretas de aplicação, se não contemplarem o complexo processo histórico daquilo que se quer prevenir/controlar/combater, se não resultarem em pactos sociais abrangentes, se não criarem uma consciência consensual entre os operadores/aplicadores. Mais uma lei que não pega aprofunda a heteronomia social, confunde a cidadania, engendra a proliferação de oportunistas entre operadores/aplicadores e é tragada pela má consciência de quem tira vantagem da universalização das águas turvas.

Os operadores de códigos e leis estão desafiados à competência técnica, à densidade humanística das atitudes e à honestidade. Pois, como enfrentar os negócios do tráfico de drogas e do tráfico de armas, seu correlato, se parte do sistema policial, por exemplo, mal formada, mal paga, apenas engrenagem de uma corrente burocrática e autoritária, se corrompe e apoia a contravenção? Como implantar uma reforma educacional, legal e sanitária se este elo se rompe, se quebra e, como metástase, se associa ao crime?

O campo da saúde tem dupla e, muitas vezes, contraditória tarefa. A educação, a promoção, a prevenção e a vigilância, na atenção primária, vinculam-se às comunidades e às famílias, portanto, estrategicamente, à educação, por meio de projetos coletivos, na tarefa de impedir que o dano se instale. A assistência ambulatorial, hospitalar e de emergência e urgência, nas atenções secundária e terciária, vinculam-se aos indivíduos, por meio de projetos terapêuticos, para a redução de danos e o cuidado reparador. Mas as ações não são concatenadas e planejadas, pairando o imediatismo, o subdimensionamento dos serviços e a precariedade.

A título de exemplo, analisemos alguns dados de Fortaleza, uma metrópole de 2.500.000 habitantes, pelo menos 400.000 deles residindo em favelas (IBGE, 2011). Com Índice de Gini da renda de 0,61, calculado para 2005, a Organização das Nações Unidas-ONU classifica Fortaleza como a segunda cidade mais desigual da América Latina, a primeira é Goiânia, com o valor de 0,65 (UN-HABITAT, 2008).

Fortaleza é capital de um estado que fica em 17º lugar no *ranking* da distribuição de matrícula no ensino superior das 27 unidades da federação, com analfabetismo por volta de 12% da população acima de 15 anos, apresentando 31 casos de mortalidade infantil por mil nascidos vivos (quase o dobro da média brasileira) e 16 mortes por causas externas a cada 100 mil habitantes, e que, em 2010, realizou apenas R\$ 157,00 de transferência do erário para os cuidados do SUS, por habitante/ano (IBGE, 2011).

E esta cidade não tem emergência/urgência psiquiátrica nas emergências/urgências gerais, não tem unidades de desintoxicação e de apoio à síndrome de abstinência nos hospitais gerais, não tem unidade de comando Justiça/Polícia/Saúde para o enfrentamento da relação doença/crime do usuário e para o enfrentamento do tráfico, não tem comunidades terapêuticas públicas para a reversão do quadro de dependência até que o cliente se habilite ao tratamento ambulatorial. Somente tem seis Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, subdimensionados em pessoal, o pessoal existente mal remunerado, inadequadamente formado e contratado por meio de vínculos provisórios (prestação de serviços, projetos de cooperativas, empresas de terceirização), realizando milagres de boa vontade e de paixão, além de poucas comu-

nidades terapêuticas privadas, confessionais, de natureza filantrópica, ideologicamente identificadas com o conceito do tratamento como prêmio à força de vontade do cliente, exatamente diante dos casos em que a volição foi a primeira função a transtornar-se e a adoecer.

Se eu tiver um transtorno que não afeta minha vontade, uso minha vontade como parceira dos terapeutas e dos projetos terapêuticos. Mas quando é a própria vontade que falha, desaba num vazio, paralisa diante da ambiguidade de sentidos e de significados, perde a capacidade de auto alavancar-se? Vou ficar seis, doze, 24 meses internado para que se opere em mim a prótese de uma vontade que resista às seduções do imediato e dos fetiches, numa sociedade cheia deles, por todos os lados?

Que mídia de massa, que educação, que família, que estrutura individual de vontade, que projeto societário são esses que me colocaram de boca escancarada diante de um vazio que somente a fissura preenche? E, incapaz de se compreender e se reestruturar, que sociedade é essa que inventa uma nova peste, uma nova lepra, uma nova loucura, e, apavorada com o que criou, quer oferecer como resposta um novo asilamento?

O Ministério Público tem papel estratégico no equacionamento desta problemática, pois se faz necessário coordenar uma política específica, interdisciplinar e inter-setorial, que atente para a prevenção do tráfico, respeitando liberdade e privacidade; para a repressão do tráfico, não confundindo usuário com traficante; para a inclusão da educação em saúde e qualidade de vida como integrante de uma educação para a cidadania que habite o projeto

pedagógico de todo o ensino básico; e para a implantação de uma rede articulada de cuidados (desintoxicação, contenção da abstinência, proteção comunitária e atenção psicossocial territorial) baseada em serviços públicos, tocados por trabalhadores bem formados e com vínculo estável de trabalho, rede está bem dimensionada em relação à população.

A dependência química transforma a existência de cada ser humano que a desenvolve em uma catástrofe angustiada, em uma tragédia desesperada, em uma coisa externa ao si mesmo, que se volta contra o si mesmo e o despedaça. Mas nós todos somos responsáveis, partícipes da determinação e partícipes da solução, desafiados a salvar no outro a nossa própria condição. Esse alinhamento crítico é minha esperança. Por isso, ainda, falo.

PROCESSO DE TRABALHO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

(Conferência proferida no IX Congresso Nacional da Sociedade de Psiquiatria do Uruguai, Montevideo, Uruguai, maio de 2011)

O Brasil comemora os 10 anos de aprovação da Lei Federal Nº. 10.216, promulgada em abril de 2001, que estabelece princípios, diretrizes, prioridades e o indicativo geral de um modelo de atuação pública para um movimento que, no cotidiano da luta política, convencionou-se chamar de Reforma Psiquiátrica. A Lei derivou de luta anterior de doze anos, encetada por trabalhadores de saúde, professores universitários e segmentos democráticos da sociedade.

Seu Art. 3º estabelece direitos da pessoa com transtorno mental. Exemplos: o de acesso a médico para esclarecer necessidade de internação involuntária, o de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos disponíveis, e o de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O Art. 4º estabelece que a internação, em qualquer modalidade, só pode ser indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. Enfaticamente, pelo parágrafo 2º, veda a internação em instituição com características asilares, definindo claramente tais características.

O Art. 5º prevê a alta assistida, para dispositivos como as residências terapêuticas, no caso de usuários crônicos, de baixa autonomia e sem suporte social.

Os Art. 6º e 7º estabelecem um sistema de contenção às internações, tipificando-as como voluntária (consentimento do usuário), involuntária (sem consentimento do usuário e solicitada por terceiros) e compulsória (determinada pela Justiça) e indica a necessidade de um sistema de defesa pública dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Nos seus 13 artigos a Lei mudou a nossa história e conteve os interesses que se alevantavam contra ela, aterrorizando a população com fantástica coorte de loucos nas ruas e chantageando os doentes e seus familiares com a fantástica informação de que eles não mais seriam atendidos, apenas porque a internação asilar estava desautorizada.

Era óbvia a necessidade de ordenar os recursos existentes, apontando para a desconcentração, para a qualidade humana do cuidado e para a construção de uma rede não hospitalar de cuidados. Antes da Lei, tínhamos 70 mil leitos psiquiátricos no Brasil, 2/3 privados, concentrados no sudeste do país e nas grandes cidades, 40% deles ocupados por abandonados sociais com *déficits* orgânicos, realizando 93% dos gastos do Ministério da Saúde com Saúde Mental. Os 208 serviços extra hospitalares, entre eles os primeiros Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, criados pela ação de prefeituras municipais, realizavam 9% da cobertura necessária com 7% dos gastos.

Hoje, temos 32 mil leitos psiquiátricos, mais concentrados no setor público, melhor distribuídos no território nacional e com nítida redução de porte, pois metade deles

oferece até 160 leitos por unidade. Esta rede representa 35% dos gastos do Ministério da Saúde com o campo da saúde mental. São 1.620 CAPS, distribuídos pelo país, com forte interiorização, criados pelas prefeituras municipais, porém com estratégia consolidada de financiamento federal, realizando 66% da cobertura necessária com 65% dos gastos (BRASIL, 2011).

Mas, necessitamos revisar conceitos e paradigmas, antes de destacarmos a política pública de saúde mental do Ceará, os processos de trabalho decorrentes das novas práticas, as necessidades de formação determinadas por tais processos de trabalho e os impactos sobre a subjetividade dos trabalhadores gerados pelos conflitos da coabitação de práticas atuais com a sobrevivência das antigas, da demanda excessiva com a precariedade de vínculos trabalhistas, e do paradigma incorporado aos processos de formação com o paradigma incorporado ao processo de trabalho (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Ao usarmos a expressão saúde mental, surgem três ordens de sentido: 1- dos estados afetivo-cognitivos-comportamentais do ser humano, individuais e coletivos, tem a ver com os conceitos clássicos de saúde, agravo, transtorno, doença, o que remete a frases como “isto só pode prejudicar minha saúde mental”; 2- das profissões, conhecimentos e formações, relacionam-se com um campo de atores, teorias e dispositivos pedagógico-investigativos, o que remete a frases como “eu trabalho na saúde mental”; e 3- dos planos, programas, projetos, modelos, sistemas, redes e serviços, apontam um campo de políticas públicas de saúde coletiva, o que remete a frases como “coordenação nacional de saúde mental” ou ao título desta conferência.

Mas, qualquer que seja o uso da expressão saúde mental, ela só se torna operativa, criadora de vínculos entre falantes e ouvintes, no contexto de um período histórico que começa, basicamente, ao fim da Segunda Guerra Mundial. Para compreender esta operacionalidade, precisamos recuperar o significado das díades saúde/doença e saúde mental/doença mental, com o apoio de Canguilhem (2009), Foucault (2004; 2008), Giovanni Berlinguer (1988), Franco Basaglia (2001) e Machado *et al.* (1978)

Da Idade Média ocidental ao século XVII, saúde e doença eram entendidas como realidades distintas, polares, a primeira derivada da graça de Deus, por prêmio às virtudes, e a segunda do castigo de Deus, por castigo aos pecados. Entre o século XVII e o XVIII, o entendimento manteve a lógica de realidades distintas, polares, mas retirou a transcendência religiosa, instituindo a distinção no plano moral, a primeira derivada do comportamento correto, equilibrado, e a segunda do comportamento errado, excessivo.

Já no século XIX e na primeira metade do século XX, rompe-se a ideia de realidades distintas, polares, instituindo-se um *continuum*, a ser marcado por diferenças quantificáveis, objetiváveis, então saúde e doença passam a ser quantidades diferentes de uma mesma realidade e os terapeutas, aparentemente livres do imprevisto e da imersão categórica nas singularidades, podem agora medir a saúde e a doença. A segunda metade do século XX relativiza a objetividade, revela saúde e doença como processo histórico, social, atravessado de subjetividade, e instaura a avaliação qualitativa dos diagnósticos, prognósticos e projetos terapêuticos.

No campo do mental, da Idade Média ocidental até o século XVII, o que tínhamos era a possessão, na qual o ser humano, abandonado por Deus, transformava-se em corpo violentado pelas mil armadilhas do Demônio. Do século XVII ao século XVIII, emerge a categoria loucura, distinta de possessão e de mau olhado, a princípio destinada à nau dos insensatos, em seguida à exclusão em imensos depósitos de políticos caídos em desgraça, de miseráveis e de desregrados de todos os gêneros. Mas, do século XVIII ao início do século XX, nestes depósitos, a ciência médica em consolidação revela e cria hierarquias, constituindo campo específico de doenças, primeiramente denominadas de alienação, em seguida de psicopatia, sob o modelo da sífilis ou da epilepsia, desdobrando técnicas de cuidado, dispositivos disciplinares e a especialidade médica da Psiquiatria. A segunda metade do século XX refinará o conceito de doença mental, reaproximar-se-á da Neurologia, aproximar-se-á da Psicologia e da Psicanálise, colocará o tratamento da doença mental na perspectiva da promoção de saúde mental e multiplicará espaços, dispositivos e técnicas terapêuticas, individuais e coletivas.

Correspondendo aos conceitos de loucura e de alienação, aquilo que, grosso modo, podemos chamar de assistência psiquiátrica, estabelece uma organização à qual denominamos de asilar, caracterizada por exclusão, isolamento em instituição fechada, mortificação do eu e mistura entre a embrionária ordem médica da doença com a ordem moral do desregramento, a ordem jurídica do crime, a ordem social da miséria e a ordem política da subversão. Correspondendo aos conceitos de psicopatia e de doença mental, a assistência psiquiátrica estabelece uma organi-

zação à qual nomeamos de Psiquiátrica clássica, focando a ordem médica da doença e dispondo do hospital psiquiátrico especializado e de um arsenal terapêutico biofarmacológico, revolucionária em relação ao paradigma anterior, mas com radical dificuldade de lidar com a interface jurídica do crime, as possibilidades de cura e a manutenção dos vínculos familiares, laborais e comunitários simultâneos ao desenvolvimento dos projetos terapêuticos. O paradigma da atenção psicossocial territorial procura superar os limites da Psiquiatria clássica e instaura novos dispositivos de cuidado, novas relações entre profissões (multiprofissionalidade), conhecimentos (interdisciplinaridade), dimensões das políticas públicas (intersectorialidade) e dimensões do sujeito (integralidade).

A política pública brasileira compreende saúde e doença como um processo histórico-social e constitui saúde mental como campo de práticas profissionais criticamente integradas e incluídas na dimensão da saúde coletiva. Então, incorpora o paradigma da atenção psicossocial territorial a ser praticada de modo multiprofissional, interdisciplinar, intersectorial e integrado. A prática desta política desdobra um novo processo de trabalho e um novo conjunto de tensões entre terapeutas e clientela, entre equipe de terapeutas e equipes de gestão, e dos terapeutas entre si, por conta das diferenças individuais, corporativo-profissionais e ideológico-teóricas.

O Ceará tem 149 mil km², 16% menor que o Uruguai; tem oito milhões e meio de habitantes, duas vezes e meia a população do Uruguai; um Produto Interno Bruto na ordem de 26 bilhões de dólares, mais ou menos a metade do PIB uruguaio; e foi ocupado pelos europeus, em 1603,

mais de 100 anos depois do início da colonização portuguesa do Brasil e 77 anos antes da tentativa de domínio português da margem norte do rio da Prata, por meio da fundação de Colônia de Sacramento. Somos um pobre e populoso semiárido, produto colonial português tardio, sob o quente sol que se abate sobre a linha imaginária do Equador (IBGE, 2011).

O Ceará apresentou dinâmica própria de desenvolvimento, como a direção do processo de ocupação, do interior para o mar, contrariando o padrão brasileiro; a ausência de matérias primas coloniais; a pequena dimensão do escravismo, uma vez que a pecuária e a agricultura algodoeira baseavam-se no arrendamento de mão livre; a ocupação econômica tardia, derivada da forte resistência indígena; além de irrupções de secas inclementes, de movimentos messiânicos e de pronunciamentos separatistas, até os espasmos da industrialização retardatária e truncada de hoje. Condições sociais persistentemente precárias, secas cíclicas, ocupação econômica retardatária e dependente, além dos turnos de monocultura na maioria das vezes extrativista (pecuária, algodão, cera de carnaúba, lagosta), determinaram e caracterizaram o quadro político e sócio sanitário do estado.

Na perspectiva da história da assistência psiquiátrica convém destacar quatro períodos significativos:

Período I - De 1603, início do processo colonial, até 1886, inauguração do Asilo de Alienados São Vicente de Paula, da Santa Casa de Misericórdia, instituição filantrópica, associada à Igreja Católica, não houve qualquer iniciativa formal de assistência. Nesses 283 anos, o lugar do louco era a rua, a prisão e os movimentos messiânicos.

Período II - De 1886 até 1962, inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana, instituição pública, de responsabilidade do governo estadual. Entre este hospital e o Asilo Alienados São Vicente de Paula, de característica asilar clássica, havia ocorrido, em 1936, a instalação de um hospital privado, a Casa de Saúde São Gerardo. Em 76 anos, para dar conta, sucessivamente, das concepções de cuidado associadas à alienação, à psicopatia e à psicose, implantamos três instituições de pequeno porte, uma filantrópica, uma privada e uma pública, e muito tardias em relação aos modelos ocidentais de origem.

Período III - De 1962 até 1991, inauguração do primeiro CAPS, na cidade de Iguatu. Estes 29 anos são complexos e contraditórios. A Ditadura Militar brasileira desencadeou processo de criação de hospitais privados e o Ceará inaugurou um Manicômio Judiciário, público, e seis hospitais psiquiátricos privados, conveniados com a Previdência Pública. Influências norte-americanas, derivadas da Mental Health Law, geraram experiências ambulatoriais e treinamento, em Psiquiatria, de médicos generalistas, via Programa Integrado de Saúde Mental-PISAM. Paralelamente a estes dois processos, desenvolveu-se, no Ceará, uma linha autônoma do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica que vai resultar numa grande experiência de reforma do HSMM, na criação do CAPS de Iguatu e no início da tramitação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, a 2ª do Brasil, apresentada à Assembleia Legislativa Estadual e aprovada nove anos antes da lei brasileira.

Período IV - De 1991 a 2011, são 20 anos que acompanham a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, iniciado em 1986, com grande pioneirismo cearense. O

Ceará antecipa as experiências brasileiras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, do Programa de Saúde da Família-PSF, do Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada-PPI e da criação das macro e microrregiões de saúde. Para melhor entendimento, discriminaremos este período em três fases:

a) 1ª Fase - de 1991 a 1998, aprovação da Lei Estadual e criação de projetos-piloto, alternativos, bem sucedidos, que foram os CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Cascavel e Aracati. O município de Quixadá estabeleceu um modelo de CAPS que supervisiona ações de saúde mental na atenção primária, atua como retaguarda para internações em leitos psiquiátricos de hospital geral regional, promove habilitação psicossocial com apoio das políticas de inclusão social do município, oferece tratamento ambulatorial com técnicas terapêuticas diversificadas e se qualifica como modelo de atenção para municípios de médio porte (50 a 200 mil habitantes).

b) 2ª Fase - de 1999 a 2000, adoção do modelo de CAPS por mais sete municípios, aceitação pelo governo estadual de incluir um CAPS em cada sede de microrregião de saúde, aceitação pela prefeitura de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Regional da cidade e realização do Encontro Estadual de CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. A capital, Fortaleza, não avança e desqualifica os indicadores gerais do estado.

c) 3ª Fase - de 2001 a 2011, sob impacto da morte de um cliente, na cidade de Sobral, fato que levou o Brasil a uma condenação na Corte Interamericana de Direitos Humanos, o governo municipal fecha o hospital psiquiátrico, de natureza asilar, existente na cidade, cria um rede

de serviços de saúde mental orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, ganha vários prêmios nacionais de qualidade da atenção e se organiza para oferecer modelo para cidades de médio a grande porte (150 a 400 mil habitantes). A capital cearense adere à implantação de uma rede comunitária de cuidados e o governo estadual, em consequência da aprovação da Lei Nº. 10.216, que autoriza repasse de recursos federais, induz real crescimento da rede de CAPS pelo interior cearense, atingindo os 105 CAPS que temos hoje.

Muitos momentos e circunstâncias da experiência humana precisam de cuidado, pois incluem a impotência diante da mortalidade; a frustração diante das contradições entre o que se quer e o que se pode, isto é, entre habilidades, projetos e condições; a angústia frente aos jogos de perdas e ganhos do amor e do desejo; o abismo profundo entre a prisão concreta do corpo físico e a liberdade da imaginação; o espanto diante da magia do trabalho, criador da própria humanidade e, em sendo banal, repetitivo, vazio de significado para a identidade e o devir. Mas sabemos que essa experiência, que pode assumir forma de doença, na maioria das vezes constitui um sofrimento que não se reduz ao modelo de doença e não pode ser medicalizada.

Impõe-se escolher uma compreensão do processo saúde/doença e um modelo de organização de cuidado, para só então estabelecer o processo de trabalho da equipe. Sobre a base genético-probabilística, atuando significativamente no espaço-tempo da história, nós nos produzimos como sujeitos, portanto produzimos os modos de viver, de sofrer a condição humana, de ser saudável, adoe-

cer e morrer. Os psiquiatras e os demais trabalhadores do campo da saúde mental, não daremos conta, com qualidade, das nossas tarefas, se não compreendermos a miríade de possibilidades de expressão da saúde e da doença em determinado território/momento histórico, com seus movimentos de pobreza/riqueza, guerra/paz, ganho/perda, potência/ impotência, amor/desamor. Em todo processo terapêutico, que nunca pode ser apenas farmacoterapêutico, faz-se necessário resgatar as próprias histórias (dos trabalhadores, dos usuários, das políticas de saúde, das redes de ofertas, das possibilidades de acesso, dos projetos terapêuticos) para a compreensão de como nos tornamos o que somos, na saúde e na doença, e de como podemos produzir novos significados e nos emancipar dos impasses.

No geral dos transtornos da saúde, podemos produzir um esquema geral o suficiente para a garantir flexibilidade e focado o suficiente para garantir poder discriminativo. Vejamos os conceitos de base e de expressão. Base constitui a dimensão do sujeito que primeiramente é afetada, em decorrência das determinações históricas, e ela pode ser, de modo dominante, biológica e psicológica. Expressão constitui a dimensão do sujeito que organiza para o próprio sujeito e para os outros um conjunto de sinais e sintomas, uma síndrome, e ela também pode ser, de modo dominante, biológica e psicológica. Uma base de determinação biológica pode gerar expressões predominantemente biológicas ou predominantemente psicológicas e uma base de determinação psicológica pode gerar expressões predominantemente biológicas ou predominantemente psicológicas. Assim, temos um quadro de quatro grandes possibilidades: bio/bio, bio/psi, psi/bio e psi/psi.

Esboçemos o seguinte exemplo: um homem, operário, suburbano, casado, com filhos, fica desempregado, e ele é membro de uma sociedade patrimonialista, patriarcal e machista, que prescreve para o homem ser provedor da família, senhor da lógica e dominador dos espaços da rua e da produção econômica. Ele esconde o desemprego enquanto procura, esperançoso, nova colocação, que não aparece e o tempo vai se estreitando, se esgotando. Ansiedade, insônia, irritabilidade, desinteresse sexual são consequências. A esposa questiona: “você tem outra” ou “você não gosta mais de mim”. A ansiedade se aprofunda, devido a um problema social internalizado no centro de um grande conflito, aparentemente sem solução, daí a expressão biológica, pela redução do interesse e da competência sexual. Esse é o quadrante da determinação psicológica e da expressão predominantemente biológica ao qual chamamos de quadrante psicossomático.

Se o quadrante é bio/bio, a Medicina, a clínica clássica, o positivismo médico, sabe o que fazer, mas nos outros três o drama se instala. Pois, entre os trabalhadores da saúde, surge um comportamento de negativa e desvio, que, de modo espontâneo e inadvertido, tende a transformar o que desliza, esgarça, se transveste, naquilo que sabemos lidar. O difuso, o impreciso, o psi/bio, o bio/psi, o psi/psi, precisam ser modelados, ao gosto do positivismo médico e ao gosto das especificidades corporativas de cada profissão e de cada especialidade, para dar tranquilidade aos profissionais. Estamos sendo profundamente iatrogênicos. Os fenômenos, quando surgem, são totipotentes, um conceito da genética que traduz aquele momento inicial em que qualquer célula do embrião poderá se tornar qualquer célula do

organismo adulto. Aqui também nós temos a totipotência expressiva, quando os repetidores, os reforçadores, os hábitos, ainda não fizerem o seu trabalho de especializar sinais e sintomas e de especializar comportamentos.

A palavra *framework*, isto é, moldura, é muito boa para identificar o que a vida social vai fazendo. Se eu digo ao patrão que faltei ao trabalho por ter feito samba e amor até mais tarde, ele me demite. Mas se dizer que foi doença, gripe, virose, poderei ter minha justificativa legitimada e minha demanda acatada. Os sofrimentos, as dificuldades humanas são justificáveis se elas se expressarem dentro do modelo produtivista da doença. Então o sujeito sai do sofrimento psíquico, genérico, conatural à existência humana, para sofrimentos organizados sob vários padrões, até conformar um modelo de doença com nome, código e legitimidade social.

Voltando ao nosso esquema, simples e acolhedor das maiores diversidades dinâmicas, pensemos o campo do psi/psi, do psi/bio e do bio/psi. Estas articulações entre natureza predominante da base e natureza predominante da expressão apresentam quatro grandes modos de lógicas expressivas: transtornos, neuroses, psicoses e psicopatias. Os transtornos constituem o mundo de psicossomáticas, somatopsíquicas e psicossociais, caracterizando-se por grande dimorfismo, curtos ou longos cursos, inúmeros prejuízos à qualidade de vida, mas pequena gravidade.

As neuroses representam fixações em dinâmicas defensivas do eu, reiteração dramática de algo que já sucedeu, teve êxito na solução de uma agressão, de um impasse, de uma tragédia, e agora é aplicado rigidamente a outros obstáculos, evidentemente sem sucesso. As psicoses

representam soluções desesperadas para o vazio de significados, arregimentando respostas que mais demonstram impotência do que qualquer êxito ou memória de qualquer êxito, respostas estas muito primitivas como as alucinações e os delírios, em processos simbióticos ou autistas. As psicopatias não têm relação com defesas do eu, sociais ou primitivas, exitosas, semi exitosas ou declarações patéticas de impotência, pois elas traduzem a incapacidade de formular um código de moral que não seja narcisista, ego-cêntrico – a satisfação do eu é a medida de todas as coisas, não há coragem e sim cegueira frente ao perigo. O dependente químico abole-se pelo outro, abole a prática que não mantenha coerência com a ideologia. O psicopata abole o outro por si e abole a ideologia que não mantenha coerência com seus interesses práticos e imediatos. É destruída a tensão dialética entre ser sujeito de um desejo pelo outro e objeto do desejo de um outro, não necessariamente biunívoco com o meu desejo. Incapazes de viver estas tensões, cada qual a seu modo, o dependente químico e o psicopata abolem um dos polos da tensão.

Ora, se concebemos saúde/doença como processo histórico-social, dinâmico, qualitativo; se concebemos saúde como direito de cidadania, não graça divina, favor piedoso ou mercadoria; se concebemos o campo da saúde mental como radicalmente complexo, interdeterminado, interdependente, de dinâmicas e expressões a serem compreendidas na singularidade; e se para dar conta dessas demandas concebemos um modelo de atenção psicossocial territorial; então um novo sistema, um novo serviço e um novo processo de trabalho, multiprofissional e interdisciplinar, terão que ser ofertados ao povo.

Uma primeira decisão organizacional, quando pensamos os processos de trabalho no campo da saúde mental, diz respeito à formação de uma rede específica, para o que seja próprio do campo, mas havendo, simultaneamente, a construção de uma série de interfaces entre o subsistema de saúde mental e o sistema de saúde.

A rede específica precisa atender, com a complexidade e as tecnologias adequadas, aos três grandes níveis clássicos da saúde pública: primário, secundário e terciário, com a (re)habilitação social compreendida em sua transversalidade, não nível autônomo. Cada nível exigirá serviços e composição de equipe de acordo com o tamanho do município: pequeno, médio, grande e metropolitano.

Nos municípios de pequeno porte, população inferior a 50 mil habitantes, não há necessidade de serviço hospitalar especializado e de Centro de Atenção Psicossocial, pois o que se precisa é de treinamento de emergência psiquiátrica para a equipe da emergência geral; quatro ou cinco leitos psiquiátricos em hospital geral, sob responsabilidade de médico generalista treinado; equipe mínima de saúde mental (psicólogo, enfermeiro e assistente social) na secretaria municipal de saúde, para a supervisão do sistema e acompanhamento das referências/contrarreferências; sistema de referência e contrarreferência bem estabelecido com município de maior porte, para as intervenções mais especializadas; e, universalmente, o desenvolvimento de ações de saúde mental comunitária, pelas equipes de saúde da família, devidamente supervisionadas pela equipe mínima de saúde mental da secretaria municipal de saúde. Um dispositivo imprescindível é a articulação do campo da saúde com a educação básica e as políticas de seguridade social.

Em município de médio porte, população de 50 a 200 mil habitantes, a rede anterior é ampliada e acrescentada de um CAPS Geral. Dependendo do perfil epidemiológico e dos municípios de pequeno porte que fiquem articulados microrregionalmente, pode haver a necessidade de uma Residência Terapêutica para abrigar crônicos, com baixa autonomia em relação à vida diária e sem suporte familiar-social; de um CAPS próprio para crianças; e de um CAPS próprio para o cuidado à dependência química. Neste último caso, o Centro não poderá existir sozinho, mas acompanhado de Comunidade Terapêutica Pública e de leitos em hospital geral para a desintoxicação e a síndrome de abstinência.

As grandes regiões metropolitanas exigem planejamento mais acurado, baseado em excelente articulação com uma atenção primária bem qualificada e com os sistemas de policlínicas, de hospitais gerais de médio a grande porte e de emergências/urgências.

Um diagnóstico apresentado, recentemente, por mim e dois orientandos revela o seguinte quadro de problemas: contratação precária e mal remunerada dos trabalhadores, voluntarismo das políticas de saúde mental e fragmentação das políticas de saúde, subfinanciamento do setor, implantação subdimensionada das estratégias de atenção primária, insegurança dos trabalhadores dada a insuficiente formulação teórica de atenção psicossocial e de gestão de territórios, funcionamento irregular da rede de serviços dada a implantação precária da intersetorialidade, insuficiente identificação das atividades que precisam de protocolo e das que exijam criatividade a cada situação, insuficiente ou inexistente domínio das técnicas

terapêuticas de grupo, grave descontinuidade na oferta de supervisão clínico-institucional para as equipes, hegemonia prática das terapêuticas centradas na erradicação de sintomas, na ação emergencial e na prescrição massificada de medicamentos (SAMPAIO, GUIMARÃES e ABREU, 2011).

Portanto, considerando as habilidades técnicas, comunicacionais, relacionais e políticas necessárias ao trabalhador da saúde, especialmente ao trabalhador da saúde mental, e visando dar conta de universalidade, intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade, a formação para o trabalho precisa enfrentar os problemas existentes, reorientar o resultado da formação clássica recebida na graduação e oferecer um processo continuado de educação pós-graduada, em serviço ativo, focada nos seguintes eixos temáticos: história da assistência psiquiátrica no país e na cidade, visão crítica da política pública de saúde mental e sua relação com a política de saúde e demais políticas sociais, incorporação dos conhecimentos oriundos das ciências sociais e humanas, organização da rede de cuidados e dos serviços instalados, aprofundamento da formulação teórica de atenção psicossocial territorial e de humanização do cuidado e da gestão em saúde, análise das pressões do mercado de trabalho e das táticas de contratação de pessoal em campo tão específico, ética do trabalho coletivo e manejo das dinâmicas de grupo, e construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos.

Não podemos deixar que o paradigma asilar ou o psiquiátrico clássico voltem a ser hegemônicos em nossas teorias e práticas; nem que retrocedam as conquistas éticas que, na dimensão dos direitos humanos, sociais e políticas, nossas sociedades conquistaram. Não podemos

permitir que a saúde volte a se constituir como graça, favor ou mercadoria, portanto, não há como separar a reflexão crítica sobre a clínica das organização de serviço, rede ou sistema, do planejamento público e da política. Com tais princípios, diretrizes e prioridades em mente, espero contribuir para a grandeza deste evento que me acolheu com tanto calor humano. Assim, com alegria e solidariedade, este psiquiatra do semiárido nordestino brasileiro saúda os colegas cisplatinos.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: A FACE PRIVADA DA VIOLÊNCIA

(Conferência proferida no 2º Encontro Nacional do Ministério Público dos Estados e do DF sobre a Implementação da Lei Maria da Penha, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, agosto de 2011)

Violência e agressividade são termos que, pelo senso comum, podem ser tomados como sinônimos, ou designam, com níveis diferentes de intensidade, o mesmo fenômeno. A palavra violência, por exemplo, circula em inúmeros ambientes, mídia de massa, justiça, polícia, universidade, família, distinguindo-se por extensões descritivas (doméstica, de gênero, sexual, contra a propriedade, contra a pessoa, contra a humanidade) ou extensões qualificativas (maligna – haveria violência benigna? –, injusta – haveria violência justa? –, arbitrária – haveria violência lógica e autorizada?).

A árvore conceitual do termo violência admite pelo menos oito palavras-chave e apresenta, com nuances, os verbos violar e violentar, onde parece haver lógicas diferentes, pois violar uma correspondência não partilharia mesmo universo com o estupro, por exemplo. Desses verbos derivam duas condições, de violável e de violentável; uma designação genérica do fenômeno, violência; a natureza de um sujeito, violento, e a posição relativa na cena do fenômeno, violentado e violentador.

A árvore conceitual do termo violência admite três sentidos básicos: 1- dano causado por distorção ou alteração não autorizada e/ou intencional; 2-exercício injusto ou discricionário de força ou poder; e 3- ato ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra algo ou alguém. A análise destes sentidos nos leva, primeiro, ao ato que resulta em dano, distinguindo negativas em relação a um padrão: distorção, alteração, não autorização. Mas, os dois outros sentidos remetem, de modo compartilhado, a força, poder, arbítrio, injustiça, intimidação, não importando o tamanho do dano, pois a mágoa da descoberta de uma traição, o rubor do rosto esbofetado, a tibia quebrada numa sessão de tortura e o medo do filho que percebe brilho de ódio no olhar do pai que o espanca são, todos, frutos da violência.

Com todas as imprecisões conceituais, psicológicas, sociológicas, antropológicas, éticas e legais, há um tipo de consenso prático, hoje, que não mais legitima o uso da força para constranger ou a intimidação moral e a produção intencional da dor para fins pretensamente pedagógicos, como já não se legitimava o estupro, a tortura, o homicídio, o genocídio. Assim, o fenômeno genérico que se vela e se desvela sob a rubrica de violência passou a constituir um emergente psicossocial em grande evidência na agenda política e sanitária em todo o mundo, pois diversos e diferentes países estão vivendo e discutindo tal problemática. Queira-se ou não, saiba-se do que se está falando ou não, tomando partido ideologicamente por uma perspectiva analítica ou outra, uma teoria ou outra, a questão encontra-se colocada na agenda pública.

A agressividade é definida por Fromm (1979) como potência inerente aos seres humanos, expressa em sua capacidade de, ativamente, reagir sobre a natureza, transformando-a. Em vez de sermos objetos das possibilidades adaptativas evolucionárias biológicas, os seres humanos atuam em metabolismo com a natureza, criando necessidades especiais e adaptando a natureza a estas necessidades. Sem a agressividade, perderíamos o impulso para, diante do calor, inventarmos leque, ventilador, condicionador de ar.

Desse autor também se depreende que a violência pode ser definida como alteração, explosiva ou perversa, da agressividade, resultante de processos sociais baseados na aplicação de força para o exercício de poder de indivíduos contra outros, de indivíduos contra si mesmos, de grupos contra outros e de grupos contra si mesmos, objetivando, por um lado, obter, de modo mais ou menos espontâneo, liberação de opressão/exploração, ou, por outro lado, provocar dano, seja físico ou mental, aliando submissão com maiores ou menores graus de humilhação. Observa-se que muda o ator (indivíduo, grupo), o sentido (contra si, contra outrem) e o significado (justo, injusto; lícito, ilícito), mas a lógica fundamental é a mesma.

Concebendo de outra maneira, a violência é o resultado da agressividade humana, manifesta nas relações interpessoais, defensiva ou opressiva, quando há emprego de energia com o propósito de causar dano, caracterizando-se pela imposição de força a serviço de determinados interesses, exercida em situação de assimetria, resultando em negação de um ou mais direitos dos assujeitados. Quando falham os processos hetero-dirigidos, em contexto de confusão e desespero, a ação pode tornar-se autodirigida, isto

é, flagelação e suicídio. No caso das violências opressivas, atente para a sequência das palavras (dano > imposição de força > situação de assimetria > assujeitados), pois constituem o percurso lógico da problematização conceitual.

Para Cecília Minayo, no campo sociológico, agressividade e violência são identificadas em bloco, limites conceituais imprecisos, como um problema genérico. Não há registro de sociedade onde a violência, por exemplo, vide o mito de Caim e Abel, não esteja presente e as tensões e contradições do desenvolvimento social criam novas formas e torna mais complexo o processo de sua determinação e de sua diferenciação em referência à agressividade. Simultâneo com a necessidade de estruturar pactos de convivência, os seres humanos praticam agressividade e violência e tentam compreender as naturezas destes fenômenos, suas determinações históricas e origens individuais, suas consequências e os meios apropriados para identificá-los, preveni-los, atenuá-los ou eliminá-los, no caso de se admitir, provisoriamente, a possibilidade de eliminá-los da convivência social.

Para fins epidemiológicos, pode-se reduzir o conceito ao uso intencional da força física, defensiva, dirigida contra um agressor, ou ativa, dirigida contra um outro que se pretenda dominar, e que resulta em lesão ou morte. Para a Epidemiologia, portanto, o conceito deve ficar menos heurístico, explicativo, e mais empírico, descritivo, sem incluir valoração sobre motivos e determinações. Mas não devemos tomar toda a violência como a criminal ou mesmo como a letal. Já sabemos do peso dos constrangimentos morais e da ofensa psicológica para que efetuemos tais reducionismos.

Crendo ter conseguido fazer a distinção conceitual, foquemos a violência, na sua dinâmica, complexa e histórica dimensão, que exige, para entendê-la, conhecimento genético, fisiológico, antropológico, psicológico, psicopatológico, sociológico, político, jurídico, econômico e filosófico. Ela aparece de forma peculiar, em situações sociais específicas, trazendo para o debate público questões fundamentais da relação indivíduo/sociedade, sobretudo de emergentes tão particularmente dramáticos representados pelas tensões solidariedade/competição, querer/poder, desejar/obter, prazer/dor, ser/ter, tornados mais extensos e agudos pelas situações de desespero, desamparo e alterações do estado da mente por substâncias tóxicas.

DaMatta (1980) nos aconselha a relacionar o crime à norma; o desvio à regra; o conflito à solidariedade; a ordem à desordem; o cinismo à consciência e às ações sociais. Porque o crime e o castigo, a ordem e a desordem, a violência e a concórdia, revelam as formas de propriedade e de governo, as leis de mercado e o sistema de poder, sobretudo sua institucionalidade.

O poder público, responsável pela segurança dos cidadãos e proteção de seus direitos, alça-se habitualmente às condições de opressor, torturador, violentador, causador de morte, seja diretamente pelos agentes policiais, seja indiretamente pela omissão do Estado em relação à garantia dos direitos fundamentais das pessoas, cada vez mais conscientes da cidadania.

Para compreender a violência faz-se necessário descrevê-la, classificá-la, analisá-la, sintetizando-a criticamente como fenômeno universal e particular, evitando julgamentos prévios de caráter valorativo, com poder de norma.

Porém, no momento da intervenção, para controlar, atenuar, eliminar ou prevenir, torna-se imperativo o exercício ético da valoração e da normalização.

As faces da violência e a violência doméstica

A compreensão das várias faces da violência nos leva para um esboço tipológico, desafiando-nos a perceber as faces como expressões de um processo básico complexo e de complexas mediações entre o genérico e o particular de cada face. Há que compreender a dinâmica da transformação da agressividade em violência e a dinâmica da expressão da violência numa ou noutra forma. Diante do filho em desespero de fome, um pai mata o filho para livrá-lo da dor, outro se mata para livrar-se do problema, outro rouba um mercado, outro pede esmola etc. O que levou ao desespero e à resposta violenta? O que levou a uma ou outra forma violenta de resposta?

Os tipos expostos a seguir não têm qualquer pretensão de esgotar assunto. São indicativos, pistas, apoios ao processo de compreensão. Em todos os casos percebe-se, atuando, a transformação das diferenças em dissimetrias do tipo inferior/superior e os mecanismos autoritários de solução, seja na contemporaneidade de um modelo de relação, seja por resíduo cultural de modelos passados de relação.

Classificação pela natureza dos atores:

Violência de gênero – Quando a reação violenta se dá entre homens e mulheres, hetero ou homossexuais, numa cultura de intolerância à diversidade de sexo, de identidade sexual e de orientação sexual. Quando uma

maioria procura impor seu padrão aos demais, as disputas se velam de vingança e os afetos de possessividade, frustração, fracasso.

Violência racial/étnica – Quando a relação violenta se dá entre pessoas de etnias diferentes, marcadas historicamente pela disputa por território de sobrevivência ou por formas de iniquidade, mais ou menos sutis ou cruéis, como o esforço colonial de extinção (caso brasileiro dos indígenas) ou a exploração escravocrata (caso brasileiro dos negros).

Violência geracional – Quando a reação violenta se dá entre adultos, adolescentes, crianças e idosos, quando os vínculos etários de cuidado se rompem e cada subgrupo se transforma em fardo insuportável para um outro, pois as responsabilidades morais não encontram amparo nas condições de sobrevivência, concretas ou presumidas.

Classificação pelas instâncias dominantes de determinação:

Violência derivada do campo Político-Ideológica – Na dimensão do Estado, seja ele o violentador, autocrático, sequestrando direitos, exacerbando persecutoriamente a autodefesa; seja ele o violentado, por qualquer uma das possibilidades de ação revolucionária. Em qualquer dos casos o síndico da Sociedade foi cooptado por algum grupo de interesse que coloca seus valores e necessidades acima de todos os demais.

Violência derivada do Modo de Produção – Na dimensão da Economia, pela invenção de necessidades sem a oferta das condições de realização, gerando pobreza, desemprego, marginalidade, migrações por desamparo

e exclusão da ordem de direitos conquistados: quando a exploração é percebida, o trabalho deixa de ser valorizado em detrimento da capacidade de endividar-se para consumir, a capacidade de sobreviver fica ameaçada e as crenças justificadoras entram em falência.

Classificação pelo lugar de realização:

Violência urbana – Quando o ato violento se expressa nas ruas, como balas perdidas, assaltos ou amputações e mortes derivadas do trânsito, transformando as vias de circulação em arena de guerra surda, não declarada, reproduzindo no caixa eletrônico, no golpe telefônico do sequestro e na disputa de espaço entre o carrão e a motocicleta toda a conflitualidade econômica e psicossocial.

Violência laboral – Quando o ato violento se expressa nas instituições públicas e privadas de trabalho, pelo exercício de poder dos chefes frente aos subordinados, utilizando-se do controle de emprego, salário e promoções, ou entre subordinados em busca de prestígio, carreira e dinheiro, destacando-se formas como o assédio moral e o *mobbing*.

Violência escolar – Quando o ato violento se expressa nas instituições de ensino, entre professores e alunos, ou entre colegas, como violentadores e violentados, pelas demonstrações perversas de poder e excelência da própria identidade, com jovens, magros, brancos, belos e ricos sobrepondo-se a todos os demais, tendo o *bullying* como forma exemplar.

Violência doméstica – Quando o ato violento se expressa no ambiente privado do lar, predominantemente ocorrendo entre membros de uma família. Detenhamo-nos nessa questão.

É no centro do torvelinho engendrado pelas necessidades das contradições cultura *versus* natureza que comparece a família, como um dos espaços de socialização, cumprindo a tarefa de repor o conhecimento humano a cada contemporaneidade. Nesse sentido, como afirma Antônio Gramsci, todos nós nascemos velhos, embrenhados em tudo o que foi construído pelos antecessores. A família deve ser compreendida como elemento histórico que se instaura nos primórdios da evolução humana, em processo espontâneo, e passa por longo desenvolvimento até chegar à forma hegemônica atual.

Ideologicamente, hoje, a família nuclear se afirma como única possibilidade de organização familiar e padrão fundamental da organização social. E, no caudaloso rio criado por necessidades histórico-sociais, a família passa a ser tomada como uma ilha de tranquilidade, abstraída das relações sociais que a determinam, configurando-se naquilo que Adorno e Horkheimer (1991) chamaram de “resíduo idealizado do estado de Natureza”.

Mas, a família é determinada pela realidade social na qual se insere e media as relações no complexo espaço privado de cada unidade familiar. As pressões exercidas sobre os indivíduos nas arenas do mundo parecem transformar a família em solução idílica para fuga e lazer, nicho acolhedor ao repouso frente às ameaças de despersonalização e competição. No entanto, as características do entorno social se reproduzem na família, lançando a solução idílica para outros paraísos, inclusive os artificiais do álcool e de outras drogas.

A todo instante somos tomados por um desconforto insidioso. Abrimos o jornal e descobrimos que um filho

assassinou toda a família, que um pai violentou a filha de nove anos, que uma esposa associou-se aos filhos no planejamento da morte do marido/pai para ficarem com a herança. E no íntimo de nossas mentes, ao mesmo tempo que execramos isto tudo, explode o temor de sermos capazes de atitudes parecidas. Será que a qualquer momento não seremos tomados por esta “animalidade latente”, pura expressão afetiva de ódio incontido, exatamente na fronteira em que amor e ódio se misturam?

A família, enquanto instância socializadora, cumpre a função pedagógica de transmitir determinado conjunto normativo, um dos agentes construtores da identidade individual e coletiva. Ao exercer este papel cumpre também a função coercitiva de controle instintual. É no campo privado da família que o fisiológico começa a ser regulado nos horários adequados para dormir, comer, excretar, fazer sexo; que a divisão dos papéis sexuais começa a expressar-se em quem pode ou não brincar com bonecas, mostrar a calcinha e fazer pipi em público. Cada gesto rotulável como natural começa a ser moldado, lapidado, controlado. Ao mesmo tempo milhares de gestos e símbolos, que não dependem da genética ou dos hormônios, são retransmitidos, reconstruídos, reinterpretados, recolocados. Ocorre que um problema maior se instala quando a família ficou desprovida de condições para o desempenho destas tarefas, e continua tentando, tentando, impotentemente.

Porém, a crise não se esgota no psíquico, quando os impulsos reprimidos pela família podem reagir destrutivamente contra ela. Em termos econômicos, a contradição se expressa do seguinte modo: como uma instituição herdada da concepção feudal de vida, ancorada em parentesco,

consanguinidade e celibato pré-marital, estaria se adaptando frente a relações sociais que exigem a desafetivação do trabalho, a dicotomização entre o privado e público, a erotização do corpo no consumo, a eficiência e a disciplina preconizadas pela produtividade acima das demais necessidades? Por exemplo, a inserção da mulher no mercado de trabalho coloca a defesa de valores que não faziam parte do universo familiar. Agora, a mulher passa a buscar sua liberdade nas relações alienadas engendradas pelo capital, ao mesmo tempo em que se esquizofreniza frente às necessidades determinadas pelo processo de reprodução social: como ser uma boa profissional, sendo boa mãe e boa dona de casa? Conflito que também se coloca para os homens, obrigados ao exercício de tarefas que lhe eram estranhas: cozinha, limpeza e fraldas. A identidade masculina edificada no amálgama entre papel sexual e trabalho é questionada, então a virilidade choca-se com a limpeza dos pratos e o lavar das próprias cuecas.

A mídia de massa invade o espaço familiar, compete com ele e o domina, tornando agudo o conflito socializador e colocando frente a frente os princípios de pais *versus* noções comportamentais oriundas de moda, novelas e publicidade, com os corpos vendendo sabonete, cuecas e *lingeries*. Então as vozes conservadoras ecoam anunciando a iminente morte da família, de seus valores puros e tradicionais. Parece que algum tipo de família está morrendo, mas, de qual família estamos falando? Por certo não é a família erguida na miséria, pois esta agoniza há muito tempo, seus órfãos de pais mortos ou vivos vagueiam pelas ruas, vendendo e tomando coisas. O que está morrendo é uma concepção de família que não mais atende às ne-

cessidades do capitalismo moderno, no que parece ser um processo caprichoso e imprevisível de mudança histórica, um drama que os humanos não escolhem representar, mas onde são atores ativos, com espíritos repletos de saudáveis e terríveis utopias.

Se a família era uma unidade de produção e reprodução, hoje ela se estabelece, principalmente, como unidade de consumo. Dessa forma, quanto maiores forem as possibilidades de configuração (pais solteiros, mães solteiras, casais sem filhos, casais homossexuais com filhos etc), maiores as oportunidades de reprodução social. Entre as famílias pobres não há grande novidade, predomina o matriarcado, são as mães e as avós que enfrentam a miséria para garantir a próxima geração do exército de reserva do sistema produtivo. Entre as famílias ricas também não se encontram grandes modificações, o sexo antes do casamento não é mais tabu, mas a fidelidade feminina ainda é considerada essencial, pois a consequente dissipação do patrimônio familiar é temida. Desse modo pode-se estabelecer a hipótese de que mesmo a violência doméstica não pode ser considerada como única, pois não há apenas uma categoria de família. A violência nas famílias da classe dominante é intrinsecamente diferente da violência nas da classe dominada, a primeira, dilacerada pelas necessidades de sobrevivência, a segunda dilacerada pela competição narcísica de prazeres.

Nosso desafio é compreender este processo de transformação, sem valorizá-lo, *a priori*, como negativo, mas como algo possuidor dos encantos e temores do novo. Se, por um lado, avizinha-se uma situação onde pais e filhos parecem realizar cidadania apenas como consumidores de

mercadorias, necessárias ou desnecessárias, lícitas ou ilícitas; por outro, avista-se uma consciência maior de que relações parentais ancoradas na hipocrisia e no despotismo precisam ser urgentemente superadas.

Ocorre que as boas intenções e os planos estratégicos podem ser atropelados pela prática cada vez mais fragmentada e de curto prazo das políticas públicas, em contradição com a massificação avassaladora do consumo de novas drogas, por exemplo.

A compreensão das várias possibilidades de determinação da violência nos leva para outro esboço tipológico, estabelecendo campos temáticos que podem ser sistematizados a partir da vasta literatura científica publicada sobre os processos de produção da violência, sempre enfatizando que a violência não é uma coisa, mas uma relação.

- Heterogeneidade social, racial e religiosa em cultura autoritária.
- Mobilidade demográfica vertical e horizontal desordenada.
- Desempenho econômico concentracionista e excludente.
- Organização mafiosa da sociedade para proteção das corporações.
- Magnitude do comércio de sequestro de pessoas e bens.
- Desempenho precário do Estado em políticas compensatórias.
- Desempenho precário do Estado em Saúde e Educação.

- Desempenho precário do Estado em Segurança e Justiça.
- Magnitude da produção, distribuição e consumo de armas.
- Magnitude da produção, distribuição e consumo das drogas, lícitas e ilícitas.

É no indivíduo que ocorre a síntese de todas as contradições, onde quer que ele seja tensionado em seus limites. É o indivíduo quem age e reage, em certo contexto, fere, de modo intencional ou não, e é ferido, de modo intencional ou não, elaborando rústicas ou complexas explicações para o próprio comportamento. E em sendo o indivíduo, impõe-se acrescentar as dimensões da Genética, da Fisiologia e da Psicologia, pois existem os limites mínimos vitais, as pulsões em contradição com normas, a forma de incorporação das normas, se compreendida ou decorada, se introjetada por amor a uma certa ordem ou por temor aos castigos. Cada indivíduo coopera e compete com o outro, daí necessitarmos de condições que favoreçam a cooperação e regulem a competição de modo universal e transparente.

Por onde passam as tentativas de solução.

Chauí (1993) chama nossa atenção para a tríplice ética produzida pelo ocidente capitalista: a ética do Mercado, baseada nas relações de negócios, interesses, dinheiro e lucro; a ética do Estado, baseada nos pesos e contrapesos, tensões e equilíbrios entre direitos e deveres, necessidades e privilégios, demandas públicas e atendimentos; e a ética

da Sociedade, sociopsicofamiliar, baseada nas construções de identidade, afetos e cuidados.

Na dinâmica política, é fácil perceber que uma ética pode avançar sobre as outras, em movimentos de interterminação e interdependência, buscando hegemonia. Na arena ocidental contemporânea, nas economias centrais, o Mercado tende a regular o Estado e a Sociedade, enquanto nas economias periféricas, o Estado tende a regular o Mercado e a Sociedade. É visível, no Brasil, diante de todo problema público, a resposta padrão ser a de mais leis e mais intervenção do Estado.

A pleitora de leis, por exemplo, indica falhas culturais que apenas em parte podem ser supridas por leis, ferramenta necessária, mas não suficiente. O imediatismo, o imprevisto e o populismo são maus conselheiros. As famílias, sem acesso aos processos educativos, sem valorizar a educação como princípio civilizatório e entregues ao senso comum deslocado e fragmentado; sem acesso aos processos sanitários, sem valorizar a saúde como princípio civilizatório e entregues às pulsões de sobrevivência física; sem acesso aos processos culturais de produção de justiça e solidariedade, sem valorizar tais processos como princípio civilizatório e entregues, cortiça sobre água, bola de ping pong no ar, ao arbítrio do Mercado e do Estado, podem fazer o que com mais leis? Poucas e precárias condições de adesão a normas cultas > desenvolvimento de uma cultura da violência > mais leis que recortam o objeto em simplificações e reducionismos, além de desprezarem as condições de adesão da população às normas: fica consolidado um terrível círculo vicioso.

A violência, sobretudo a violência epidêmica que se acerca de nós, representa uma linguagem antipedagógica, por impedir que os processos educacionais alcancem seus objetivos em ritmo de formação, não de espasmo ou convulsão; uma linguagem antissanitária, pelos altos custos em traumas psicológicos e físicos, amputações, vidas perdidas, cobrados à sociedade; e uma linguagem antidemocrática, pela perversão dos valores de cooperação, tolerância, pactuação e paz.

A compreensão das possibilidades de enfrentamento da violência nos leva para outro esboço tipológico, desta vez de possíveis caminhos para a superação dos problemas mais cadentes, focando a ação do Estado e a dimensão da violência doméstica, mas, sempre, como políticas integradas e sensíveis ao protagonismo dos indivíduos e comunidades. Além de integradas, pela intersetorialidade, devem ser interdisciplinares, pela multiplicidade de áreas a serem convocadas, e participativas, pois como democratizar um Estado e uma Cultura autoritárias, sem a adesão democrática?

Outrossim, urge atentar para a unicidade básica do fenômeno da violência, pois atentar para uma natureza de ator, uma instância de determinação ou um *locus* de realização, demonstra ignorância em relação aos vasos comunicantes e à lógica da repressão. O que é reprimido numa forma certamente refluirá para aparecer noutra forma. O violentado na família pode ser o violentador na escola. O homem submisso e humilhado no trabalho pode ser o tirano doméstico. O homem subitamente desempregado pode usar seu carro como arma no trânsito. A mulher espancada pelo companheiro pode ser espancadora dos filhos.

Identifiquemos alguns campos e potencialidades de solução:

Assistência Social – As políticas de renda mínima universal, sem a hipertrofia burocrática dos projetos estanques, cheios de regras de inclusão, como habitação popular, esporte e lazer cultural e transporte público, redutoras de iniquidade e promotoras de equidade, são as indicações necessárias.

Educação – Escolaridade infantil, fundamental e média, universalizada e básica, em período integral, com projetos pedagógicos problematizadores, ativos, constitui o eixo estruturante da cidadania.

Saúde – A ênfase é na política de redução de danos, pela ponta da doença instalada, das lesões corporais, das dependências químicas, e na ampliação adequada da atenção psicossocial comunitária, pela ponta da promoção de saúde e do acolhimento.

Justiça e Polícia – O desempenho ágil e responsivo do Judiciário, sobretudo redutor do generalizado sentimento de impunidade deve ser implementado, tanto quanto uma ação policial preventiva, inteligente, respeitadora dos direitos humanos, sociais e políticos da cidadania.

O fantástico desenvolvimento tecnológico, para o bem e para o mau; a mundialização dos problemas em escala nunca vivenciada; os atrasos políticos e econômicos em meio à divulgação acrítica de direitos e ao silêncio dos deveres; constituem extraordinário desafio. Nada é fácil e simples. Aliás, para cada problema complexo há uma solução simples. E errada. Mas 2.700 anos de Filosofia, 500 anos de prática científica e pelo menos 250 anos das pelepas

democráticas contemporâneas constituem base suficiente para boas respostas. Karl Marx dizia que quando a humanidade se propõe problemas, reiteradamente, é por estar perto das soluções. Compartilho deste otimismo, com as reservas devidas ao que sei do ambíguo, do contraditório e do trágico que há no humano, demasiado humano.

SAÚDE MENTAL: UM CAMPO DE TENSÕES TÉCNICAS, TEÓRICAS E POLÍTICAS

(Conferência proferida no II Congresso das Américas de Fatores Psicossociais, Estresse, Saúde Mental e Trabalho, Cidade do México, México, outubro de 2014)

O uso da palavra campo, como eixo desta conferência, traz para o debate das teorias e práticas de cuidado em saúde a mesma força que a palavra território apresenta no debate sobre planejamento e gestão das políticas de saúde.

No Brasil, temos aplicado território nas políticas públicas de saúde coletiva, visando constituir moldura espaço-temporal no qual as pessoas, concretamente, vivem, sofrem, gozam, trabalham, amam, constituem famílias, adoecem, têm saúde e constroem relações culturais, daí a articulação de equipes de saúde da família para atendimento de um território vivo (SANTOS, 1996; 2001), a fim de praticarem cuidados de prevenção de transtorno, promoção de qualidade de vida, educação em saúde e cidadania participativa.

Do mesmo modo temos aplicado campo na configuração das produções teóricas e práticas, interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, visando constituir esferas de ação ou conjunções de forças entre demandas e atores, favorecendo o estabelecimento de acordos con-

ceituais regulados por linguagens, sentidos e atividades (CAMPOS, 2000; CAMPOS *et al.*, 2006).

A expressão saúde mental é polivalente, pois desdobra três dimensões específicas de sentido (SAMPAIO, GUIMARÃES, SAMPAIO, 2013):

1- estado dos seres humanos, que engloba sofrimento, satisfação, prazer, paixão, felicidade, competência para conceber e praticar um código moral, fluxo de consciência e tempo, como na fórmula “isto tem a ver com a saúde mental das crianças”;

2- conjunto de saberes e profissões, Psiquiatria/psiquiatra, Psicologia/ psicólogo, Enfermagem/enfermeiro etc, como na fórmula “são as responsabilidades da equipe de saúde mental deste serviço”; e

3- conjunto de princípios, diretrizes, planejamentos, programas, projetos, gestões, sistemas, redes e serviços, com níveis e modelos de atenção, como na fórmula “vamos elaborar, juntos, a política de saúde mental desta cidade”.

Percebe-se, então, que o primeiro sentido da expressão saúde mental remete ao conceito de território, dimensão do real experienciado pelas pessoas, e a superposição do segundo e do terceiro sentidos remete ao conceito de campo, dimensão das intervenções praticadas ou induzidas pelo Estado, sobretudo em sociedades como as ibero-americanas, de inclusão derivada e dependente em todas as fases do modo de produção capitalista. Este campo é conflagrado por contradições e antagonismos.

Passemos ao esboço de um mapa de conflitos, em três eixos e nove dimensões de tensões, pela leitura de Sampaio (1998), Venâncio e Cavalcanti (2001), Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) e Marques *et alii* (2013).

Tensões Técnicas.

Da natureza da relação com o transtorno mental. Concebemos a questão da saúde e da doença como um processo dinâmico, histórico, integrador do fisiológico no psicológico e do psicológico no social, onde os níveis anteriores adquirem significado e devir. As novas teorias avançam nesta direção, mas o conjunto de técnicas em uso mantém fidelidade às concepções passadas e apartam o cuidador das pessoas que demandam cuidados, como se fossem espécies diferentes de humanos. A dialética que leva o cuidador a se identificar com o outro para compreender suas histórias e narrativas dramáticas, depois o leva ao distanciamento para poder apoiá-lo, não é experimentada vivencialmente. Ele se torna o outro, por paixão, e nele se perde, ou esteriliza sua capacidade de sentir e se torna inútil como terapeuta. O cuidador sofre/adoece junto, pois nada mais fácil de identificação que o sofrimento mental, tão específico do ser humano, sendo o preço que pagamos pelo desenvolvimento da consciência, mas, diante do qual, pela pouca formação, ficamos nus, embora esplêndidos na roupa do rei da fábula.

Dos projetos terapêuticos. O hospital, onde todos fomos treinados, constitui espaço hierárquico formal, com normas e protocolos definidos, oferecendo ao trabalhador a segurança de procedimentos incontestáveis, amparados institucionalmente. Mas o centro de saúde, o ambulatório, o posto comunitário de saúde, o centro de atenção psicossocial e a estratégia saúde da família, para os quais se destinou pouco tempo na formação e os saberes a serem confrontados foram desprezados pela maioria dos formado-

res, exigem um trabalhador criativo, capaz de riscos diante das demandas abertas e difusas. O medicamento, com a fantasia de operar alterações no interior dos corpos sem que cuidadores e cuidados precisem fazer esforços de relacionamento compreensivo, respaldado por propaganda e interesses transnacionais, confronta as tecnologias psicossociais que exigem tempo e compromisso, construção de objetivo comum e resiliência para alcançá-lo, respaldadas em acordos marginais aos grandes negócios. A concepção organopositivista de que a doença está num corpo individual, nele se expressa de certo modo replicável e tem um único tratamento autorizado, apoia-se praticamente em vários dispositivos da tradição e confronta as técnicas coletivas de roda de conversa, sociodrama, grupo focal, manejos grupais pouco vivenciados na formação, portanto mais inspirados do que competentes. A formação clássica enfrenta a complexidade do mundo no qual se atua.

Das estratégias de gestão. As concepções de planejamento e gestão, oriundas de visões de mundo diversas, nascidas em circunstâncias históricas distintas, convivem e competem na contemporaneidade, colidindo entre si. Parecia o auge da novidade, espalharmos, sucessivamente, asilos, colônias e hospitais pelo país, como equipamentos autocentrados. Mas, repentinamente, descobrimos que não basta a tarefa de chegar e sair de um posto de trabalho fixo, em certos horários pactuados e desenvolver uma rotina programada, pois se impõe a concepção de sistema ou rede, com interfaces e matriciamentos, reuniões interinstitucionais e assembleias com usuários e familiares. Preparamo-nos para o trabalho individual, segundo lógica *taylorista*, um profissional tratando o biológico, outro

o psicológico, outro as carências sociais, esperando que a ação de cada um opere um resultado positivo espontâneo no sujeito cuidado. Descobrimo-nos parte de uma equipe multiprofissional, em dinâmica interdisciplinar, relativizados em nosso saber pela necessidade de supervisão institucional e, em vez de nos dirigirmos hierarquicamente a um chefe de nossa própria profissão, reportamo-nos a um coletivo de gestão problematizador dos arranjos. A base das mudanças não é percebida, pois a formação técnica especializada fez desaparecer a formação humanística, daí a experiência de trabalho tornar-se exaustiva, estranha, ameaçadora.

Tensões Teóricas

Dos paradigmas em relação ao enfrentamento do real. Toda experiência com o real constitui problema para o conhecimento, portanto desaprendemos/aprendemos a todo o momento, realimentando as espirais de identificação e de criatividade. O desenvolvimento de Filosofia e Ciência tem oferecido um grande número de táticas e instrumentos para a apreensão do real, buscando dar conta da unidade ou da contradição, da diversidade ou da possibilidade de lei geral, da objetividade ou da subjetividade, da expressão momentaneamente congelada ou de seu dinamismo. No primeiro polo urdiu-se a galáxia do positivismo, no segundo a da dialética. Acreditamos nos indicadores, sem perceber que eles apenas indicam, não substituem o real que se pretende conhecer. Acreditamos que a aparência é a essência, não apenas uma de suas faces. Fetichizamos as medições, sem nos darmos conta de que con-

vergem e sinergizam os elementos mensuráveis e os não mensuráveis do real. O arsenal teórico positivista do século XIX, fantástico pelos importantes avanços técnicos do século XX, fracassa diante das complexidades insuspeitas do século XXI. Com o apanágio da vida urbana e do setor econômico dos serviços, o aumento da esperança de vida e o adoecimento crônico-degenerativo, autoimune, psicossomático e somatopsíquico, obrigamo-nos a Epidemiologia, Psicologia e Psicopatologia Dialéticas. Que Gramsci, Politzer, Adorno, Laurell, Possas, Breilh e Campana nos ajudem.

Das escolas de pensamento em relação ao sofrimento mental na contemporaneidade. As representações do processo saúde-doença mental são inerentemente históricas. Os modos de produção e reprodução social formam a base para as concepções de causalidade na saúde mental e do status desempenhado pelo portador de transtorno e por aquele que presta algum tipo de cuidado à sua saúde. Sob a ótica do capitalismo central, o transtorno mental emerge como uma incapacidade de adequação do indivíduo à estrutura social de alta complexidade. A competitividade e a velocidade exigem que todos se tornem vencedores e aos vice-campeões resta o sofrimento mental, a neurose, a ruptura consigo mesmo. Constata-se que desde a pré-escola os indivíduos são doutrinados quanto à urgência da vitória. Restam às crianças que não se encaixam no papel de meninos-prodígio o rótulo de hiperativos e o uso de Ritalina. Aos pais frustrados, o consolo dos benzodiazepínicos trará a tranquilidade necessária para aceitar os filhos incapazes. Enquanto isso, os países periféricos assumem seu papel de consumidores ávidos das novidades metropolitanas, permanecendo vasto mercado para

as tecnologias obsoletas. Os gastos dos sistemas nacionais de saúde crescem exponencialmente como consequência de uma política farmacêutica desencontrada, em que a judicialização da saúde funciona como o melhor garoto propaganda das multinacionais. Tudo se transforma em mercadoria, inclusive as contradições sócio-econômico-culturais, que, nesse caso, emergem como doença mental. O modelo de causalidade neo-positivista, baseado na tríade agente, hospedeiro e meio ambiente, foi transposto para a saúde mental, mas revestido de complexidade adicional, tornando-o menos rígido sob a forma de cebolas ou fractais. Contudo, não se constrói a perspectiva crítica de conceber o indivíduo enquanto sujeito histórico que modifica seu meio e a si mesmo pelo trabalho. Entender que o modo de produção e distribuição das riquezas é um dos fundamentos do processo saúde/doença mental é postura contra-hegemônica e não apresenta, ainda, uma prática em saúde mental. Cada escola psiquiátrica, psicológica ou psicopatológica se afirma em um dos pedaços e aponta para um resíduo pragmático de utopia.

Dos modelos de organização dos dispositivos de cuidado. O conjunto de serviços de cuidados à saúde mental, diretamente públicos ou privados contratados, frankensteinizou-se. Dependendo do grau de compromisso com a política de saúde mental dos gestores federal, estadual e municipal, do coordenador local e da equipe de trabalhadores, há dimorfismo entre os serviços e dentro de cada um. Coexistem, muitas vezes sem consciência da estranheza, as lógicas arcaica (a protopsiquiatria europeia do alienismo, que propõe a exclusão e a tutela asilar), iluminista (quando a racionalidade constitui a doença mental como

desrazão e propõe o controle social e a terapêutica moral), organofuncional (considera a causalidade biofisiológica e propõe anular sintomas, gerenciar crises e terapias biofarmacológicas) e crítica (herdeira da Psiquiatria Democrática italiana, compreende o ser humano como unidade corpo/mente/cultura, aponta saídas políticas para seus conflitos e delimita a originalidade do processo saúde/doença mental articulando Psicologia, Sociologia, Antropologia, Psicanálise e Marxismo). Frankenstein encontra-se no limite da esquizofrenia.

Tensões Políticas

Dos conflitos entre trabalhadores e empregadores. O salário é a remuneração do trabalhador e, embora não pareça, primariamente, o empregador público se comporta como qualquer empregador, terceirizando vínculos e achatando salários, daí a eclosão de insatisfações, seja sob a forma de greves reguladas por Sindicatos ou espontâneas, táticas cotidianas de redução da carga horária e absentismo. O empregador público procura reforçar a frequência dos trabalhadores por meio de estratégias de fiscalização, repressão, sedução ou envolvimento nos compromissos da coisa pública. As greves e as fórmulas de redução da carga horária criam animosidade com os usuários e ciclos perversos de mal estar com aqueles cuja confiança é necessária ao contrato terapêutico.

Das corporações em disputa. O avanço interdisciplinar é tolhido pela disputa entre as corporações, com o médico psiquiatra na berlinda, representando, ambigualmente, o dono do saber canônico, a referência obrigatória

demandada pelos usuários, mas também o profissional de maior salário, menor tempo de trabalho no serviço e menor aderência às atividades coletivas. As várias corporações (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas profissionais) disputam renda, prestígio e poder, na equipe, na condução do serviço, no direcionamento do planejamento e da política, nas possibilidades de educação continuada, na relação e no acesso, respectivamente, aos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde. Contradições interpessoais, interteóricas e intercorporativas tomam forma umas das outras, numa miríade de deslocamentos de discursos e de comportamentos, às vezes tornando invisível a gênese concreta da crise que se instala na equipe.

Das relações entre oferta e demanda. Os limites de financiamento do poder público, a disputa por recursos liderada pelas demandas de infraestrutura, mobilidade urbana, segurança e outras políticas sociais, como educação e assistência social, impedem a implantação universal dos serviços, segundo os parâmetros territoriais. Então, uma pequena equipe, em prédio improvisado, assume a responsabilidade de cuidar de um território metropolitano de 700 mil habitantes, por exemplo. Lembremos que a Reforma Psiquiátrica brasileira recomenda um Centro de Atenção Psicossocial para 150/200 mil habitantes. Então a equipe é sufocada pelo tsunami da demanda, antes reprimida, então estimulada, sem poder organizá-la ou recusar atendimento, desqualificando gradativamente o cuidado e massificando o pronto atendimento, sem projeto terapêutico de longo ou médio prazo.

Destacando-se a experiência brasileira de um movimento nacional de reforma psiquiátrica, antiasilar e antihospitalocêntrico, apoiado na concepção de atenção psicossocial territorial, em dinâmica de equipe multiprofissional interdisciplinar, instalando Centros de Atenção Psicossocial, no nível secundário, e Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família, no nível básico, observa-se que os trabalhadores do campo da saúde mental estão no centro de dramática guerra social.

De um lado, urbanização e terciarização acelerada, crescimento e envelhecimento populacional, crescimento da capacidade econômica de consumo e da consciência política de direitos, convicção cultural nos medicamentos como panaceia, imediatismo agressivo na demanda por soluções de dores e vazios, vivendo diálogo de surdos com os políticos que pesquisam para dizer exatamente o que o povo quer, daí reforçando o querer alienado da população, construído em ciclos passados da mesma lógica.

De outro lado, os trabalhadores deste campo estão contratados em condições precárias de vínculo e remunerados de modo insuficiente e irregular; formados para a estrutura asilar e o projeto teórico positivista, mas atuando em serviços e lógicas de cuidado herdeiras de projetos social-democratas, dialética; confrontados pelo individualismo técnico face ao dispositivo da equipe interdisciplinar e pela constituição singular de serviços face ao planejamento que exige sistema/rede/matriciamento; subdimensionados para a avalanche da demanda provocada pelas grandes expectativas nascidas na implantação do Sistema Único de Saúde; e dispendo de um conhecimento consti-

tuído por fragmentos de múltiplos discursos, lutam pelo alívio da sobrevivência.

Mas o pessimismo teórico, que visa diagnosticar e propor com o necessário rigor, precisa se encontrar com o otimismo prático, para intervir, com a devida ousadia, de modo a escaparmos do labirinto de obstáculos, assim superando o tenso momento pelo qual passam as políticas de saúde mental, hoje, no Brasil. Essa é a mensagem.

UNIDADE 3

Saúde Mental na Prática

“DOUTOR, MEU SISTEMA É NERVOSO”: TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA PRÁTICA MÉDICA

(Oficina para o PET Medicina/UFC, “Isso não se Aprende na Escola”, transcrição de quatro horas de atividade, Fortaleza, Ceará, julho de 2004)

Bom dia, meus amigos. Não sei se saberei me comportar para ser filmado adequadamente, porque eu sou meio italiano, ando muito, gesticulo muito. Você me enquadra? Se eu estiver muito fora do quadro, por favor, você me coloque nele. Eu atenderei.

O tema dos transtornos mentais nos obriga a algumas reflexões prévias. Quantos debates vocês tiveram, hoje? Dois? Sobre UTI e sobre Cardiologia? Então, eu peço a vocês para fazerem uma boa limpeza na cabeça em relação ao que ouviram, porque a lógica agora é outra. Vou usar a Cardiologia como exemplo, exatamente porque ela é exemplar. Se há um problema de hipertensão, isso pode estar associado à genética, mas, também, e muito, a questões alimentares, trabalho e estilos de vida, portanto, a história de vida, o que remete, nas hierarquias da saúde pública, à atenção primária, incluindo as dimensões da promoção, da prevenção e da educação em saúde. Se o problema demonstra consistência, permanência, complicadores e gravidade, o sistema de referência o desloca para

o ambulatório especializado, para a atenção secundária. Se você enfartar, vai para a atenção terciária, de média ou alta complexidade. Se você precisar de um transplante, vai para um centro de referência macrorregional de alta tecnologia. Então, a atividade mais complexa em Cardiologia exige centros de alta tecnologia macrorregionais. Não dá para ter transplante cardíaco em Aiuaba, em Arneiroz. Você vai ter que ir mesmo para Sobral, Fortaleza ou Nova Iorque.

Na saúde mental ocorre o contrário. As questões mais complicadas ou mais graves acontecem em casa, e o terapeuta tem que estar o mais próximo possível da casa. Então ponham o modelo em que se organiza a atenção de cabeça para baixo. Para uma crise psicótica, o técnico precisa se deslocar para fazer a contenção desta crise na casa do cliente. Por outro lado, quando for necessário uso de emergência, é impossível destinar a crise psicótica para emergência especializada, porque, se for assim, o diagnóstico diferencial será feito pela própria família, a vizinhança ou a polícia, todos em crise junto com o cliente. Você começa a fazer uma agitação psicomotora, com problemas musculares, dissociações, delírios, e a família, a vizinhança, a polícia, alguém diz: isso é neurológico ou é psiquiátrico, vamos levar para tal ou qual lugar. Parece, e é, piada. A existência de emergência especializada transfere para a população o diagnóstico diferencial, em bairro, rua, igreja, *shopping center*, onde a crise acontecer.

Eu me lembro de uma vez em que cheguei ao plantão no Instituto de Psiquiatria do Ceará e encontrei um homem em observação há mais ou menos seis horas. A colega que me antecederá preferiu colocá-lo em observação e não entrar com antipsicótico, porque sentiu cheiro de trau-

matismo craniano de base e preferiu observar a evolução. Na dúvida entre tratar um problema neurológico como se fosse psiquiátrico ou tratar um psiquiátrico como se fosse neurológico, é preferível a segunda opção. É preferível que eu erre supondo neurológico o que se revele psiquiátrico. Também achei que era neurológico e encaminhei o cliente para a emergência da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. O pessoal da Santa Casa me devolveu o cliente com um bilhete: “Parece que ainda não aprendeu a lidar com seus doidos”. Nessa hora, eu subi nas tamancas, rodei a baiana, entrei na ambulância e fui junto com o cliente dizer que quem não estava sendo competente era o pessoal da Santa Casa. Se não tinha plantão neurológico, devia ter alguém para chamar quando casos assim aparecessem. Nessas idas e vindas, retardos e conflitos, ausência de assistência, o cliente morreu. Drama para todo mundo. Desenvolver a hipótese neurológica não prejudica o atendimento psiquiátrico futuro, caso este se defina como necessário. Desenvolver a hipótese psiquiátrica, olhando loucura onde tem problema neurológico, ou endocrinológico, ou tóxico, pode ser letal. Se é assim na emergência, com as alterações de comportamento sendo epifenômeno, aparência, síndrome, a acobertar tantas possibilidades, o que poderá ser dito quando enfrentamos o comum, o crônico, os variados cursos silenciosos e ambíguos das coisas.

Percebam que aquilo que representa psicose, neurose, é o tempo todo da ordem da aparência. São nomes de síndromes, formas de expressão, não necessariamente nomes de processos. Nós vivemos no mundo das palavras. Psiquiatria e Psicologia vivem no mundo das palavras, dos significados, não das coisas significadas. Eu não vou poder

mostrar para vocês nenhum slide com foto ou esquema de neurônio, com mudanças de positivo para negativo, mudanças de íons. Estaremos falando da fala, de palavras e significados, de como é que o ser humano constrói a cadeia de explicações que orienta sua conduta no mundo, e como é que, de repente, o mundo não é aquilo que a explicação explica. O mundo das coisas tem sempre a potência de se tornar estranho, porque, toda vez que eu construo uma explicação, eu construo imagens, ideias e conceitos, que podem se desligar das coisas. Eu estou olhando essa câmera e estou incorporando no meu cérebro uma imagem, um conceito e um nome, uma palavra. Eu não estou pondo o objeto câmera no cérebro, eu estou pondo uma imagem, um conceito, uma palavra. Se é assim, se mudarem a forma da câmera, se fizerem uma revolução tecnológica, em que a câmera venha embutida no relógio ou no celular, eu posso não reconhecer aquilo como a imagem que eu tenho na cabeça. Essa contradição entre imagens, conceitos, representações, percepções e as coisas, os objetos, constitui o processo mais permanente da história humana.

Nós estamos, o tempo todo, inventando novos objetos e inventando novos conceitos para designar os objetos, e os objetos estão sempre mudando na sua dinâmica própria de coisas e deslizando, se desregulando, se deslocando das imagens e dos conceitos construídos e vice-versa. Vou contar outra história minha. Fui ao Rio de Janeiro para fazer meu Mestrado em Medicina Social, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Intelectualmente, procurei ficar léguas de distância do mundo Pinel, mas caí na tentação de assumir uma tarefa política de reforma de um hospital psiquiátrico. Depois fui a Ribeirão Preto para fazer Douto-

rado na Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) e trabalhei como psiquiatra no Centro Saúde Escola da USP. Então, convidado pela Universidade Estadual do Ceará (Uece) para ser Professor Visitante e criar um Mestrado em Saúde Pública, eu voltei ao Ceará onze anos depois e comecei a viver os transtornos da adaptação: procurar o vivido antes, o conhecido antes, e não recuperar. Onde é que os médicos se encontravam? Fui procurá-los no Centro Médico Cearense, era lá que a gente se reunia, era lá que acontecia o “isto não se aprende na escola”, era lá que tinha a Sociedade de Médicos Escritores. A dinâmica da vida social e política dos médicos, até o início da década de 1980, ocorria no Centro Médico Cearense. Encontrei um ambiente escuro, vazio, meio decadente, fantasmagórico.

Como eu aprendi alguma coisa com o marxismo, eu pensei: o dinheiro mudou de lugar. Agatha Christie manda procurar o mordomo, o romance francês manda *cherchez la femme*, o marxismo manda procurar o dinheiro. Descobri uma eleição para a diretoria da UNIMED, e todo mundo estava lá, na maior discussão política, no cenário do novo protagonismo social. Nas sociedades capitalistas, a vida social vai se formando, reformando, mudando, segundo a lógica do dinheiro. À época, imaginei o processo de retorno como o delicado processo de implante de uma mão amputada: os corpos, as mãos, os braços, eram aparentemente os mesmos, mas, depois de 11 anos de ruptura, haja tecnologia para juntar ossinho com ossinho, tendãozinho com tendãozinho, vasinho com vasinho, nervinho com nervinho. O meu mudo mudara: as relações, os significados, as representações mudaram.

Se coisas e representações mudam, fica possível que,

entre as representações, entre as coisas, entre representações e coisas, ocorram estranhamentos, contradições, conflitos. Isso genericamente se chama alienação. É claro que existe uma outra alienação, mais concreta e específica, que amplia a primeira, que é a alienação própria dos sistemas econômicos, a alienação própria do capitalismo, por exemplo, caracterizada pelo fato da gente se transformar, nós mesmos, em coisa. Quando eu me especializo e sou assalariado, num mercado de trabalho, recebendo dinheiro, eu estou, na verdade, trocando tempo e habilidades humanas por dinheiro. Isto significa que meu tempo, minha habilidade e minha inteligência tornaram-se mercadoria, um bem que entra no mercado de bens e tem valores e preços definidos no mercado de bens. Então, na medida em que eu me assalario, sendo pago em valores mensais, pelo poder público, ou pago por hora, por cliente liberal no consultório, eu estou me vendendo. Eu estou vendendo, no mercado, habilidade, tempo, inteligência em troca dos trinta dinheiros da sobrevivência. Isto significa que eu estou transformando elementos e valores humanos em coisa. Uma das expressões da alienação é a coisificação.

Outro processo de expressão da alienação é o fetichismo. É quando as coisas portam habilidades e valores humanos. Se eu construo uma metáfora e digo “olha, o céu está chorando porque Raquel de Queirós morreu”, por exemplo, estou fetichizando o céu, pois o céu não chora, quem chora somos nós. A metáfora atribui ao céu habilidades humanas, de sentir, emocionar-se e chorar. Na sociedade capitalista o maior fetiche é o dinheiro. “O cabra diz que não se vende, mas todo mundo tem seu preço. Aposto como não deram o preço devido, ofereceram mil reais e o

cara só se vende por dez mil". Tudo é uma questão de preço. Se tudo é uma questão de preço, temos a possibilidade universal do fetiche. Só falta saber o tamanho do preço. E se o dinheiro se torna a medida de todas as coisas, inclusive da ética e dos sentimentos, então o dinheiro torna-se eu. Alienação constitui, portanto, uma categoria de natureza filosófica, aquela genérica, do estranhamento entre representações e coisas, e uma categoria de natureza econômica, própria de um modo de produção, em que gente vira dinheiro e dinheiro vira valor humano, coisificação e fetichismo.

Ser alienado não quer dizer, necessariamente, estar em sofrimento psíquico, ser neurótico ou psicótico. Agora, quanto mais uma sociedade favorece a alienação, mais existem condições para os transtornos mentais. Se a proporção de psicose numa determinada população não muda muito em relação a renda, escolaridade, raça, gênero, ela muda muito a natureza e os conteúdos da psicose. A intoxicação, a lesão ou a predisposição genética podem determinar a alucinação, por exemplo, mas conceber-se como Rainha da Inglaterra ou sentir-se violado sexualmente por um demônio, isto tem a ver com a cultura, as crenças, a história, a organização básica da sociedade. Portanto, quanto mais consciência da alienação, quanto mais crítica ideológica, quanto mais organização política democrática, participativa e solidária, quanto mais transparência nos processos de decisão e no usufruto dos bens sociais, mais saberemos qualificar os tratamentos da psicose, mais saberemos lidar com a determinação e o curso da neurose, mais fácil será enfrentar o sofrimento psíquico e os enigmas da esfinge humana.

Sofrimento psíquico faz parte do processo de tornar-se e de ser humano. Para Fromm (1979) o ser humano vivencia três contradições fundamentais estruturantes. A primeira delas é que o ser humano é o único ser que sai da absoluta dependência real, ao nascer, para a mais absoluta ilusão de independência, na adolescência. Um patinho ou uma criança de uma semana de vida, qual dos dois terá mais chance de sobrevivência física se abandonados, sem cuidados? O ser humano, com sua matriz instintiva rudimentar, sua genética complexa, determinística e probabilística, sua moldura e moldagem cultural, ou o patinho, com sua genética determinística e sua poderosa matriz, moldura, moldagem instintivas? Mas é possível criar um comportamento que poderíamos chamar de “neurose experimental” em galinha: um colega psiquiatra conta que, quando criança, botou ovo de pata para uma galinha chocar perto de uma lagoa; logo depois do nascimento, os bichinhos saíram logo em direção da lagoa, e a pobre galinha, só com seu tico e seu teco neurológicos, certa de que filhote dela não entra em água, agitou-se intensamente, cocoricando em tons agudos de terror, tentando evitar que seus “pintinhos” se dirigissem para a água. E o meu amigo se divertindo, no pleno gozo da perversão infantil, como bem identificou o velho Sigmund Freud. Sem alguém para alimentar, proteger e cuidar, ao nascer, não somos nada. Precisamos de sociedade para a sobrevivência mais básica e, quando adolescentes, em plena disforia do corpo fechado, da incorruptibilidade, da imortalidade, viajamos na fantasia da total autonomia. Aos jovens parece que tudo está errado, porque ainda não existiam.

Somos seres que sofrem e que tomam consciência,

gradativa e conflituosa, da impossibilidade de evitar o sofrimento e da impossibilidade de evitar a morte. Tentamos todas as tecnologias e o máximo que conseguimos é a reprodução menos competente da autoilusão adolescente.

Outra das contradições elencadas por Fromm (1979): instinto animal de conservação da vida *versus* consciência humana da mortalidade. Não temos como abolir a morte e o sofrimento. Podemos sedá-lo e camuflá-lo, mas não aboli-lo. Nas sociedades mercantis de consumo, que fetichizam juventude, felicidade e ausência de dor, uma das obrigações do sistema médico, como ferramenta do modelo econômico e auxiliar do processo de produção da alienação social, é abolir sintoma. Eu tenho uma dor de cabeça, a dor de cabeça é uma linguagem. Existem mais de duas mil razões para alguém ter dor de cabeça. Em vez de você refletir sobre a dor, de compreender a situação que levou à dor de cabeça, você “tomou Doril, a dor sumiu”. Assim você tem uma indústria farmacêutica e uma intelectualidade orgânica do capitalismo, que já foram os engenheiros, os administradores, os economistas, hoje o pessoal de marketing e os médicos, para acabar com o sintoma, para calar a voz crítica que poderia emergir de minha reflexão e de minha interpretação do sintoma. Somos treinados para calar a boca dos sintomas, não para compreendê-los e ir às suas fontes. Inclusive somos treinados para não reconhecer que a maioria dos sofrimentos constitui processo saudável. Sofrimento não é igual a doença.

Temos de distinguir o que é alienação, o que é sofrimento psíquico e o que é doença mental. E todas as vozes se recompõem, ou se recobrem dos mesmos nomes. Por exemplo, quando as populações operárias começam

a falar de “nervoso”, de “sistema nervoso”, elas estão querendo dar um estatuto técnico-científico importante ao que sentem, para fugirem do estigma de serem chamadas de vagabundas, de histéricas ou de loucas. Também estão colando no modelo do positivismo médico, aprendido nas experiências dos contatos anteriores com os médicos. Então começam a circular na sociedade as palavras metafóricas, fóbicas e evitacionistas. Ao invés de você enfrentar o problema e compreendê-lo na sua essência, muitas vezes dramática, nem sempre solúvel, você muda as palavras para não mudar a dinâmica social geradora do preconceito e do problema. Ao invés de você enfrentar o preconceito, você inventa uma palavra nova, ainda não carregada de preconceito. Então eu não estou louco, eu estou nervoso, eu estou sofrendo dos nervos. Isso é uma fobia social funcional, compensatória, construída com a mudança dos signos, não dos significados. Por exemplo, é horrível dizer leproso, então chama hanseniano. É horrível dizer hospital psiquiátrico, então chama casa de repouso. É horrível dizer morreu, chama “passou desta para melhor”. É horrível dizer “atrasado”, “pobre”, “subdesenvolvido”, chama “terceiro mundo”, “em desenvolvimento”.

O nome técnico deve ser descritivo do fenômeno e capaz de comunicação fora da corporação de sábios, deve ser fácil de manejo e autoexplicativo. Falar para um cliente que ele tem ataxia cerebelar autossômica dominante descreve o fenômeno, evita ter de decorar o nome de quem descobriu ou de quem propôs o primeiro tratamento, mas não é de fácil manejo e não é comunicacionalmente viável. É um tecnoleto, ninguém entende fora do gueto. Basil Bernstein é um grande linguista inglês que já nos provou

o uso da linguagem como ferramenta de exploração e de opressão. O inglês, com suas três origens básicas, celta, saxã e normanda (latina), serve muito bem de exemplo, com sua plasticidade de origem histórica virando plasticidade de classe social. Nosso desafio é como fazer acompanhar uma mudança de nome por uma mudança de sentido, ou vice-versa. Psiquiatras e neurologistas devem se unir na perspectiva da educação em saúde, da pedagogia necessária à compressão popular do que é da ordem do “neurológico” e do que é da ordem do “psiquiátrico”. O desafio é, no meio de todos os deslizamentos entre palavras e coisas, signos e significados, no meio de todos os deslizamentos de sentidos, de modo metafórico ou metonímico, como fazer desenvolver o conceito de mental, como articulador de cérebro e de psiquismo, numa nova totalidade significativa, distinta da totalidade cérebro, infraestrutura da mente, e da totalidade psiquismo, superestrutura da mente. Como desenvolver o conceito de consciência, como articulador do objeto relacional, para mim mesmo (subjetividade) ou para os outros (personalidade), e do objeto temporal, para a permanência (identidade) e para a diferença (criatividade). O desafio se coloca para a relação dos profissionais entre si e para a relação dos profissionais com seus clientes.

No campo da saúde mental, que envolve a assistência psiquiátrica, há uma outra questão muito complexa. A dos processos objetivos versus processos subjetivos. Se estou com uma costela quebrada ou uma hemorragia, há uma objetividade visível e dramática, imperiosa de uma ação imediata e baseada em protocolo para a máxima agilidade. O sinal se expressa agora e a resposta é agora. Já os transtornos mentais são culturalmente muito flexíveis,

muito plásticos. O transtorno mais especificamente psiquiátrico e mais grave é o surto psicótico. Mas haverá sempre uma possibilidade do sujeito controlar até a crise psicótica e adequá-la aos momentos. Estando em tratamento, tendo tido mais de uma experiência de manejo de crise, eu posso controlar a minha crise até o momento em que o terapeuta que eu prefiro esteja de plantão. Não há domínio consciente ou manipulação histórica, o controle sobre o qual estou falando é intrínseco ao processo, faz parte de sua essência.

Não há registro de um esquizofrênico medieval sendo-para-si-mesmo um Napoleão Bonaparte. Poderia ser algum papa, Clemente IV, mas Bonaparte, não. Os conteúdos das alucinações e dos delírios são radicalmente histórico-culturais. Um banqueiro de Paris, no início do século XX, e uma lavadeira de Quixadá, neste início de século XXI, não alucinarão, não delirarão com o mesmo conteúdo. Eles têm em comum a capacidade de alucinar, de delirar, mas o conteúdo, o esquema narrativo e a história serão diferentes, tanto quanto as experiências reais dos indivíduos o são.

Outro problema fundamental do nosso campo é o da precisão e o da imprecisão. Esqueçam, aqui, a Medicina baseada em evidência. Isto é coisa de médico com medo de advogado. Isso é surto da Medicina norte-americana que prioriza a perfeição técnica do diagnóstico em vez do compromisso terapêutico e da construção ética. Nossa questão fundamental é a Medicina baseada em consequências, o que não quer dizer que devemos abdicar do aperfeiçoamento dos diagnósticos. Mas aqui a nossa questão é a medicina baseada em vínculo, transferências afetivas e consequências. A qualidade do vínculo e a ética do cuidado

dominam a precisão diagnóstica, a impessoalidade e a linha de montagem dos especialistas técnicos. Quando apresentei meu projeto de Tese de Doutorado para o professor José Ruffino Netto, em Ribeirão Preto, ele me disse: “de modelo científico e epistemologia eu entendo, da lógica epidemiológica e seus recortes eu também entendo, mas da saúde mental eu não dou conta, é tudo muito impreciso, os fenômenos são fugidios, os instrumentos não são padronizados, procure coorientador”. Neste momento decidi que denominaria minha Tese de Epidemiologia da Imprecisão e procurei a ajuda de Ana Maria Fernandes Pitta, na USP, e Arturo Karoli Campana, na Universidade Central do Equador. Tenho esta vocação enorme para marginalidade. Não fui buscar ninguém em Harvard, porque o conhecimento que me interessava estava no Centro Integrado de Estudios em Salud da Faculdade de Medicina da Universidade Central do Equador.

Não estamos no campo da precisão, do diagnóstico perfeito, da mensurabilidade, da relação imediata essência/aparência, dos instrumentos padronizados. Parte da capacidade de diagnosticar, de cuidar e de tratar está na personalidade do terapeuta, na sua sensibilidade, na sua generosidade, na habilidade de simular em sua mente o que o outro está sentindo, na introjeção e na projeção de sentidos e sentimentos. O bom terapeuta, mais do que dominador de técnicas instrumentais, operativas, mecânicas ou eletrônicas, precisa administrar sua própria subjetividade, submeter-se também a terapia. Os psiquiatras que fazem da Medicina uma Engenharia ou uma Veterinária, seriam úteis se praticassem Engenharia ou Veterinária. Na Psiquiatria, a lógica é outra. Na verdade esta lógica é de toda a Medicina, pois nenhum médico atende apenas

a uma lesão no colo de Dona Maria, ele precisa construir um vínculo compreensivo, humano, com Dona Maria. E então, em nome do volume de atendimentos, em nome da pressão dos empregadores, em nome do salário, do lucro ou da carreira, em nome da precisão diagnóstica imediata, em nome da tecnologia, em nome da redução do risco de processo por erro médico, de um bocado de coisas individualmente justas, reais, eu vou me tornando o que não poderia. Agimos com o imediatismo e o voluntarismo histórico, submetidos a um temor social difuso, próximo à lógica paranoide.

Os grandes estudos multicêntricos de Epidemiologia Psiquiátrica indicam ocorrência de 2% de todas as psicoses na população. Mas, por volta de 20% da população pode apresentar a necessidade de pelo menos um cuidado psicológico/psiquiátrico por ano. A magnitude é enorme. E ainda tem as misturas com tudo, as transversalidades, os atravessamentos. Quem está com câncer, com hepatite, com pneumonia, tem toda uma dimensão psicológica a ser trabalhada. Quem se apavora, se entrega, perde a chama da vontade interior de permanecer vivo, isto favorece a apoptose negativa e a multiplicação de doenças. Se eu me deprimio e inibo o desejo da vida, eu inibo o sistema imunológico e não adiantam cirurgias e drogas. Estas intervenções não serão capazes de manter um saco vazio apenas em pé. Embora queira colocar em baixo do tapete, todo médico enfrenta a complexidade humana, o que inclui a subjetividade humana. Os conhecimentos do psiquiatra podem ser especializados no sentido das questões próprias da doença mental, mas devem apoiar todos os médicos ao lidar com o fenômeno histórico-cultural de qualquer momento do processo saúde/doença.

Orientemos nossa atenção para outra palavra: paradigma. O conceito de paradigma denomina uma lógica culturalmente consistente que articula várias maneiras de ver vários objetos, integrando vários níveis do conhecimento. A mesma lógica, como axiomas centrais, aparece no senso comum e na emergência religiosa de uma época, na Medicina, na Engenharia, na Psicologia, no Serviço Social, na Computação, entre os empresários e os artistas. Constitui uma espécie de linguagem comum, em determinado momento histórico de uma certa cultura. O surgimento de um novo paradigma, não necessariamente destrói o anterior, o subordina, mas o não faz desaparecer e até convive com ele. O anterior convive com o novo. O anterior vira, usando uma linguagem da genética, recessivo, ou, usando uma linguagem da política, dominado. Quando um cliente chega ao psiquiatra e pede: “doutor, tire um Raio-X da minha cabeça” ou “doutor, eu acho que eu preciso de um eletro”, ele está vocalizando uma cultura médica da primeira metade do século XX, auge do paradigma neurológico em Psiquiatria. Mas ele pode chegar apavorado com a possibilidade de contágio, de pegar a crise do outro, associando seus problemas com doença infecciosa de transmissão sexual, então se lembre, o paradigma da sífilis foi dominante na Psiquiatria em toda a segunda metade do século XIX. Se ele ficar obcecado com o pecado, sobretudo o pecado original, com ofensas à mãe, desobediências ao pai e fraquezas da virtude, então se lembre que o paradigma moral em Psiquiatria foi dominante nos séculos XVII e XVIII. Esta Psiquiatria Moral não se encontra presente apenas na cultura dos clientes, ela está presente na lógica do Asilo, do isolamento psiquiátrico, da instituição total repressiva, mortificadora do eu.

Na passagem do século XIX para o XX, a sífilis era um fenômeno tão violentamente extenso que tudo era jogado em sua conta. Todas as doenças mentais eram entendidas como resultados diversos da presença do *Treponema*. Dependendo do local preponderante de ataque e da quantidade dos bichinhos, você teria uma expressão diferente da mesma doença. Havia na verdade uma única doença mental, uma única causa, um único modo de tratar, um único resultado. Havia um modelo que a tudo explicava, o modelo da neurosífilis. Quando ficou evidente que apenas uma doença neuropsiquiátrica poderia ser explicada tecnicamente pela sífilis, a Paralisia Geral Progressiva-PGP, o raciocínio do modelo único foi vencido tecnicamente, mas não ideologicamente, e apareceu o modelo epiléptico. Toda doença mental, exceto a PGP, representaria expressão de transtorno elétrico do cérebro. Já sabemos que a epilepsia não constitui equivalente psicótico e que a epilepsia pode levar a alterações de comportamento, mas devido a outras variáveis. Outra derrota técnica da ideia de modelo único, com recuperação ideológica.

Sífilis não explica tudo, epilepsia não explica tudo, mas outra coisa única pode explicar: o estresse. Este conceito originário da Fisiologia do século XIX, que designa todas as adaptações, desadaptações e readaptações de qualquer organismo vivo a qualquer alteração de seu meio ambiente tornou-se o novo modelo único, tendo a depressão como palavra-moda e modelo de mal da década. Se me dizem, você está estressado, só posso responder sim, claro, pois estou vivo. Como usar um conceito empírico, descritivo, genérico, como o de estresse, para explicar o porquê de, diante da experiência de presenciar um assas-

sinato, uma pessoa converter-se em Testemunha de Jeová, outro entrar no PSTU, outro desequilibrar-se e entrar em episódio violento de angústia? A miríade de reações diferentes só pode ser explicada à luz das histórias individuais. Estamos desafiados a revitalizar uma velha ferramenta inventada na Grécia, no século V a.C., por Hipócrates. Um negocinho chamado anamnese, a recuperação sagrada da memória das coisas. Você tem de conversar, ouvir, observar, conversar, conversar, acompanhar, observar, conversar. Você tem que recuperar a memória sagrada das coisas, esta velha invenção de Hipócrates.

O primeiro paradigma ocidental sobre a relação saúde/doença é o paradigma sobrenatural ou mágico. Doença é uma desgraça, saúde é uma graça. Eu recebo a graça da saúde porque sou virtuoso e eu recebo a desgraça da doença porque sou pecador. Doença é uma prova da ira de Deus. Isso foi um paradigma dominante até o século XVI, XVII. Sumiu? Não. Quando irrompeu a epidemia de AIDS, o que o Arcebispo do Rio de Janeiro usou para explicá-la? O pecado da homossexualidade! AIDS era doença dos três H: hemofílico, haitiano e homossexual. A tecnologia moderna resdualiza os paradigmas do passado, no que tange às doenças físicas, mas pode muito pouco no que tange às doenças psíquicas. Os velhos paradigmas estão todos aí, na sociedade e na Medicina, entre os clientes e entre os colegas.

Mas, no século XVIII, emerge um outro paradigma. A determinação não é sobrenatural, não tem nada a ver com Deus. A doença e a saúde são realidades distintas, mas têm a ver com o comportamento humano. Se a gente come de mais ou de menos, fala de mais ou de menos, namora de mais ou de menos, faz sexo de mais ou de menos, trabalha

de mais ou de menos, perde o equilíbrio, a *aurea mediocritas* dos poetas greco-romanos dos séculos II e III. A *aurea mediocritas* moral é aquilo que vai caracterizar o modelo natural moral. A Medicina ainda hoje se mantém muito ligada a este modelo, embora se queira tão científica. Nenhuma outra ciência aplicada criou uma ciência para o frequente, o habitual, o normal, e uma para o raro, o específico, o anormal. A Astronomia dá conta dos movimentos regulares e irregulares dos astros. Não existe uma patoastronomia. Mas a Medicina inventou uma anatomia e uma anatomia patológica, uma fisiologia e uma patologia, uma psicologia e uma psicopatologia, uma para a saúde, outra para a doença. Mantém-se a distinção radical entre saúde e doença, mas cai a determinação sobrenatural.

O século XIX faz emergir outro paradigma. A determinação não é sobrenatural, é natural. Mas as realidades não são distintas, são expressões quantificáveis de uma mesma realidade. Tudo pode ser medido e mede-se tudo. Como o Brasil tem uma defasagem histórica em relação à Europa, quando eles estão no paradigma três, a gente ainda está tentando fazer a crítica do paradigma um. No século XX, por exemplo, grandes médicos baianos ficavam pedindo cabeça de cangaceiro para medir a distância entre os olhos, o tamanho do nariz, a circunferência craniana, o arco ciliar, o tamanho do osso, as bossas e fossas, a inclinação da testa, para provarem que na estrutura óssea do cérebro estaria escrito o destino social de uma pessoa: um virtuoso ou um criminoso nato. Discutir quantidades e tamanhos pode ser muito útil, o problema é a generalização, a fissura no modelo único explicativo. Apenas muito recentemente nossa ciência montou uma pesquisa epidemioló-

gica sobre o tamanho do pênis do brasileiro. Isto aumenta ou diminui o fetiche? A indústria da camisinha agradece, algumas hipóteses sobre câncer de colo de útero podem ser melhor exploradas, alguma desmistificação deve ocorrer. O problema é naturalizar o quantitativo e confundir normal estatístico com saúde. Mesmo que 100% da população tivessem cárie, não faria da cárie saúde bucal.

Os limites do quantitativo levaram, no século XX, ao paradigma quantiquantitativo. A determinação do processo saúde/doença é histórico-natural. Saúde e Doença são expressões da realidade vital, a distingui-las quantidades e valores, mensurações e significados. Com a chamada transição epidemiológica do agudo para o crônico, do infectocontagioso para o degenerativo, do biológico para o psicossocial, da doença para a qualidade de vida, impõe-se compreender saúde e doença como processo histórico. Entre a identificação da AIDS e seu controle, levamos 20 anos. Entre a identificação da sífilis e seu controle foram 120 anos. Em vez de morrer de varíola aos 10 anos, você morrerá de transtorno cardiovascular aos 90 anos, todo quebrado pela osteoporose e tremendo de alguma demência. O aumento da esperança de vida e o domínio tecnológico dos eventos agudos impõem mudar o foco do tratar doença para garantir boa qualidade de vida. Os problemas autoimunes, crônico-degenerativos, alérgicos, psicossomáticos e somatopsíquicos crescem de importância e exigem novos modelos de compreensão. A lógica causal, aristotélico-cartesiana, perde capacidade explicativa. Estamos no tempo da determinação complexa, do quantiquantitativo e da lógica dialética. Acentua-se o abismo entre os modelos explicativos clássicos e as novas formas de morbimortalidade.

Também se acentua o abismo entre a experiência social prévia de clientes e de terapeutas no sistema público de saúde. O número de pobres que se torna médico é muito pequeno. Quem vai atuar como médico no serviço público é classe média ou gente ideologicamente de classe média. Porque mesmo que tenha sido pobre ele foi tendo a cabeça ideologicamente lavada durante o ensino médio privado, a competição do vestibular e o curso de Medicina. O corte de nota no vestibular da Uece está em 96. Quer dizer, daqui a pouco todo mundo precisa tirar 100 em tudo, acertar tudo para entrar em Medicina. É uma elite que consegue entrar no ensino médio privado, ficar nas competitivas turmas para alunos especiais, passar no vestibular, ficar seis anos estudando num curso exigente que exige financiamento familiar pleno, depois pegar uma Residência de três anos. Se você pega tudo isso percebe que entre o terapeuta e o cliente haverá um abismo cultural e um abismo de classe. São duas linguagens e duas microculturas dentro da mesma macrocultura que, evidentemente, na maioria das vezes, sequer se entendem.

Precisamos estar atentos à magnitude do transtorno mental e sua transversalidade por todos os outros transtornos do processo saúde/doença, ao problema das imprecisões do fenômeno e da incapacidade de padronizar ferramentas, à plastia cultural radical e à distinção entre alienação, sofrimento e doença, ao atravessamento de paradigmas em contradição buscando explicar o que temos por tarefa explicar e cuidar, às contradições e deslizamentos das linguagens populares, do senso comum da classe média e do tecnoleto, sobretudo ao abismo cultural e socioeconômico entre assistidos e assistentes, cuidados e cuida-

dores. Até nossa linguagem corporal é diferente daquela dos nossos clientes. Veja você: chega, para estágio, em PSF no interior do estado, uma mocinha do curso de Medicina, bonita, proteinizada, vestindo uma microsaia tipo Darlene da novela das oito, com aquela vergonhazinha hipócrita de ficar esticando a microsaia, e se depara com mulheres de agricultores e de pescadores. A mocinha pergunta a uma mulher de 50 anos, trabalhadora rural, analfabeta, “quantos filhos a senhora tem”? A mulher diz “doze” e a mocinha solta a microsaia, abre muito os olhos, abre muito a boca e exclama “ohhhhhhh”. A espontaneidade deste “ohhhhhhh” constitui um comentário sarcástico enorme, um julgamento moral, que condena a mulher como uma espécie de tarada em parir e expressa um verdadeiro choque cultural.

A questão do abuso de drogas e da dependência nos leva a outro debate. Os seres humanos somos um sistema aberto, alimentado por comida e estímulos. Qualquer coisa pode nos tornar dependentes. Kalina (1999) fala das dependências de objetos simbólicos (trabalho, religião, futebol, política, enfim, os fanatismos) e objetos materiais (álcool, tabaco, benzodiazepínico, cocaína, LSD, ecstasy, heroína, haxixe etc). Se eu sou pobre, de um país rural, meu acesso mais fácil será às drogas sedantes, estupefacientes, naturais. Se eu sou rico, de um país urbano-industrial, meu acesso será mais fácil às drogas sintéticas, hedonistas, lisérgicas. Com a psicodinâmica pronta e o acesso garantido, começo a usar alguma coisa maravilhosa, que me dá liberdade e prazer. Vivo uma lua de mel. Quem há de me convencer que aquilo vai me fazer mal se me dá tanto prazer? Aí a droga vai fazendo seu trabalho no Sistema Nervoso Central-SNC. As novas drogas americanas, por exemplo, com muitos PhD

em Farmacologia e em Bioquímica contratados pelas máfias de narcotraficantes para descobrir novas drogas absolutamente focadas na produção de um prazer alucinatório, criam dependência química e alteração do SNC em menos de um mês de uso. Minha geração enfrentou a maconha orgânica, que, para produzir alterações físicas, você tinha que fumar uma tonelada de baseado, agora, com estas sintéticas, em menos de quatro semanas você pode ficar biologicamente dependente. Com estas drogas a tática de luta não pode ser mais a da minha geração, que estimulava a liberdade e tolerava. “Deixa os meninos experimentarem, eles vão sair disso quando amadurecerem um pouco mais”. Agora é impossível esperar a solução espontânea da experiência, porque experimentar é se “lascar”.

Amor é coisa de saúde mental e de maturidade, parafraseando o poeta Carlos Drummond de Andrade. Liberdade com responsabilidade é coisa de saúde mental e de maturidade, parafraseando Jean Paul Sartre. Enfrentar criticamente a consciência da mortalidade, a capacidade de cisão entre afeto e razão, as contradições entre representação e coisa representada, entre pulsão e instinto, entre fortalecer-se sem perder a curiosidade da infância, tudo isto é coisa de saúde mental e de maturidade. O médico psiquiatra precisa ter a humildade de acatar a verdade existente em qualquer uma das linguagens, das crenças e das teorias sobre o mental, o psíquico e o cerebral. Há uma verdade quando a mulher diz que seu nervoso foi causado por suspensão de regra. Há uma verdade quando as religiões prescrevem amor e solidariedade. Há uma verdade quando Marx fala no apoderamento que cada um precisa fazer de sua própria história.

Desejo que vocês saiam, desta nossa conversa, capazes de discriminar o que é próprio da Psiquiatria como especialidade médica e o que é transversal a toda experiência humana de saúde, como subjetividade/personalidade, identidade/criatividade. Também espero que passem a distinguir o que é doença mental e o que é sofrimento psíquico. Existem doenças mentais que não apresentam sofrimento. Uma mendiga, em quadro maníaco, acha que é a rainha da Inglaterra e pronto, aboliu a realidade dos andrajos, não há tensão, não há conflito, portanto não há sofrimento psíquico. Aí toma um coquetel de psicotrópicos e se descobre nua, suja, vazia, faminta, sem nada e sem ninguém. Então “veste-se” de novo como rainha da Espanha e vai para Passárgada, a fazer companhia ao poeta Manoel Bandeira. É na hora do tratamento parcial de um sinal/sintoma/síndrome, apenas biológico, sem suporte nas outras dimensões do humano, que surge o sofrimento psíquico. Também posso viver muito sofrimento psíquico, sem que isto configure doença mental. Não saiam tratando todo sofrimento como se fosse doença. Não se relacionem com as células, os tecidos, os órgãos e os organismos, os elementos objetivos do outro, mas relacionem-se com o outro, o ser humano que partilha com você a mesma fragilidade fundamental. Eu já ouvi falar em cavalo epiléptico, nunca ouvi falar em cavalo psicótico. A psicose, por exemplo, nos atinge naquilo que é essencial e próprio da humanidade.

Lembrem-se o quão frágeis são os modelos explicativos. Nos últimos quinhentos anos nós tivemos quatro paradigmas, e eles estão aí na sociedade. Grupos sociais se articulam em torno deles. Evangélicos e Carismáticos se articulam e estabelecem coerência explicativa da vida em

torno da concepção de que a doença é uma desgraça, castigo ao pecado, e a saúde é uma graça, prêmio da virtude. Os Umbandistas o fazem em torno da ideia de que doença é possessão, os Espíritas que é mediunidade frustrada. Gostaria de enfatizar as articulações bio/bio, psi/bio, bio/psi e psi/psi, como as bases são determinadas na história da sociedade e como as expressões são dinâmicas pela história dos indivíduos. Por fim, enfatize-se a questão do campo do processo saúde/doença mental como passível de compreender os transtornos, as neuroses, as psicoses e as psicopatias. Entre as psicoses fica nitidamente clara a relação entre algumas delas com base endocrinológica, toxicológica, tumoral ou bioquímica cerebral, com as deficiências e as demências. Temos as psicoses somatogênicas e as psicoses psicogênicas, mas depois que um psicogênico grave, como este da psicose, se instala, ele altera o somato também. Uma pessoa tímida, de formação religiosa, moralista, pode ficar com o rosto rubro ao ouvir uma palavra obscena. Olhem a força da palavra que, decodificada nos significados atribuídos, altera a bioquímica. Se possível, o cérebro criaria uma surdez capaz de barrar a invasão daquela palavra.

Roda de Debate

PERGUNTA: Uma psicose psicogênica pode partir da alienação ou do estresse?

JACKSON: Alienação é categoria teórica, filosófica, genérica. Assim, somos todos alienados, pois somos capazes de produzir um significado diferente e contra a coisa. Olhei você pela primeira vez e comecei a construir significados. É

do sexo masculino (nada posso dizer sobre gênero e orientação sexual com os elementos objetivos que disponho), tem vinte e poucos anos, fala português com prosódia cearense e é moreno claro (alemão parece não ser). Não o conheci antes? Assemelha-se a alguém conhecido (para tirar ilações por aproximação afetiva)? Desperta-me simpatia ou antipatia? Se surge o primeiro sentimento, sigo desarmado para o relacionamento com você. Se surge o segundo sentimento, armo-me de reservas contra você. Posso ir desarmado, e você me acolher desarmado ou com pedras na mão. Posso ir armado e você me acolher desarmado ou com pedras na mão. Aí construo novos significados sobre você e para o futuro da relação.

Quanto mais história eu tenho, mais experiências eu acumulo de sucessos relacionais e de frustrações, tudo isto aumenta as margens de erro de julgamento. A experiência só ajuda a entender o passado. Experiência nenhuma ajuda a entender o futuro, por isso sejam capazes de trabalhar a experiência para manter a marca da identidade, mas sejam capazes de manter as portas abertas, para garantir a marca da criatividade. Essa dialética entre identidade e criatividade é necessária para a vida humana prosseguir. Se eu começo a fazer muito julgamento dos outros, conflitando com as experiências, eu começo a recuar. Ninguém gosta de mim. O problema deve ser comigo, poxa, eu vou tão aberto e só recebo descaso, porrada. Aí eu vou recuando, recolhendo meus bons sentimentos aparentemente recusados. Eu, aqui, com tanto amor para dar, amizade, colaboração, e ninguém me ama, ninguém me quer, ninguém me chama de meu amor. Os comportamentos decorrentes vão gerando fixações e possibilidades de sofrimento, transtor-

nos e neuroses.

A alienação é tão genérica no plano do comportamento como o estresse (categoria descritiva, empírica, fisiológica) é genérico no plano da ação biológica. Estresse não é um problema psicológico, mas é no psicológico que as formas de estresse, a minha capacidade de superá-los ou não, de resolvê-los ou não, vai se expressar. Alienação e estresse são condições que sinergizam para as possibilidades do transtorno, da neurose ou da psicose. Porém, simultaneamente, são condição para a civilização. O estresse diante do calor leva à invenção do aparelho de ar condicionado. Sem estresse ainda estaríamos nas praias, quebrando caranguejos, a pauladas, para comê-los quase vivos. Aliás, esta cena nunca foi vista no Ceará, não é mesmo?! Alienação é uma categoria filosófica, genérica, social, coletiva, que gera condição para a saúde e para a doença. Estresse é uma categoria fisiológica genérica, individual, ligada aos organismos individuais que oferecem condição para a saúde e para a doença. Agora, em quais situações o estresse e a alienação estão ocorrendo? As capacidades que eu tiver de compreender e de superar o que for posto pelo estresse e pela alienação é que vai me levar para o caminho a ou b ou c e construirá minha história de saúde ou de adoecimento.

PERGUNTA: Qual é a diferença entre psicossomático, somatoforme e somatomorfo?

JACKSON: Somatoforme ou somatomorfo querem dizer a mesma coisa, que algo tem forma física, positiva, corporal, somática. Mas, como foi que surgiu? Qual foi a história que determinou? Tanto pode originar de um problema bioló-

gico como de um psicológico. A expressão somatoforme/somatomorfo não fala sobre a determinação, fala só da aparência. A palavra psicossomática é mais rica, além de dizer que a expressão é somática, ela diz que a base foi psíquica. Eu prefiro a palavra psicossomática porque ela embute diagnóstico diferencial, avaliação de história. Como também gosto da palavra somatopsíquica que expressa o inverso: base somática, expressão psíquica.

PERGUNTA: o senhor falou que o problema é quando a base não corresponde à mesma natureza da expressão, ou vice-versa. Quais os sinais de alerta, como saber se estamos nestas situações?

RESPOSTA: Para isso você precisa ser boa médica, não apenas boa endocrinologista, boa cardiologista, boa especialista. Precisa da formação geral que leva ao olhar clínico e epidemiológico crítico, com base humanística. Você tem que praticar a boa medicina dos indivíduos adoecidos, que é a clínica, e a boa medicina dos coletivos humanos, antes do adoecer, que é a epidemiologia social. Com essa formação básica, você pode até se especializar, sem nunca perder o olhar contextualizador. Não queira colocar nunca o cliente e sua dor na camisa de força do seu preconceito teórico, da sua especialidade.

Veja como é plástico o sofrimento psíquico/transtorno mental: o cliente de um terapeuta adquire os hábitos teóricos do terapeuta: o cliente de um terapeuta junguiano tende a formular muitos sonhos, o cliente do analista freudiano tende a apresentar rica problemática sexual. O cara sonhava demais e procurou o junguiano ou procurou o junguiano e passou a sonhar demais? Ele começa a des-

cobrir que oferecer sonho ao terapeuta o estimula, cria ambiente acolhedor, aumenta o vínculo. Marx dizia “cuidado com a idiotia da especialização”. Por outro lado é impossível hoje você saber tudo. O crescimento do conhecimento é tão grande que ele obriga a especialização. Quando você transforma especialização do conhecimento em ganha pão, o problema se amplia, vira deontologia profissional e competição no mercado de trabalho. Você transformou o conhecimento em mercadoria e alienou-se mais ainda. Você transformou o seu conhecimento em cama de Procusto, um rei grego que tinha muita raiva de ser baixinho, mandou fazer uma cama do tamanho dele e a colocou na entrada de sua cidade. Todo visitante, todo estrangeiro, toda pessoa de fora que fosse entrar no reino tinha que deitar na cama. Se fosse do tamanho da cama, deixavam entrar; se fosse menor do que a cama tinha que ser esticado; se fosse maior, decepavam-se os excessos. Todas as especialidades viram cama de Procusto. Você ajusta o cliente ao teu molde, ao molde do teu preconceito, molde da tua especialidade.

O que você precisa é, ao mesmo tempo, saber que é impossível saber tudo, por isso você vai se especializar, mas mantendo a capacidade crítica, a lógica da investigação a cada caso. Não se habitue, não reproduza padrões, não fique prisioneira de manuais, de protocolos, não fique servil. Reinvente a Medicina a cada cliente. Mesmo que você não se torne uma psiquiatra, você vai ser uma excelente médica. Você vai ter que enfrentar o problema da subjetividade o tempo todo, porque o seu cliente, mesmo que esteja lhe levando um fígado intoxicado, é um sujeito, com subjetividade, desejos, fantasias. Não tive estes ensinamentos em

meu curso de Medicina, que conclui em 1975, mas procurei superar as falhas: sou da Comissão de Ciências Humanas e Sociais em Saúde da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva; sou consultor do Ministério da Saúde para apoiar a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde nos estados de Maranhão, Piauí e Ceará; e participei da comissão que criou o curso de Medicina da Uece, incluindo dois eixos fundamentais, longitudinais aos 12 semestres, um de saúde coletiva, outro de ciências humanas e sociais em saúde. Individualmente procurei estes conhecimentos. Agora, no caso da Uece, individualmente, quem preferir aprender somente a técnica cirúrgica “a” ou “b” terá que esquecer estes conhecimentos.

PERGUNTE: Eu queria saber o que é paranoia.

JACKSON: Etimologicamente é aquilo que está ao lado da nóia, a paranoia. E o que é a nóia? É um jeito, ou modo, de ver. A paranoia é uma construção alterada, enviesada, paralela, de uma certa visão. Essa palavra é grega original, não foi inventada depois por nenhum médico erudito no século XVIII. É uma palavra contemporânea de Hipócrates. Para Hipócrates, havia duas naturezas de transtorno mental: a paranoia e a mania. Eram os nomes de qualquer transtorno mental, dependendo do polo. A mania quando havia muita alegria, muita disforia, muita agitação, sintomas para fora. E a paranoia quando havia muita depressão, muita desorientação e sentimentos de perseguição. Em todo o tempo anterior a Hipócrates, paranoia era o nome de toda doença mental que hoje chamaríamos de psicose. Então você vai ter que pegar um pouco a história da palavra.

O que é paranoia hoje? Paranoia é o conjunto de reações ou sintomas de natureza psicótica que tem a ver com o medo construído, sem causa imediata aparente, focando os temores das perdas de controle. Por exemplo, quando criança, toda vez que fulano queria sair de casa seu pai lhe batia, agora é adulto, seu pai já morreu, mas não consegue sair de casa porque tem um pai fantasma incorporado à cabeça que o impede de sair de casa, sob a eterna ameaça de espancamento. Não é o fantasma do pai, como em Hamlet, é um pai-fantasma dentro da cabeça, punindo-o toda vez que deseja sair. A nóia, no sentido clássico, grego, tinha a ver com as ilusões, as alucinações. Você ouve sons no telhado e pensa: será um gato? Será um ladrão? Percebe então os galhos de uma árvore batendo nas telhas. Identificado o problema, você planeja contratar um jardineiro no dia seguinte, suspende a preocupação, e dorme. Mas, se mesmo sabendo da árvore, você continuasse tenso, acordando aos sobressaltos pela noite inteira? O que será? É a droga da árvore. Deita novamente, acorda novamente, confirma novamente a noite toda. Estará entrando na paranoia, de natureza neurótica. A explicação e o plano não são suficientes para convencer e tranquilizar. O ruído se liberta da árvore e do telhado para despertar uma insegurança primitiva que ameaça sua vida e sua identidade. A nossa sociedade está paranoide? A gente é capaz de eleger qualquer delegado de polícia como deputado ou prefeito só para poder sentir-se seguro, não é? Também está vivendo uma lógica hipocôndrica, pois tudo pode ser resolvido com alguma droga miraculosa.

O nome paranoia, o nome hipocondria e o nome depressão designam lógicas. Quando as identifico, tenho

que iniciar outra pesquisa, aquela que discriminará se a paranoia, a hipocondria e a depressão podem ser característica de personalidade, reação existencial momentânea ou conjuntural, doença de natureza neurótico ou psicótica. A mesma palavra serve para designar vários fenômenos. Esse é um problema da Psiquiatria. A gente tem fenômenos de mais, cambiantes de mais, e palavras de menos. É claro que a gente precisa refinar nosso dicionário. Mas de qualquer maneira ele nunca chegará a ser um tecnoleto exaustivo. O ruído atual, que te amedronta, é o fantasma de um ruído do passado. Quando eu tinha quatro anos de idade, um cara entrou na minha casa, roubou todo mundo e me deu um murro para eu ficar desmaiado. E antes dele entrar eu ouvi um ruído como esse. E agora não tem ladrão nenhum, galho nenhum, coisa nenhuma e eu, toda noite, ouço o ruído do ladrão entrando pela janela. O que aconteceu no passado, com todos os medos psicóticos e neuróticos, é referente a algo que, em cena concreta ou cena simbólica, já aconteceu. Quem tem muito medo de ser violentado sexualmente, algum tipo de estupro, pelo menos simbólico, já viveu. E aí vem o que a gente chama, em psicodinâmica, de reiteração dramática, de reprodução da cena primária.

SAÚDE MENTAL NO CEARÁ: UMA POLÍTICA CRÍTICA

(Oficina de Planejamento com os trabalhadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, transcrição de seis horas de gravação, Salvador, Bahia, maio de 2007)

Não só de modo formal, mas com sentimento verdadeiro, devo agradecer por estar aqui. Considero-me honrado por este convite da coordenação municipal de Saúde Mental de Salvador. Já participei de muitos congressos, encontros e oficinas visando pensar uma política de saúde mental pública para o Brasil. Também participei de muito esforço prático e teórico, como clínico, planejador, supervisor. No Rio de Janeiro, em Ribeirão Preto, Fortaleza, Sobral e Quixadá algumas marcas foram deixadas. Espero que minhas experiências sejam uteis a vocês e as de vocês a mim.

Considera-se o marco inaugural do MBRP a visita de Franco Basaglia ao Brasil, em 1979. Parece um hábito nosso avaliarmo-nos por meio do olhar estrangeiro. Vivíamos mergulhados nos problemas e a denúncia contida no olhar estrangeiro nos escandalizou. A dificuldade de operar a prática é muito grande, mas não a de formular ideias. Somos bons em formulá-las. Diante da denúncia e na oportunidade do degelo da Ditadura Militar, concebemos um modo de sairmos do asilo, pleno da mistura de miséria e loucura. Apossamo-nos do problema e o Brasil criou a saí-

da da reforma psiquiátrica, reordenando leituras da Psiquiatria de Setor, da Análise Institucional, da Comunidade Terapêutica, da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Preventiva, da Psiquiatria Comunitária, da Psiquiatria Democrática.

Nossas ideias ganham potência, tornam-se densas, técnica e politicamente. Em outubro de 2006, no Congresso Mundial de Reabilitação Psicossocial, realizado em Atenas, as experiências que atraíram mais debates foram brasileiras: de Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Ceará, neste caso com destaque para Quixadá e Sobral. Nossa sensibilidade avançou na proposta de reforma da assistência psicológico-psiquiátrica pública e hoje queremos mais, queremos formular políticas públicas de saúde mental, no paradigma psicossocial territorial. Depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da Constituição Federal, em 1988, da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, e da implantação inicial do SUS, em 1992, as condições concretas de viabilização começaram a operar. Nenhuma política social pública, no Brasil, em tão pouco tempo, foi viabilizada e teve tanto êxito quanto o SUS. Agora, coloquem tal ousadia sobre o pano de fundo de nossa dimensão continental, nosso tamanho populacional, nossa incrível desigualdade econômica interna e nossas três dezenas de milhões de seres humanos que se encontram abaixo da linha de pobreza. O avanço é gigantesco.

Entre a revelação crítica do problema, em 1979, e a prática de alternativas, os impasses referentes aos tempos diferentes da reforma psiquiátrica e da sanitária, com a implantação de um processo de substituição e superação do modelo manicomial hegemônico, passaram-se mais de três décadas. No Brasil, os marcos desta trajetória são

o CAPS Dr. Luiz Cerqueira, em São Paulo, em 1987, e a intervenção no Hospital Anchieta, em Santos, em 1989. No Ceará, os marcos são a criação do CAPS de Iguatu, em 1991, e a aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, em 1993. É interessante destacar, nestas dialéticas da história e da vida, a ida de um grupo de brasileiros, entre eles a baiana Ana Pitta, para ajudar Benedito Saraceno a implantar um projeto de reforma sanitária na Nicarágua, depois da vitória Sandinista, onde foram desenvolvidos equipamentos comunitários, que, no retorno do grupo, gerou a matriz da ideia dos nossos CAPS.

No caso do Ceará, em geral, a cronologia é a seguinte:

1991/1993 – CAPS de Iguatu, de Canindé e de Quixadá, a I Conferência Estadual de Saúde Mental e a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei Mário Mamede, que proíbe a criação de novos hospitais psiquiátricos especializados, determina a criação de dispositivos extra-hospitalares de cuidados e leitos/unidades psiquiátricas em hospitais gerais e estabelece critérios para internação compulsória.

1994/1998 – CAPS de Icó, de Juazeiro do Norte, de Cascavel, de Aracati e de Fortaleza/Regional III e o Seminário Municipal de Saúde Mental de Sobral, que estabelece os princípios e as diretrizes do modelo de atenção psicossocial para município, micro e macrorregiões de saúde.

1999/2004 – CAPS de Sobral, de Itapipoca, de Morada Nova, de Barbalha, de Capistrano, de Quixeramobim, de Crateús, de Marco, de Horizonte, de Crato, de Tauá, de Aquiraz, de Paraipaba, de Fortaleza/Regional VI, de Fortaleza/Regional IV, de Jardim, de Caucaia, de Maracanaú e de

Maranguape. Em matéria de grandes eventos o período foi fértil: a Oficina do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará-COSEMS/Ce, em 2000, na serra da Meruoca, que resultou na Carta de Ytacaranha e definiu critérios para o planejamento, a avaliação e os caminhos para a expansão do sistema; o I Encontro Estadual de CAPS, ocorrido na Universidade Estadual do Ceará-UECE, em 2001, que resultou na Carta de Fortaleza; o lançamento da Carta de Quixeramobim, por ocasião da festa de inauguração de seu CAPS, em 2002, que questiona os procedimentos federais para financiar a política de saúde mental; e o II Encontro Estadual de CAPS, ocorrido na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/Ce. É de 2000 a crise de descredenciamento do Hospital Psiquiátrico de Sobral, a Casa de Saúde Guararapes, após a morte de um cliente internado. Também neste período, a partir de 2002, surgem os primeiros CAPS especializados em Álcool e Drogas, os CAPS ad, em Sobral, Iguatu e Caucaia.

2005/2007 – Do patamar de 30 CAPS passamos, em dois anos, para 64. A grande marca é a entrada de Fortaleza no processo de reforma: dos três que haviam, foram acrescentados 11, dos quais dois CAPS especializados em criança, os CAPS i, e seis especializados em álcool e drogas, os CAPS ad. Tivemos, como rito emblemático, a inauguração do milésimo CAPS brasileiro.

Convém distinguir alguns elementos muito interessantes desta história. O Ceará aprovou Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica oito anos antes da Lei Federal, de abril de 2001. O processo de reforma, como o desenvolvimento do cristianismo, que avançou pela diáspora judaica antes de alcançar a própria Jerusalém, primeiramente se insta-

lou no sertão cearense, para atingir Fortaleza sete anos depois de iniciado. Outro destaque é a tensão permanente entre avanços técnicos, políticos e legais: instalações de CAPS, congressos, cartas de princípios e leis. Considere-se também a superação traumática do romantismo anterior, com o surgimento do caso Damião, um mártir na luta da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos. De 1991 para cá, ocorreram no Ceará mais de 50 eventos, entre oficinas, jornadas, simpósios, seminários, encontros, conferências e congressos, assim “inventando tradições”, na feliz expressão de Hobsbawn lembrada pelo Dr. Moura Fé.

Eu diria que até 1991 a gente deblaterava contra o hospício, a onipresença do hospital psiquiátrico especializado como dispositivo de isolamento e reclusão, com poucas funções terapêuticas e baixíssima resolubilidade clínica. O que havia era discurso e este era antiasilar. Há então uma mudança de magnitude quando o discurso se torna antimanicomial, considerando-se o manicômio como uma cultura de violência, repressão e mortificação da subjetividade, que se expande por todas as instituições, família, escola, trabalho, cadeia, não se confinando ao hospício. Manicômio não é específico da assistência psiquiátrica, embora seja nela que ele se apresenta em seu máximo esplendor.

No Brasil, mesmo as instituições totais são frouxas, porosas, parece que não temos como garantir rigores organizacionais. Sobram maus tratos, negligência, abandono, pobreza. Os asilos permanentes, com a massificação previdenciária pública, tornaram-se asilos cíclicos, em períodos de 60 dias. A previdência oferece teto de 60 dias para a internação de psicóticos, aí a máquina lucrativa transforma este teto em piso, todos recebendo alta e, imediatamente, sendo reinternados. Nossa instituição total vivia na frontei-

ra do abrigo de mendicidade, com períodos fictícios de alta e reinternações. Não era uma instituição total germânica, por exemplo. Parece que temos uma incompetência radical em sermos perfeitos, mesmo na ruindade.

A partir de 1991 muda-se de atitude, a lógica passa a ser a da construção de espaços alternativos. Certos de que as bastilhas não são mais funcionais a nada, porém diante da impossibilidade de derrubar as bastilhas, vai se tentando criar ilhas exemplares de possibilidades novas, que sirva de piloto, laboratório de experiências exitosas ou antecipação de cena futura. O período alternativo cearense vai até 1998, quando acontece o Seminário Municipal de Saúde Mental de Sobral. E como estamos no Nordeste brasileiro, as experiências estabelecem pouco vínculo entre si. Ninguém cita ninguém e todos citam Foucault ou Basaglia, São Paulo ou o Rio de Janeiro.

De qualquer maneira acontecem acúmulos, de conhecimento, de práticas, de articulações. A partir de 1998, inicia-se o que denomino de período substitutivo. Consegue-se, realmente, criar algo que se coloca no lugar do que havia antes. No período alternativo enfrenta-se uma grande luta desesperada para mostrar que o novo modelo é tão resolutivo, tecnicamente, quanto o antigo, e é muito mais resolutivo social e eticamente, por exemplo. Então, precisamos mostrar que a clínica psicossocial territorial é tão ou mais resolutiva para atender a psicose aguda, a psicose crônica, os transtornos neuróticos, que a clínica clássica. Mais do que isto, que a clínica psicossocial territorial pode ir além, integrando-se aos processos de produção de saúde, na promoção de saúde, na educação em saúde, nas mobilizações da cidadania.

Os serviços da clínica psiquiátrica asilar usavam a exceção para assustar. Entre 100 casos, um pode se matar, então tratemos todos como se fossem suicidas. Entre 100 casos, um pode matar, então tratemos todos como se fossem homicidas. Entre 100 casos, um pode estuprar, então tratemos todos como se fossem estupradores. Manejar o serviço psiquiátrico pela exceção, esta tem sido nossa norma, não nos ensina a enfrentar o campo comunitário, aberto, sem grades, seguranças ou proteções. Outra questão, está vinculada aos médicos, tem a ver com os temores referentes à identidade profissional e ao desemprego. Em 1979, eu me lembro de uma reunião na Sociedade Cearense de Psiquiatria-SOCEP, em que as pessoas diziam que a implantação da reforma psiquiátrica permitiria a todos fazerem o que os psiquiatras fazem e desempregaria psiquiatras. O novo modelo garante a importância do psiquiatra na equipe e os psiquiatras nunca tiveram tanta oferta de emprego público. Inclusive, podem se dar ao luxo de irem a leilão pelos municípios. Recentemente, um colega recusou 35 salários mínimos para trabalhar três dias em certo município cearense. Também inventamos o psiquiatra de desobriga. Não sei se a Bahia tinha disso, padres católicos que iam de município em município, uma vez por mês, para batizar, confessar e casar todo mundo, em um só domingo, e a ação era chamada de desobriga. Agora temos os psiquiatras de desobriga. Estão haloperidolizando o sertão, diazepamizando a caatinga, triperidolizando o semiárido.

Dentro da lógica de mercado, a reforma psiquiátrica tem sido um sucesso para os psiquiatras. Também influenciou a autoestima. Qual o jovem de classe média urbana que, entrando na Medicina, escolheria Psiquiatria, até os

anos 1980? Somente preguiçosos, burocráticos, neuróticos de carteirinha ou missionários idealistas escolheriam uma especialidade dolorosa, tecnicamente estagnada, cuja cara era a do hospício. Os jovens de sucesso podiam ser atraídos pelo campo, mas para se dedicarem ao consultório particular liberal e à Psicanálise. A minha geração estudantil, entre 1969 e 1974, foi meio maluca, amor, sexo, drogas e rock`n roll, então deu muito psiquiatra, uns oito, depois de muito tempo sem sair um só da fornada do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC. De qualquer modo, sempre houve problema de vocação sacerdotal para o exercício da Psiquiatria. Hoje, tudo mudou: a primeira turma do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará-Uece, por exemplo, que se bacharelou em janeiro de 2009, quatro de 40, isto é, 10%, querem fazer Psiquiatria.

Então, temos duas dimensões se articulando: a primeira é a do mercado, não há como fazer de conta que emprego, salário e carreira não existem; a segunda é a do prestígio e da imagem. Todos vocês sabem que no século XIX, na fase alienista, o psiquiatra era obrigado a morar no próprio hospício. A construção do hospício previa os pavilhões, a casa do diretor, a casa dos psiquiatras. Saíramos do prédio do hospício, mas a identificação da cara do psiquiatra com a cara do hospício implodia as possibilidades de novas vocações na transição da modernidade para a pós-modernidade. Queríamos transplantar corações, ser neurocirurgiões ou cirurgiões plásticos, especialidades de futuro. Por outro lado, aqueles que escolhiam e praticavam a especialidade se acomodavam, desenvolviam vínculos orgânicos com o comércio de leitos hospitalares e, muitas vezes, cronificavam-se.

Mas os infatigáveis caminhos da história, que se movem e possibilitam movimento, geraram consequências. Em 1998, o Ceará passa a ter 12 CAPS no interior e um em Fortaleza, um caso inaugural (Iguatu), um caso paradigmático de sucesso (Quixadá), uma bastilha derrubada (Sobral), uma Lei Estadual e a Carta de Ytacaranha, isto é, um plano do que fazer e indicativos de financiamento pelos municípios e pelo governo estadual. A SESA/CE definiu um pacote de investimento para o município que criasse CAPS e a Carta de Ytacaranha estabeleceu o rumo: cidades-sedes de microrregiões de saúde, depois cidades que, sem serem sedes, tivessem mais de 50 mil habitantes.

Porém os CAPS podem se tornar hospícios sutis. É preciso um permanente esforço crítico: as oficinas de autoexpressão não devem ser feitas nos CAPS, e sim na comunidade, nas associações civis, nos clubes; as oficinas de habilitação profissional também não devem ser feitas nos CAPS, e sim na comunidade, juntamente com as políticas de assistência social; as oficinas terapêuticas estas sim são próprias dos CAPS, com indicação técnica, prescrição individualizada, projeto terapêutico artesanal. Então vamos formulando novas teorias e novas formas de organizar serviços, e vamos tentando ver o que é que caracterizava o hospício para não reproduzir, não criar miríade de metástases do hospício.

O cuidado e a crítica permanentes que devemos fazer, em referência às nossas práticas, são os seguintes: 1- estamos apoiando a sociedade em seu processo de crescimento e libertação? 2- estamos atendendo nossos clientes individuais de modo a gerar autonomia? Pois, se a pessoa continua tendo fígado, estômago, rim, sistema endócrino,

sobretudo continua sendo gente e tendo cidadania, como é possível tratar se não integralizarmos o sujeito? Como é possível construir a humanidade de uma pessoa, sem construir cidadania? Fala-se em direitos, deveres, participação, mas não se recupera a integralidade biopsicossocial da pessoa, não se recupera exatamente aquilo que define a singular aglomeração de células e fantasias que caracteriza cada um de nós.

Mas retomando nossa linha do tempo, Iguatu, cidade de 70 mil habitantes, é paradigmática por ser a primeira experiência, inauguradora de um novo dispositivo, que continua se aprimorando, diante da grande tradição estadual de acomodação e da pequena tradição de discurso antiasilar/antimanicomial. Quixadá, cidade de 70 mil habitantes, é paradigmática porque cria a clínica psicossocial territorial, prática e teoricamente, como política municipal pública de saúde mental, supervisionando ações de saúde mental na atenção primária e que continua se aprimorando. Sobral, cidade de 150 mil habitantes, é paradigmática porque fecha um hospício, sobre o corpo de um mártir, e constrói uma rede complexa para atender município, micro e macrorregião de saúde. Fortaleza, capital de estado, com zona metropolitana de três milhões de habitantes, é paradigmática, pois colhe as experiências passadas, articula uma rede de atenção em grande escala e adere à reforma, simultaneamente à própria implantação do SUS, ambas com grande atraso relativo ao Ceará e ao Brasil.

O processo de reforma no interior do estado foi desmamando Fortaleza. Antes do CAPS, Quixadá enviava, de ambulância, oito pessoas/semana para Fortaleza. Depois de dois anos de CAPS, passou a mandar cinco pessoas/ano.

Em Quixadá, temos hoje uma condição que apaixona epidemiologista: controle da prevalência e da incidência de transtorno mental, ano a ano, do território municipal. Não temos apenas dados de serviço, com as subnotificações, os diagnósticos apressados (taquidiagnósticos) e os vieses de demanda.

Em Quixadá, por exemplo, temos acompanhamento de pesquisa, na sociedade, com o apoio operacional dos agentes comunitários de saúde. A gente identifica a malha habitacional das pessoas que apresentam diagnóstico de transtorno psicótico e se tratam no CAPS, daí vemos onde se concentram e decidimos os projetos de atenção primária que podem ser desenvolvidos nos territórios de maior concentração. Também realizamos o mapeamento de dependentes de drogas ilícitas (cocaína, maconha, cola) e monitoramos as prescrições para identificar o uso muito frequente de drogas lícitas (álcool, tabaco, tranquilizantes). Outra preocupação, particular da clínica, é identificar, precocemente, o que tenha potência de evento sentinela. Aparece um problema, a gente cuida individualmente; vê uma repetição, cuida individualmente; vê uma terceira ou uma quarta repetição, então conclui-se pela ocorrência de alguma coisa maior. Não há evidência do psicococos, nem do *Aedes psychico*, então é preciso rastrear na sociedade onde se acumulam as nuvens de determinação do problema.

Começaram a aparecer mototaxistas no serviço, o primeiro, o segundo, o terceiro, homens jovens, entre 23 e 30 anos, queixa padrão de insônia, irritabilidade, desinteresse sexual, muita ansiedade. Nossa atenção foi despertada, chamamos os três para um trabalho de grupo e descobrimos que era a multiplicação de um pânico, via Rede Glo-

bo de Televisão, para a caatinga do sertão central cearense. Um motoboy estava estuprando gente em São Paulo, de repente, todas as mulheres de Quixadá passaram a olhar os mototaxistas como prováveis estupradores. O contágio virtual do medo é colossal. Chamamos o Sindicato dos Mototaxistas, programas de rádio e algumas associações de moradores estratégicas, para discutir o problema e esclarecê-lo. Nunca mais apareceu mototaxista no serviço. Em vez de ficarmos exercitando os glúteos nas cadeiras das clínicas, fomos exercitar o cérebro nas relações sociais. O atendimento individual é muito útil, mas, frequentemente, faz perder a visibilidade do fenômeno psicossocial e nos impede de intervir de modo mais adequado. Se for apenas para o CAPS reproduzir o hospício, atuar apenas como hospital-dia de psicóticos ou reproduzir a massificação clínica dos ambulatórios previdenciários do passado, então é melhor largar o movimento de reforma psiquiátrica.

O desafio do processo de reforma nos leva a conceber uma tipologia associada a vantagens e desvantagens. É muito mais fácil implantar o modelo comunitário, extra-hospitalar, nas cidades médias do interior, do que na zona metropolitana, heterogênea, favelada, violenta, anômica. Também é muito diferente realizar a reforma onde tinha hospício e onde não tinha. Em Sobral, com existência de uma empresa privada asilar há mais de 20 anos, as dificuldades foram enormes. Uma vez cheguei a Marco, cidade de 10 mil habitantes, uns 80 km ao norte de Sobral, na vazante do rio Acaraú e, conversando com o Secretário de Saúde, descobri que eles dispensavam medicação controlada para 1.600 pessoas, uns 15% da população municipal. Este fato indicava algo profundamente errado. Psicotrópico não

é para ninguém ficar comendo como se fosse arroz. O tranquilizante, por exemplo, é para atuar na crise de ansiedade/angústia, uso de três/quatro dias, visando possibilitar os manejos psicoterápicos, individuais ou grupais, breves ou prolongados, corporais ou das palavras.

Tirado o agudo com o remédio, recuperada a continência mínima sobre o próprio medo e o próprio desamparo, inicia-se a psicoterapia, para a reconstrução de histórias e de significados. Não faz sentido termos, junto ao baião de dois ou o acarajé de cada dia, um tranquilizante ou um antidepressivo. Intuí que toda aquela parafernália psicofarmacológica descia o rio Acaraú, a partir do hospício de Sobral. As pessoas tinham suas dificuldades, suas inseguranças, seus medos, a Prefeitura de Marco mandava de ambulância para Sobral, o dispositivo terapêutico existente era a emergência do hospício, passava-se uma droga qualquer e, sem acompanhamento, sem seguimento, a pessoa voltava. Então a Secretaria da Saúde ficava reprodutindo a entrega do medicamento prescrito, *sine die*, criando dependência química lícita. Existem evidências de que 18% do atendimento psiquiátrico é dependência química gerada pelos médicos não-psiquiatras. O psiquiatra asilar associa-se e hipertrofia o fenômeno.

No caso dos tranquilizantes, temos hoje uma espécie de epidemia muito aguda no Brasil. De cada 100 tranquilizantes prescritos no Brasil, 70 são para mulheres. Cardiologistas, endocrinologistas, ginecologistas, neurologistas, gastroenterologistas, dermatologistas e otorrinolaringologistas, todos prescrevem tranquilizantes, em nome do emocional, do estresse etc. O ambulatório geral precisa ter a Psiquiatria, para o exercício da especialidade, da in-

terconsulta e das eventuais alterações de comportamento derivadas de transtornos crônicos. Mas, toda clínica precisa incluir a compreensão da subjetividade, para não biologizar tudo, nem usar drogas como panaceia.

Parece que a Psiquiatria foi apartada da Medicina e é preciso superar esta apartação, não na lógica de uma especialidade estanque, mas na lógica da interdisciplinaridade. A emergência psiquiátrica na emergência geral, a clínica psiquiátrica de ambulatório no ambulatório geral ou na policlínica. Se eu concebo a diversidade do processo saúde/doença e do fenômeno psíquico, preciso conceber a diversidade das formas de cuidar e sua integração em sistema ou rede, com interdisciplinaridade e intersetorialidade. Vejamos os termos do nome Centro de Atenção Psicossocial: centro é o lugar de convergência de algum sistema, mantém a lógica da hierarquia porque ainda indica que este é um lugar privilegiado, mas sai da solidão do serviço único, totalitário; atenção é mais que assistência, permitindo o deslocamento para promoção, prevenção, educação em saúde; psicossocial indica a saída definitiva do modelo biomédico. Um CAPS não existe sozinho, como um novo dispositivo único, modelo único de cuidado. Um CAPS não constitui apenas um hospital-dia ou um ambulatório de portadores de transtorno psicótico. Um CAPS tem de ser parte de uma rede, populacionalmente dimensionada.

O CAPS de Quixadá supervisiona e apoia a Secretaria Municipal de Educação. Não é para termos 100% das crianças na escola? Então, vai estar na escola a cegueira, a surdez, o transtorno mental, a deficiência mental, a epilepsia. Assim o CAPS vai dar apoio matricial aos professores, aos diretores, aos supervisores escolares, para poder lidar

com toda a diversidade da criança no ensino fundamental e no ensino médio, até para não ser tragado pela demanda voluntária ou pelos problemas depois de instalados e especializados.

O CAPS também precisa dar apoio matricial às políticas de ação social, de emprego e renda, mas não é política de emprego e renda. Quando um rico chega ao consultório psicológico ou psiquiátrico, o que é tratado é seu sofrimento mental, não sua riqueza. Por que, em relação ao pobre, a Psiquiatria é colocada como tendo possibilidade de tratar a pobreza? Eu não trato pobreza com psicotrópico, psicodrama ou interpretação analítica. Posso chegar à atenção primária com minhas técnicas de biodança, de psicodrama, de grupo operativo, de grupo focal de dinâmica de grupo, de terapia comunitária, o que for, mas estarei problematizando identidade, autoestima, liderança, cidadania, vínculos, compromissos e ética, não tratando doenças. É no asilo psiquiátrico que, de modo violento, se misturava loucura e miséria. Quando Luis XIV criou o primeiro hospício moderno, em Paris, o destinou a abrigar loucos de todo o gênero, pobres e políticos caídos em desgraça. Esta mistura não pode ser reproduzida nos CAPS.

Eu tenho cópia da primeira internação psiquiátrica brasileira, feita em 1817, na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei. Apenas duas frases lapidares selam o destino de um homem: “pouco sizo e baldo de fortuna”, isto é, louco e pobre. A mistura violenta, autoritária e indiferenciada que caracteriza o hospício atrai médicos reacionários, de espírito fascista; atrai populistas radiofônicos que querem continuar distribuindo internação, eletrochoque, dentadura e cadeira de rodas; e atrai vereador, deputado,

senador, prefeito, governador, toda essa vasta dimensão por onde circula o sangue do populismo brasileiro. A cesta básica não faz parte do pacote sistemático do cuidado psicológico-psiquiátrico, faz parte do pacote emergencial da cidadania. Nas condições de miséria, precisa-se de auxílios sociais que apoiem a sobrevivência digna e favoreçam o tratamento. O Serviço Social do CAPS auxilia a busca dos direitos. No Brasil, temos de estar sempre atentos, nesta autocrítica dolorosa, produzindo a pedagogia da separação entre o que é das ordens da pobreza, da doença mental e da violência autoritária.

Também aprendemos muito, em Quixadá, a atender emergência psiquiátrica nos domicílios. A pessoa começa a entrar em surto, os parentes ligam para a equipe de saúde da família, o agente comunitário vai até a casa, identifica se a questão pode ser resolvida pela equipe do PSF ou se chama a equipe do CAPS, pois o CAPS supervisiona as ações de saúde mental realizadas na atenção primária, que não precisa de especialista. Um carro do CAPS segue para lá, com o motorista treinado como auxiliar de saúde mental, um psiquiatra e outro profissional de nível superior. O psiquiatra cuida do cliente, o outro profissional (psicólogo, enfermeiro, assistente social ou terapeuta ocupacional) cuida da família e o motorista/auxiliar de saúde mental atua com a vizinhança. É muito estranho imaginar, por exemplo, um motorista prisioneiro de sua tarefa, levando a equipe e permanecendo estacionado dentro do carro, que vira um forno de micro-ondas no meio do calor da caatinga, sem fazer outra coisa senão esperar que os técnicos atuem, quando tanta coisa poderia ser feita, como o bloqueio dos preconceitos e das pequenas violências naturalizadas na cultura.

Nossa decisão foi retrainar os trabalhadores de nível médio (motorista, atendente administrativo, auxiliar de enfermagem, zelador, vigia) como auxiliar de saúde mental. Em três anos, deixamos de ter aquela famosa cena de uma pessoa em ataque epilético, em crise alcoólica ou em estado alucinatório na rua, e um bando de crianças seguindo atrás, com gritaria. Freud disse que toda criança é um perverso polimorfo, deve ser por não conhecer os meninos nordestinos. É muito perversa esta ação de nossas crianças do sertão correndo atrás de doido para jogar pedra e perturbar. Na minha infância, no interior do Maranhão, presenciei cenas deste tipo: uma senhora idosa, andarilha, cabelinho muito branco, recebeu o apelido de Maria Cebola. Ela saía caminhando pela cidade, falando sozinha, gesticulando muito, juntando lixo, sobretudo papel, e escrevendo Algarvias ou desenhando o perfil das pessoas. Os meninos seguiam atrás, em séquito, gritando “Maria Cebola”, “Maria Cebola”. Então ela enlouquecia, despiá-se, dava porrada em quem se aproximasse. Assim, na experiência de Quixadá, fomos trabalhar com a vizinhança, com a Secretaria de Educação, com a Ação Social e com a Polícia, que também precisa compreender seu território e seu povo, precisa garantir a coexistência cidadã da diversidade.

É uma pena que grande parte dos psiquiatras esteja tão desligada do compromisso ético com a criatividade e com os objetivos da profissão. Fazem a guerrilha da carga horária, cada vez chegando mais tarde e saindo mais cedo, priorizando os circuitos urbanos mais saturados de tecnologias e de *shopping centers*, focados na assistência de sintomas, apenas visando calá-los com psicofármacos. Parece que viramos narcotraficantes dentro da legalida-

de. O trabalho de produção de cidadania e de saúde nos leva a trabalhar com a Polícia, mas também com as Rádios. Nas cidades do interior, existem pelo menos três emissoras de Rádio, uma é do governo, a outra é da oposição, ainda outra é da Igreja Católica. Nós tivemos de aprender a trabalhar com esta mídia fundamental em nossa realidade. Destacamos um dos nossos trabalhadores para ficar ouvindo as Rádios. Quando falavam alguma coisa do CAPS, queixa de cliente, informação infundada, a gente sabia e pedia horário para explicar. As questões da saúde e da doença mental despertam medo, às vezes horror, o que leva aos estigmas, mas também desperta um grande fascínio. Então aproveitamos a ambiguidade e o resultado é que as Rádios começaram a achar muito bom a gente ir aos programas. Daí, passamos a ter horário nos programas, com temas associados à saúde mental, identidade, autoestima, liderança, cidadania, mediação de conflitos. Numa campanha para Prefeito, disputavam oito candidatos, e os eleitores de todos diziam: “eu quero votar em você, mas só se não mexer no CAPS”. Isto quer dizer que nos tornamos uma Política Social, defendida pela população, não mais uma Política de Estado, muito menos apenas de Governo.

Outra batalha é a seleção de pessoal para compor a equipe. Psiquiatra é *avis rara*, então você tem que se submeter aos termos da negociação, mas resistir, bravamente, ao leilão. Fica muito difícil exigir perfil, mas, para nossa sorte, os cinco psiquiatras que se associaram ao projeto, dos quais dois deles continuam vinculados até hoje, foram excelentes, participativos, críticos, bons clínicos e inteligentes construtores de uma atenção pautada no paradigma psicossocial territorial, com compreensão da saúde coleti-

va. Enquanto oferta quantitativa, no mercado de trabalho, não há problema em relação a enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, mas existe sempre o problema do perfil.

A título de exemplo, no processo seletivo inicial do CAPS Quixadá, em 1993, vários psicólogos informavam atuar apenas com crianças, ou usando a Psicanálise, ou usando o Cognitivismo etc. Não poderíamos ter especialistas por faixa etária, ou por teoria. A demanda era social-comunitária. Os nossos Terapeutas Ocupacionais, a título de outro exemplo, apresentavam formação privada, fisioterápica e ergonômica, sem a incorporação da dimensão subjetiva, fundamental à prática em saúde mental. Neste caso, impõe-se fazer avançar uma novidade brasileira, que é a da ligação epistêmica entre Terapia Ocupacional e Psicologia, a fim de que se desenvolva uma teoria crítica sobre o trabalho humano. Que trabalho é este que adoce e aliena? Que trabalho é este que trata e liberta? O enfermeiro, de todos, tem a melhor formação referente a planejamento, gestão, mas tem sido predominantemente formado para trabalhar em hospital, e, quando na saúde pública, incorporou de modo muito firme a lógica programática do Ministério da Saúde. O assistente social tem vivido grandes contradições formativas, ainda com sínteses precárias: ora mais político-ideológica e crítica, ora assistencialista. Além de pensarmos a questão das formações, ainda precisamos enfrentar o desafio de pôr as profissões em grupo, na lógica interdisciplinar, sob supervisão institucional.

Qual o acordo consensual que faz girar a equipe? Gosto de dizer para meus alunos que, no campo da saúde mental, apenas 30% das ações é coisa de especialista, 70% é

de quem se sentir hábil e assumir o compromisso. Nós criamos, lá em Quixadá, o conceito de terapeuta emergente. O cara precisa de medicamento, eu sou o psiquiatra dele e prescrevo o medicamento, mas ele construiu vínculo compreensivo, de confiança, com o terapeuta ocupacional, então esse terapeuta ocupacional é que deve ser considerado o coordenador do projeto terapêutico dele e não o psiquiatra. O psiquiatra, neste caso, passa a ser apoio do projeto terapêutico coordenado pelo Terapeuta Ocupacional.

Vejam bem, o que estou falando para provocar vocês, é experiência, não é só teoria, tudo isto significa vivência de enfrentamentos da situação concreta do interior do Ceará. Em Sobral, com 150 mil habitantes e sede de macrorregião de saúde com um milhão de habitantes, o desafio era a construção de uma rede de cuidados que superasse o parque manicomial instalado. Em Quixadá pode-se inventar tudo, pois o que existia era ambulância para levar gente em crise para Fortaleza. Quixadá implantou, em 1993, simultaneamente, a reforma psiquiátrica e a sanitária: nunca teve hospício, criou o agente comunitário de saúde em 1991, criou PSF e CAPS em 1993. As políticas nasceram juntas, dialogando, enfrentando os modelos antigos.

Havíamos também que superar a igualdade historicamente construída entre hospital psiquiátrico especializado e manicômio, mais ainda, a igualdade construída entre hospital psiquiátrico, manicomial ou não, e internação. A internação psiquiátrica se impõe como uma necessidade clínica para atender certas circunstâncias da trajetória de uma pessoa e de um quadro, visando retirar, sobretudo, o agudo das crises. Podemos internar, para observação, em CAPS, hospital-dia, hospital-noite, unidade psiquiátrica de

hospital geral, leito psiquiátrico de hospital geral. São muitos os dispositivos, e úteis, para inúmeras e diferentes necessidades. O que fizemos? Criamos quatro leitos psiquiátricos no hospital geral regional de Quixadá. Treinamos a equipe do hospital geral para lidar com a crise psicótica e oferecemos supervisão continuada. Quando precisam, pedem o apoio dos psiquiatras do CAPS que, por sua vez, devem acompanhar seus clientes que forem internados. Às 2as feiras, o hospital informa ao CAPS quem foi internado no final de semana e aí o nosso psiquiatra vai fazer uma visita ao hospital para avaliar o ato de internação e decidir os desdobramentos. O médico do hospital, preparado para urgências e emergências, precisa saber lidar com a crise psicótica.

Muitos dizem que nossa situação em Quixadá foi e é muito privilegiada, um verdadeiro laboratório prenhe de condições favoráveis. A cidade não tinha manicômio, é pequena (75 mil habitantes e sede de microrregião de saúde de 300 mil habitantes), muito urbanizada (25% de população rural), vivendo uma série de gestões progressistas, participativas, democráticas. Juntou-se por lá toda uma plêiade de trabalhadores de saúde, na vanguarda das reformas sanitária e psiquiátrica, com muito empoderamento político. Sim, é fato, a reforma não acontece sem poder político. Não acontece nada em saúde pública sem poder político, dinheiro, planejamento, clareza e ousadia na condução do processo.

Para implantarmos a reforma é necessário haver muita consciência da história local, porque você precisa saber como as coisas ficaram do jeito que são, no momento zero da reforma. Não é possível esquecer, por exemplo,

que Salvador é uma das cidades mais antigas do Brasil e que a Bahia ainda mantém, politicamente, grande fidelidade à lógica das capitânicas hereditárias. Precisamos, em Salvador, deixar o fantasma de Tomé de Souza repousar.

As questões políticas são fundamentais, mas o financiamento define o cotidiano dos cuidados. O cliente não pode ser posto a rodar, acompanhando o dinheiro, e sim o contrário: o dinheiro deve acompanhar o cliente. A decisão do Ministério da Saúde de remunerar CAPS por meio de APAC criou uma forma de remunerar, mas prejudicou o modelo e a clínica. Nós vivenciamos um trauma em Quixadá, pois não fornecíamos almoço aos clientes, devido ao fato de considerarmos que eles poderiam e deveriam compartilhar este momento com a família. Havia cafezinho, merenda, mas almoço no CAPS, não. O CAPS não é novo nome para hospital-dia. Se for preciso, cria-se hospital-dia, ou comunidades terapêuticas ao modo das que estão sendo criadas na Espanha, mas CAPS não é hospital-dia. Por conta da bendita da APAC tivemos que inventar uma “psikombi”, deslocando viatura das visitas domiciliares para o serviço de busca e entrega de clientes vinculados intensivamente ao CAPS para que o serviço pudesse ser pago. É ótimo que o cliente almoce em casa, desloque-se por conta própria pela cidade, só venha ao serviço duas, três vezes por semana, no caso de portadores de transtorno psicótico. O serviço precisa ter base comunitária real e o cliente precisa interagir com a vida social espontânea. Imaginem a confusão que foi criada.

Tínhamos um serviço muito mais avançado que a forma encontrada para financiá-lo. Nos 10 primeiros anos de funcionamento, organizamos 3.800 prontuários, dos

quais 900 referentes a portadores de transtorno psicótico. Destes 900, uns 90 faziam uso mais amigável do serviço, porém mantendo íntima permanência com suas famílias e vizinhanças. Para garantirmos a remuneração, eles foram transformados em “intensivos”, passaram a vir todos os dias ao serviço, onde passaram a receber almoço e traslado casa-CAPS-casa. A Kombi saía numa rota, sob o sol causticante do sertão central cearense, um verdadeiro micro-ondas, pegando gente, e levava 90 minutos no percurso de busca, 90 minutos no percurso de entrega. Quem entrava primeiro na busca e quem descia por último na entrega ficava 90 minutos dentro do micro-ondas. Haja disfuncionalidade. APAC não remunera a extensão dos serviços ambulatoriais de um CAPS, sobretudo não remunera uma política municipal de saúde mental focada na atenção psicossocial territorial.

Em Salvador precisaremos de, pelo menos, 15 CAPS Gerais, cinco CAPS para crianças e cinco CAPS para álcool e outras drogas. Os serviços para crianças e usuários de álcool e outras drogas devem estar hierarquizados com o CAPS Feral, na proporção 1:3. Também serão necessárias equipes de saúde mental nos ambulatórios gerais e transformar os ambulatórios psiquiátricos em ambulatórios gerais com equipes de saúde mental. É preciso uma rede de, pelo menos cinco urgências/emergências psiquiátricas, territorializando muito bem o município de Salvador. No desmonte dos hospitais psiquiátricos asilares, convém criar leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral e implantar outros dispositivos, como as residências terapêuticas e as oficinas protegidas de habilitação psicossocial, visando integrar a clientela na vida social e no mercado de trabalho.

Nem tudo isso precisa ser estatal, pode ser em parceria, com ONG, com OCIP. Dentro do sistema público, pode haver parceria com a Educação e a Ação Social, com certeza. É preciso montar toda essa malha para cuidar das pessoas, com qualidade, respeito e vínculo. Pensem nas distâncias de Salvador, com estes serviços concentrados, além de ainda muito marcados pela lógica do asilo, e o povo se deslocando a pé ou de coletivo. Qual é o bairro mais distante de Salvador? Cajazeiras? Imaginem uma pessoa, em crise psicótica, vindo de lá para o Pernambués, por exemplo. A pessoa vai ficar boa e ter várias crises ao longo da caminhada. E se, no percurso, ficou atraído por coisas mais interessante e se mandou, o sinal é de saúde. Nosso imperativo é descentralizar e territorializar, para garantir cobertura universal qualificada e manutenção dos vínculos societários fundamentais.

A clínica psiquiátrica clássica é focada na doença, concebida de modo biológico a-histórico; é uniprofissional médica, com os outros profissionais funcionando como apoio; e é centrada no dispositivo hospitalar, pois, ao entender que a doença tem existência totalmente independente dos sujeitos, propõe modo ideal de tratar e curar. A clínica psicossocial é focada no sujeito, na pessoa concebida de modo histórico e biopsicossocial, é multiprofissional interdisciplinar, extra-hospitalar comunitária e se produz conforme a tríade: promoção, atenção, habilitação. Então, há mudança completa no paradigma e tem que haver nova política, nova rede de cuidados, nova formação.

Outra coisa a considerar é o perfil psicossanitário, epidemiológico, do município. A gente fica inventando serviço em nome da psicose, aterrorizados pela psicose, e

nem nos damos conta de quanto ela é limitada. Com os dados de Quixadá, aqueles 3.800 prontuários, dos quais 900 com diagnóstico de psicose, numa população de 75 mil habitantes, pode-se calcular prevalência (p) e coeficiente de prevalência (cp). Temos $p = 900$ e $cp = 1,2\%$. A literatura internacional fala num cp de todas as psicoses em torno de 2%, sendo 1% o das psicoses esquizofrênicas. No nosso caso, parece que a população é hígida, com 1,2% de cp de todas as psicoses. Façamos outro cálculo: no último quinquênio tivemos 41 casos novos. Isto permite calcular incidência anual (ia) e coeficiente de incidência anual (cia). Temos $ia = 8$ e $cia = 0,01\%$. Podemos sintetizar, de modo consistência, o mote da discussão: a psicose é limitada. Em município estável demograficamente, de médio porte, com uma boa política de atenção, Saúde da Família e CAPS funcionando, ambos há pelo menos 10 anos, os casos agudos são bloqueados no nascedouro, pelo acompanhamento familiar, e os casos novos tornam-se poucos. O CAPS pode conter a psicose e, então, dedicar-se à produção de cidadania e de sujeitos.

Projetemos os dados para Salvador, que tem, hoje, dois milhões e 700 mil habitantes. Salvador é 36 vezes maior que Quixadá, mas, dada a extraordinária anomia social, os abismos de pobreza e miséria, é melhor calcular a prevalência segundo a literatura internacional (2%), para nos dar folga: 54 mil portadores de transtorno psicótico de qualquer natureza. Salvador, para o planejamento em saúde mental, deve ser pensada como 60 Quixadás. Depois de estabilizado o atendimento, na rede pensada anteriormente, Salvador poderá registrar menos de 500 casos novos de psicose por ano. No início da reforma, o que temos é uma

guerra: contra a descrença, contra o modelo antigo, contra a miséria, contra a violência autoritária naturalizada na cultura, contra o medo. A reorganização, baseada na descentralização e no território, libera os CAPS do primeiro front de guerra que é atender ao psicótico, para a realização de todas as outras missões da atenção psicossocial.

Tendo psicofarmacoterapia qualificada (exclusiva, com psicoterapia de apoio ou apoio a psicoterapia), psicoterapia qualificada (exclusiva, com psicofarmacoterapia de apoio ou apoio a psicofarmacoterapia) e habilitação psicossocial qualificada, de resgate da autoestima, das fragilidades da identidade e da cidadania, os portadores de transtorno psicótico podem se invisibilizar na paisagem da cidade, como um cardiopata com marcapasso. Há 20 anos, passando de carro, ao observar um ser humano meio robotizado na rua, eu poderia dizer: “ih, aquele toma haloperidol”. Hoje, estas drogas são mais focadas, resultando em muito menos efeito colateral. Além do mais, dado o efeito depósito, uma injeção por mês substitui aquele cesto diário de comprimidos do passado. Em Quixadá, tiramos do serviço a maioria das oficinas, deste modo fazendo o cliente circular por mais espaços urbanos.

Exemplo: a Terapeuta Ocupacional e o Educador Físico concluíram que algumas crianças precisariam de um trabalho de perceptomotricidade na água; numa cabeça asilar, poderia ter surgido a ideia de inventarmos a piscinoterapia no CAPS, mas fomos procurar parceiros na cidade e escolhemos a piscina do Clube da AABB. Inicialmente, houve resistência dos sócios: “qual é o problema?” – eu falei – “transtorno mental não pega pela água, não é como cólera, não é como dengue!”. Depois de uma boa discussão com o

pessoal, eles liberaram a piscina e, depois, ficaram muito satisfeitos. Era resistência pelo desconhecimento, alimentada por preconceitos, não havia má fé. É preciso que a gente apague as diferenças que fomentavam e sustentavam as rotulações e os estigmas. Não basta passar remédio ou atender individualmente, no *setting* do consultório. Daí não podermos apenas trocar o lugar do louco, pois então o CAPS se tornaria um asilo sutil. Sutil, mas asilo.

O espaço físico de um CAPS não pode ser improvisado. Ele deve ser concebido como um mix de ambulatório, oficina de arte e centro comunitário de vivências e convívios. Mas não devemos ficar esperando as condições ideais para começar. Não dá para ficar esperando o Socialismo para matarmos a fome ou termos um orgasmo. O negócio é ter um plano, um projeto sólido bem pactuado, e, enfrentarmos o percurso da construção. Por outro lado, você também não pode ficar no achismo, no improvisado, no imediatismo, sem ter um cenário futuro e um método. Então, é traçarmos um plano e segui-lo. Coloca-se o serviço num lugar possível, no momento? Mas tem que, imediatamente, discutir com a comunidade qual deverá ser o melhor lugar. Qual a acessibilidade para quem se desloca a pé? Ou de ônibus? Em Quixadá, nós resistimos a uma ideia, bem intencionada, da Secretaria de Saúde. Queriam oferecer ao CAPS um lugar maravilhoso, mas muito distante do centro da cidade. Nós defendemos o serviço em prédio menos qualificado, mas próximo da rodoviária, da feira e da igreja. Quem vem do interior, desce na rodoviária, compra na feira e aproveita para levar alguém ao CAPS, ou ele próprio se consultar. Ou então, por vir ao CAPS, aproveita a oportunidade para comprar na feira e ir à missa na Igreja matriz.

Em Sobral, a gente brigou bastante por isso, às vezes passando alguns sustos e, depois, nos surpreendendo positivamente. A primeira sede do CAPS de Sobral era vizinha da casa da mãe do prefeito. Ela começou a se interessar, ficou curiosa, talvez a princípio com algum preconceito, mas começou a visitar o serviço. Pensei: “será que vamos ter uma discussão logo com a mãe do prefeito?”. Mas ela foi muito inteligente, demonstrou grande sensibilidade e começou a ajudar, a levar muda de planta, a cooperar com as oficinas de autoexpressão. Nossos temores não se concretizaram. A atual sede é em belíssimo prédio de arquitetura residencial do início do século XX, perto do Teatro, da Igreja do Menino Deus e do Arco de Nossa Senhora de Fátima. A avenida tem quatro pistas, com canteiro central ajardinado, barzinhos, pizzarias, sorveterias, residências antigas e o CAPS que, assim, apresenta perfeita centralidade no território.

A ideia da invisibilidade do cliente tem três canais: fazê-los circular pelos espaços da cidade, incluir o serviço em boa centralidade territorial e atrair a população em geral para realizar ações no serviço. Começamos, em Quixadá, a fazer seminários temáticos abertos à cidade. Lembro-me de um sobre a ética e outros sobre a felicidade, o desejo, o amor. Convidávamos um padre, um psicanalista, um psiquiatra, um filósofo. E todos prestigiaram: a classe média, os clubes de serviço, os estudantes universitários. O objetivo era tornar porosas as fronteiras. Conseguimos. Levamos ações terapêuticas para os circuitos comunitários e trazemos ações comunitárias para os circuitos terapêuticos. O serviço, portanto, precisa dispor de salas de aula, de auditório, pois também é um espaço de debate e formação.

Tem que haver espaço para a supervisão institucional, com a equipe inteira, as profissões e os níveis de escolaridade, o médico e o motorista no mesmo lugar. Não existe ninguém mais vulnerável à necessidade de ser também cuidado do que o trabalhador em saúde. E, dentre os trabalhadores em saúde, o trabalhador em saúde mental é aquele que necessita muito mais de uma política de cuidado ao cuidador. Se, no planejamento, as ideias básicas são descentralização, territorialização e acesso universal, na clínica psicossocial as ideias-chave são compromisso e vínculo. A principal ferramenta em saúde mental é o vínculo, é a construção compreensiva que acontece entre o terapeuta, individual ou equipe, e o cliente, individual ou coletivo. Se apenas atendo, rotulo e dispenso droga, estarei cumprindo mais o papel de narcotraficante do que o de terapeuta.

Se não há coordenação do projeto terapêutico do indivíduo ou projeto psicossocial de grupo/comunidade, então vamos falhar. Uma amiga ligou-me, de Belém do Pará, e pediu-me para que, à distância, eu interviesse em relação a uma garota criada pela mãe divorciada, sempre vivendo a ausência de um pai que, fantasmicamente, a abandonara, desenvolvendo conflitos sobre o que quer e o que poderia ser ao crescer, quase sucumbindo ao terrível rito do vestibular que ameaça a classe média urbana brasileira, experimentando acúmulo de todas as transições e dúvidas, como o desmame da mãe que passa a viver com um homem que não seu pai, depois passa a mãe fica grávida de uma criança do sexo masculino, o que significa receber o anúncio de um filho da mãe com este novo homem, e tudo isso acontecendo simultaneamente com o rompimento de um namoro. A menina não suportou o acúmulo de crises

e descompensou, procurou uma psiquiatra que diagnosticou depressão e prescreveu um caro antidepressivo novo.

Se há uma depressão biológica, a introdução do antidepressivo corrige, mas se a síndrome é psicológico-existencial, o uso do antidepressivo gera transtornos de ansiedade, e, ao invés de corrigir aquele, gera outro. A garota, infeliz, confusa e angustiada pelo uso inadequado do antidepressivo, multiplicou a dose e tomou tudo de uma vez. Ela queria dormir e acordar em cura miraculosa, não queria se matar. Por telefone, de Fortaleza, procurei conversar com a psiquiatra, argumentar, sugerir outros manejos, mas não teve jeito. Ao final, com irritação, bati o telefone. Os psiquiatras estão substituindo o vínculo interpessoal, compreensivo, responsável, pedagógico, pela introdução de droga. Mesmo quando ela for absolutamente bem indicada, jamais poderá atuar sozinha. O projeto é de duas pessoas em relação. Mas, para a felicidade desta garota, localizamos outro psiquiatra que estabeleceu bom *rapport*.

Tipo de formação, hierarquização, massificação, tudo pode contribuir para o sucesso ou o colapso dos vínculos. A territorialidade permite acompanhamento, pois no hospital o que tratamos é a situação aguda da crise. Mas o lugar do acompanhamento é a equipe de saúde da família, o ambulatório, o CAPS. Somos clientes de quem acompanha nosso projeto terapêutico. Eventualmente sou cliente da equipe do hospital, de modo continuado sou cliente da equipe de atenção primária e secundária. No hospital, a questão dominante é o acesso, e tanto no hospital, como no ambulatório, o corolário é a integralidade. Pensando na integralidade é que urgência e emergência psiquiátricas devem estar incluídas na urgência e emergência gerais.

Eu tive a experiência de um cliente que chegou ao hospital em estado confusional, com delírio e hipersudorese. Ele não era conhecido pela equipe, não tinha prontuário, veio trazido pela polícia, que o encontrara deambulando e em sofrimento. Suspeitei de trauma neurológico. O psiquiatra precisa ter uma grande humildade, porque tem que ter a consciência de que o principal de seu afazer de urgência/emergência é diagnóstico de exclusão. Ela deve testar outras dimensões e o que sobrar, o que não se encaixar, é que é dele. Imaginei: “deve ser porrada na base do crânio”. Se o problema for neurológico e a intervenção for psiquiátrica, com antipsicótico, podemos demenciar a pessoa. Se o problema for psiquiátrico e a intervenção for neurológica, podemos atrasar o início do tratamento adequado, mas sem maiores prejuízos. Então, optei por um tempo de observação, com cuidados clínicos gerais e a equipe em estado de alerta. Preciso controlar minha vontade de intervir, de calar os sintomas, calar a boca da crise. A febre, a dor, a ansiedade, os sintomas constituem uma linguagem a ser decodificada. A crise comunica algo a ser interpretado. Como posso interpretar a crise se eu já mobilizei não sei quantas drogas simultâneas para calar a boca dos sintomas.

As grandes fronteiras de cautela da Psiquiatria são com a Neurologia, a Endocrinologia e a Toxicologia. Que melhor lugar a exploração destas fronteiras senão o lugar médico por excelência que é a urgência e a emergência geral? O psiquiatra precisa estar com os pares, o neurologista, o cardiologista, o nefrologista. A urgência de intoxicação alcoólica ou de abstinência não se resolve em lugar psiquiátrico, e sim no lugar clínico da desintoxicação. Tirou

da desintoxicação, então vamos para as psicoterapias, individuais ou grupais, da interpretação pela palavra ou da ação dinâmica. Vamos para psicodinâmicas que suportem o processo doloroso da pessoa sair da objetividade da droga. Um jornal francês, recentemente, publicou charge em que a primeira cena é um cara aproximando o nariz de um canudo sobre uma carreirinha de cocaína em cima da mesa. A cena seguinte é uma pancada de surpresa na cara da gente que está olhando a charge, pois é a cocaína que cheira o cara, o cara entra no canudinho e vira cocaína. Tornar-se dependente químico é tornar-se coisa, é abdicar da subjetividade, da autonomia, é tornar-se pó, literalmente, e antes do tempo. Essa discussão, nós temos que fazer na urgência e na emergência. Eu sou absolutamente contra a emergência psiquiátrica apartada, é um lugar de morte, o povo brasileiro só não morre mais porque tem o couro grosso. Não é mérito da organização do serviço, é mérito do couro grosso do povo.

Outra dimensão do nosso planejamento é expressa pela residência terapêutica. Ela foi criada por lei para desmamar os asilos, para as pessoas que estão cronificadas, residentes nos hospitais, autonomia reduzida ou nula, vínculos sócio-familiares precários ou nulos. A lógica de criação da residência terapêutica visa sua autoextinção gradativa. Colocou oito pessoas lá dentro, resolveu o problema de uma, seja por alta ou por óbito, fecha aquela vaga, e, assim sucessivamente, até fechar o serviço. Residência terapêutica não é pra cliente novo, é dispositivo de transição para desarmar o hospício. Para casos novos, especialmente complicados, raros, refratários a todas as abordagens terapêuticas, precisamos criar outros dispositivos.

Considerando a experiência de Quixadá, antes do CAPS, encaminhávamos, por meio de ambulância, nove casos, em média, por semana, para Fortaleza. Depois de quatro anos de funcionamento do CAPS, o encaminhamento, para Fortaleza, baixou para seis por ano. Não houve esforço, até agora, que tenha reduzido este desempenho anual. Portanto, evidencia-se que há algo que resiste aos esforços psicossociais territoriais. Salvador precisa acolher seus próprios casos raros e refratários e os do interior da Bahia. Como o estado da reforma psiquiátrica no interior da Bahia é uma incógnita para mim, vou projetar os seis casos/ano de Quixadá por 60, o que dá 360 casos/ano. Considerando os 13 milhões de baianos, uma estimativa anual para o estado pode ser de 1.500 casos, basicamente de prevalência, pois a incidência destes casos é anualmente desprezível. Se dividirmos os 360 casos de Salvador pela referência de 15 CAPS, teremos uns 24 clientes desta natureza por serviço. Pessoalmente, gosto muito do modo como a Andaluzia adaptou o conceito de comunidade terapêutica para casos assim.

A batalha em Sobral foi muito grande, pois, cidade com 150 mil habitantes e sede de macrorregião de saúde com mais de um milhão de habitantes, detentora de um hospital psiquiátrico asilar de mais de 30 anos, foi preciso uma pessoa morrer em consequência de maus tratos praticados no hospital para que a gente conseguisse fechá-lo e aprofundasse a reforma. Lá foi necessário criar uma rede: um ambulatório psiquiátrico, inserido no Centro de Especialidades Médicas-CEM, para atender os demais municípios da macrorregião de saúde; uma unidade psiquiátrica de 20 leitos no Hospital Geral Dr. Estevão, para atender a

cidade e os demais municípios da macrorregião de saúde; urgência/emergência psiquiátrica na urgência/emergência geral do Hospital Geral Dr. Estevão, para atender a cidade e os demais municípios da macrorregião de saúde; CAPS Geral e CAPS ad para atender o município; e duas residências terapêuticas, para incorporar os egressos do hospital que foi fechado. O ambulatório, no CEM, recebia a demanda dos municípios vizinhos para que não se desqualificasse os dois CAPS de Sobral, dimensionados para atender, com qualidade, o próprio município.

Quanto mais complexa for a malha demográfica e social de um município, mais complexa será a rede de cuidados exigida. É preciso ter essa visão de rede, de planejamento estratégico, de acessibilidade universal, de integração e integralidade, de equidade, de respeito à subjetividade e à diversidade cultural. Tem a rede de descanso, tem a rede eletrônica, tem a rede de pescar. Todas elas são importantes para seus fins e não há rede sem nó e sem, também, problema. No caso da rede de descanso, característica do Ceará, está-se descobrindo que ela facilita quadros asmáticos, alergias a ácaros. Eu prefiro investir numa revolução tecnológica que torne antialérgico o material da rede do que abdicar dela. Adoro rede, ao final do dia, sendo embalado na varanda pelo vento que vem do mar e, antes, embalou as acácias douradas. Bem, o nosso forte é a ideia de rede.

E a rede da cidade deve ser pensada em articulação com a rede estadual. Vejamos o caso do hospital psiquiátrico especializado. Condeno seu tamanho, seu número, sua cultura asilar, mas não nego a possibilidade de algum ser necessário para referência estadual. Lembrem-se daquela

discussão sobre os casos raros e refratários: muitos deles podem precisar, eventualmente, de uma estrutura hospitalar. Considerando a experiência do Hospital de Leganés, em Madrid, e o Hospital Spring Grove, em Baltimore, temos aí uma ideia para o debate. O Ceará precisa, a meu ver, de um hospital psiquiátrico especializado de 120 leitos, em Fortaleza, nada mais. Os demais leitos necessários devem estar em unidades de hospitais gerais. A maioria dos casos pode ser acolhida, acompanhada e tratada nos vários CAPS, residências, comunidades. Projetando, a Bahia talvez precise de 300 leitos em hospital psiquiátrico especializado, mas, devido ao tamanho do território, eles devem ser distribuídos em três hospitais macrorregionais, não concentrados em Salvador. Este hospital terá escala de tecnologia dura, equipamentos, pesquisa científica, articulação com as universidades, formação pós-graduada dos profissionais de saúde.

A formação médica, mais antiga e muito influente sobre a lógica de formação dos demais profissionais da saúde, tende a priorizar o estudo da doença. A doença existe e não pode ser totalmente deduzida dos estudos sobre a saúde. Como a saúde não pode ser deduzida dos estudos sobre a doença. Mas há de haver lugar para ambas as lógicas de formação que se encontram no paradigma da atenção psicossocial. Preciso compreender a saúde e a doença, em processo e nas suas autonomias relativas. O que precisamos superar é, sobretudo, o totalitarismo objetivo do Positivismo. Em seis anos do meu Curso de Medicina, eu vi cinco casos de Psicose de Korsakoff. Nos meus 32 anos de médico eu vi apenas dois casos. No entanto a nossa Psicopatologia, exercida neste início de século XXI, continua filosoficamente fiel ao final do século XVIII. Observe-se

como as Leis de Broussais encarnam bem os postulados de Auguste Comte: estuda-se a saúde a partir da doença; cada doença tem sua constelação singular de sintomas, que não muda com os sujeitos; cada doença tem uma única causa ou agregado singular de causas associadas; cada doença tem um único tratamento. Daí deriva o vício de não considerar subjetividade, a história de vida das pessoas e a conformação do processo saúde/doença em cada indivíduo. Também daí deriva o vício de submeter todo vínculo às tecnologias duras de diagnóstico e tratamento. As tecnologias se superpõem, o crônico-degenerativo se instala, os processos autoimunes, psicossomáticos e somatopsíquicos predominam, mas o modelo de compreensão ainda é positivo biológico naturalista.

O conhecimento do território, o demográfico-sócio-econômico-cultural e o físico-geográfico, é fundamental para concebermos a acessibilidade e a hierarquização. Fortaleza é bem plana, um “tabuleiro de xadrez”, ao contrário do “labirinto de Creta” que é Salvador. Eu nunca consigo me orientar em Salvador, pois, ao pegar uma rua, pensando em voltar, arrisco-me a ir para paradoxais outros mundos, inclusive desabar em becos sem saída ou em despenhadeiros. Fortaleza não, ela é careta, quadrada, retinha, insuspeita. Fortaleza é muito previsível, não tem essa riqueza espantosa de sustos que caracteriza a vida urbana de Salvador. Do conhecimento do território deriva a construção do sistema e de suas hierarquias: uma coisa é pensar Fortaleza, outra é pensar Salvador; uma coisa é pensar Minas Gerais, outra é pensar o Amazonas. Se tomarmos o semiárido sertão central cearense como palco, tem-se o caso do CAPS de Quixadá, seu desenho, objetivos e funções.

No cenário descrito, quais as funções do CAPS de Quixadá, por exemplo, agora num esforço de sistematização didática: de supervisão e acompanhamento das ações de saúde mental, na atenção primária, junto ao pessoal do PSF; de retaguarda para as internações, em leitos ou unidades psiquiátricas no hospital geral; de articulação com o setor de educação, pois se todas as crianças estão na escola, a escola passa a ser lugar de determinação e de expressão de mal estares psicológico-psiquiátricos; de articulação com ação social, para as possibilidades de habilitação, reabilitação, inclusão e reinclusão; de ambulatório, para a assistência ao portador de transtornos mentais instalados; função de oficina terapêutica, prescrita para a assistência; de retaguarda para as oficinas de auto expressão, que devem ocorrer fora do espaço físico do CAPS, em circulação na comunidade; e de retaguarda para as oficinas de profissionalização, que devem ocorrer no espaço da ação social.

Vamos destacar a função de supervisão das ações de saúde mental na atenção primária. Na verdade, temos aqui uma miríade de possibilidades de trabalho. Há prescrição do que não pode: não pode dar “curso de psicopatologia”, não pode “dar curso de psiquiatria clínica”. Mas, diante das demandas da comunidade, urge inventar. A estratégia é pegar o povo com biodança, psicodrama, sociodrama, grupo operativo, grupo focal, manejos coletivos vários, tematizando promoção e educação em saúde, não doença ou sintoma. Não se deve ir à comunidade ensinar o que é uma esquizofrenia ou a melhor dosagem da melhor droga para tratá-la, vai-se à comunidade para lidar com autoestima, identidade, cidadania, liderança, história, valorização dos saberes populares. O que devemos provocar na comuni-

dade, junto com o pessoal do PSF, é a produção coletiva de significado sociopolítico. É a política, no sentido aristotélico do termo, não eleitoral, não partidária, não do Estado para o Povo, mas do Povo para o Estado.

Outro destaque é a questão das oficinas. A revista do Instituto de Psiquiatria-IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ publicou um trabalho nosso focado no debate sobre oficinas, de autoexpressão, terapêuticas, de habilitação. Elas não se definem pelo espaço físico, ações ou ferramentas, e sim pelos projetos, objetivos e relações dinâmicas, no cotidiano dos usos. Por isso, nenhuma fotografia revela a natureza de um projeto terapêutico, pois, em espaços físicos luxuosos e belos, podem se desenvolver relações alienadas, autoritárias, violentas. Não dá para compreender o que se passa apenas olhando psicólogo ou terapeuta ocupacional acompanhando cliente amassando argila, é preciso identificar o processo de construção dos significados, a atribuição de significados realizada por cada ator e suas interpretações.

Uma grande amiga, terapeuta ocupacional, trabalhando em serviço do qual fui supervisor, mostrou-me uma pilha de papel desenhado e disse: “olha como a gente trabalha muito”. Falei que a tarefa poderia ser imensa, cansativa, e assim mesmo ter sido inútil. Ela contestou: “você tá dizendo que eu não faço nada!?” Respondi: “não, você pode estar fazendo muito, mas pode não estar fazendo o que precisa ser feito”. Tirei uma folha daquela pilha, vi o desenho de um rosto de homem e, no meio dos olhos, um rasgão. Então, perguntei: “você sabe me dizer se esse rasgado existia no papel, foi acidente depois do desenho ou foi feito depois, de propósito, por quem desenhou?”. Ela respondeu: “ele

rasgou depois, de propósito". Eu: "você perguntou ao cliente quem ele pretendeu desenhar e por que rasgou?" Ela: "sim, ele disse que era o médico dele, mas, não me lembrei de perguntar o motivo". Eu: "você está me dizendo que o cliente tentou desenhar o psiquiatra dele, depois rasgou o rosto do psiquiatra dele e você nem perguntou por quê? Pelo menos informou ao médico?" Ela: "não!". Vejam vocês, o desenho foi feito, mas as consequências simbólicas, clínicas e terapêuticas não foram exploradas. Ficou a tarefa, mas não houve devolução para a equipe e para o próprio cliente. Não houve geração de conhecimento e produção de saúde dentro da equipe. Essa é uma questão fundamental para o CAPS, ele precisa gerar conhecimento e produzir significados, sujeitos, subjetividade e saúde.

Esse é o motivo de rede, pessoas, vínculos, sentidos, cuidados e informações. Insisti muito para esta oficina ser gravada, para que um texto possa ser construído e fique, materialmente, com as pessoas, para consultas, retornos, em vez apenas da memória auditiva de minha fala e da memória visual de minha imagem-desempenho. É preciso haver um substrato material para a continuidade histórica dos processos e também para entregar ao outro que não pode e/ou não quis vir: estava fazendo outra coisa que considerou mais importante, estava desinformado sobre a natureza da discussão, estava aborrecido e desencantado com as ações do poder público neste campo. Tem gente que vem para as reuniões por identificação com o tema, pelo *coffeebreak* ou para sair da rotina do próprio trabalho. É preciso encantar uns e outros, para uma mobilização concreta, sistemática e crítica.

Precisamos valorizar a tensão dialética entre a importância e a negligência, a complexidade e a complicação

da gestão pública, no Brasil. Não existe tarefa mais importante, numa democracia, do que a de gestor público. Porque o gestor público tem a tarefa de produzir o bem comum, articulando interesses contraditórios e pessoas, com necessidades, sentimentos e imaginação. Uma equipe, no campo da saúde mental coletiva, por exemplo, realiza arena de contradições interpessoais, intercorporativas, interteóricas: um psiquiatra de formação marxista se relaciona muito melhor com um psicólogo de formação marxista do que com um psiquiatra positivista, um psicólogo de formação marxista se relaciona muito melhor com um psiquiatra de formação marxista do que com um psicólogo de formação behaviorista. Entre nós, as teorias, as visões de mundo, são mais importantes do que as especificidades corporativas, mas todos estarão defendendo nossas características de personalidade e o nosso lugar no mercado de trabalho capitalista, para a garantia da sobrevivência narcísica e os trinta dinheiros da sobrevivência material. Todos vivem em eterna “crise de identidade”. “Qual é o meu papel?”, “O outro está invadindo minha reserva natural”. O gestor público no campo da saúde mental precisa articular ideias, ideais, cenários estratégicos e realidades concretas. Ele tem que ter uma grande tenacidade, uma grande capacidade pessoal de suportar frustração: as equipes são cada vez maiores, mais impessoais e mais submetidas a protocolos.

Se Salvador instalar 15 CAPS do tipo geral, irá precisar de 80 horas/psiquiatra, 120 horas/psicólogo, 120 horas/enfermeiro, 80 horas/assistente social, 80 horas/terapeuta ocupacional e aproximadamente 480 horas/auxiliares de saúde mental. E ainda pode ser necessário incorporar arte educador, psicopedagogo e educador físico. Haja possibi-

lidade de conflito. Considere-se que a formação dos profissionais não é adequada ao campo da saúde coletiva. Considere-se que muita gente procura o campo psi para fazerem as próprias terapias. Haja possibilidade de conflito. A relação com o transtorno mental é dura, a relação com o serviço público brasileiro é dura, a relação com o território é dura. Mas é por aí que produzimos, construindo consensos provisórios, fazendo o processo histórico avançar para o “adiante das coisas”, como bem escreveu Guimarães Rosa.

Espero estar sendo provocativo o suficiente para não entediá-los, irônico o suficiente para revelar o outro lado das coisas e técnico o suficiente para oferecer consistência e permanência ao que disse. Que minha ironia tenha sido capaz de produzir reflexão crítica, sobretudo que desperte para a profundidade da mudança que nos propomos realizar: clínica, organizacional, política e cultural. Um CAPS não pode ser apenas metástase do hospício. É dispositivo territorializado que tem a responsabilidade de fazer a coordenação da política de saúde mental do seu território. Ele articula e coordena as forças vivas que existem naquele território, as associações comunitárias, as lideranças populares que vão do cabo eleitoral de vereador ao Projeto Olodum, juntando no território tudo o que possa juntar para a finalidade de produzir cidadania e saúde. O principal desafio é liberar a criatividade para a clínica psicossocial, capaz de gerar autonomia, pela potência de informação e pela capacidade crítica do cliente. Se o seu projeto terapêutico está prendendo o cliente a você, alguma coisa estará profundamente errada. O cliente é parte integral das soluções e um CAPS é muito mais que uma clínica para atender psicóticos, em regime de hospital-dia. Aliás, um CAPS não

é um hospital-dia. O cliente não pode ser apenas um receptáculo das minhas intervenções, por melhores ou bem intencionadas que sejam.

Roda de Debate

PERGUNTA: Jackson, eu sou psiquiatra de um CAPS situado no bairro Boca do Rio. O nome do serviço honra a saúde mental na Bahia, pois Rosa Garcia foi a pessoa que convidou Franco Basaglia para visitar Salvador e lhe deu de presente um quadro que tinha sido feito por um paciente no antigo Hospital Juliano Moreira, quando ele tinha 1.500 internos e estava à beira de fechar. Basaglia admirou o quadro e ela o tirou da parede e lhe deu. Pois é, esse pedaço da Bahia foi pra Itália. As pessoas esquecem que a Bahia tem também uma tradição de questionamento do modelo asilar e de discussão de saúde mental. Hoje, nós estamos vivendo uma situação nova, pois fechamos os hospitais privados e estamos abrindo uma rede de CAPS, na capital e no interior. Assim vivemos muitas das coisas que você falou do Ceará. Sabe, temos também psiquiatra de desobriga: cinco cidades fazem um consórcio, contratam um psiquiatra a mil reais por dia para servir à região e ele fica itinerante, uma cidade por dia, atendendo 60-70 pessoas/dia, em cada cidade.

Como sou epidemiologista, tenho também o hábito dos números. A questão é o que é que nós estamos fazendo e o que é que nós podemos fazer. Você traz a questão do CAPS como um articulador de ações de atenção no território. Acho que não é isso que estamos fazendo. Mas, o problema é outro: 1- em Olinda, fizeram um estudo de

prevalência no qual ficou evidenciado que a ocorrência de transtornos mentais, de qualquer natureza ou gravidade, fica na faixa de 20% da população. 2- a UERJ pesquisou entre os que buscam atendimento frequente em unidade básica de saúde e identificou 56% de pessoas apresentando transtorno mental menor; e 3- um dia destes, chegou um aluno meu com uma estatística de um CAPS tipo 3, pela classificação do Ministério da Saúde, mostrando um grande volume de clientes que vai ao serviço para consulta ou troca de receita e o diagnóstico registrado é depressão leve ou moderada. A gente tem que tomar cuidado e começar a pensar como nos articular com PSF, para não corrermos o risco de termos que atender tudo o que eles detectam como problema de saúde mental. Se for assim, não daremos conta dos transtornos mentais graves e persistentes e vamos ficar inundados pelo PSF. O mesmo aluno me apaziguou ao mostrar que apenas 12% dos pacientes atendidos naquele CAPS foram encaminhados pelo PSF. Mas eu fico tentando dimensionar nosso atendimento entre os 20% na população geral, os 56% dos pacientes que estão sendo vistos pela equipe do PSF e esses apenas 12% que são transferidos para o CAPS.

Ou o PSF é supervisionado e se capacita para cuidar de gente com elementos de ansiedade ou depressão menor, ou não daremos conta dos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. Eu confesso que não tenho resposta para isso, embora eu perceba a nossa função de equipe matricial do PSF. Esses transtornos podem ter um carimbo de leves, mas não são tão leves assim, pois o que os estudos de novo mostram é que essas pessoas têm algum nível de incapacidade variável e geram muitos cus-

tos ao sistema de saúde. Então eu levo a questão para a dependência química, onde, no Reino Unido, já se sabe que cada libra investida na assistência, faz a totalidade do sistema de saúde economizar cinco libras. Olha, gente, a desassistência é muito cara: tem um ralo de dinheiro público aberto por aí. O investimento numa boa rede de saúde mental representa economia de escala para o sistema público de saúde.

Sei que há muito tempo o pessoal da Saúde Mental do município pensa em trazer você aqui, pela sua visão e pela sua prática tão críticas. Então, a gente precisa parabenizar pela ousadia, pela coragem de trazê-lo. Então, eu coloco para você uma pergunta que me foi formulada e eu não tenho resposta. As equipes de PSF são tão itinerantes, são tão de desobriga, quanto os psiquiatras sobre os quais você falou. Uma amiga tem dito: “Mas, profissional estável é o agente comunitário de saúde, ele é que é o profissional mais respeitado pela comunidade”. Como a gente deve fazer para dar estabilidade ao profissional de nível superior ou como investir na qualificação do ACS? O ACS precisa ter uma função mais estratégica na prevenção e na atenção do alcoolismo, por exemplo.

JACKSON: Veja bem, a primeira coisa que procurei demonstrar foi que a operacionalidade da reforma psiquiátrica só se tornou possível com a implantação do SUS, em 1992. Sem o SUS, a reforma psiquiátrica permaneceria no discurso. Os intelectuais baianos e os cearenses permaneceriam no discurso, no combate ideológico ao manicômio, sem a implantação de nada prático. Mesmo depois do SUS, a conjuntura histórica de cada estado vai condicionar o rumo e o ritmo da reforma psiquiátrica. O Ceará sempre foi

muito pobre, sua ocupação colonial é posterior 120 anos em relação à da Bahia. Penso que o espectro de Tomé de Souza, que ainda hoje perturba vocês, não teve equivalente no Ceará. Também é preciso compreender a diferença entre interior e capital.

Fortaleza somente agora começou sua reforma psiquiátrica, também só agora começou a implantação radical do SUS. Fortaleza fez concurso público para efetivar 600 médicos, 600 enfermeiros e 600 odontólogos. CAPS é dispositivo extra hospitalar, mas é secundário, complexo, envolve especialistas, e precisa, portanto, de atenção primária estruturada. A expansão do PSF tornou possível a instalação dos CAPS. Fortaleza criou uma Residência Médica em Saúde Comunitária e de Família, com quase 100 vagas/ano, além de estar implantando uma Residência Multiprofissional em Saúde. Os passos da nova formação precisam ser dados, simultaneamente. A Residência é de três anos, então quando a primeira turma se formar, teremos 300 médicos no sistema. Os primeiros 600 a serem formados serão os 600 já concursados. O MEC impede a participação de médico em residência multiprofissional, então criamos as duas, mas definimos 40% da grade de atividades em comum. A gente faz a revolução pela base, sem esperar o glorioso momento histórico de derrotarmos o MEC, por exemplo.

Outra política em desenvolvimento é a do Sistema Municipal Saúde-Escola, responsabilizando as universidades por territórios de educação continuada. Minha instituição, a Uece, ficou responsável pelas Secretarias Executivas Regionais IV e V de Fortaleza. A gente se compromete a realizar o campo de toda pesquisa de monografia de gra-

duação e de especialização, dissertação de mestrado e tese de doutorado nestes territórios. E nos tornamos referência para todos os serviços dos territórios, visando a formação em serviço, ênfase na política nacional de humanização da atenção e da gestão em saúde. A instalação do SUS, em Salvador, acontece tardiamente, diferença de 15 anos em relação ao Brasil, na situação social de extraordinária desigualdade social que caracteriza as zonas metropolitanas brasileiras, e, portanto, com extraordinária demanda reprimida em saúde, sem outra política social muito potente que faça companhia à de saúde. Vocês podem ser muito bons, mas a tarefa é ingente: enorme demanda reprimida e atraso social multissecular.

No campo da saúde mental, o desafio de vocês é muito maior que o nosso. Só pra terem uma ideia, o Ceará, no auge manicomial chegou a ter 14 hospitais psiquiátricos com 1.800 leitos no total, a mais velha das instituições sendo de 1896, a segunda de 1936, a terceira de 1962 e as demais da década de 1970. A máquina asilar baiana e soteropolitana é muito mais velha e maior. Uma vantagem histórica do Ceará é, portanto, o retardo da ocupação colonial. Outra vantagem é jamais termos sido ricos no passado, nada de pau-brasil, cana-de-açúcar, ouro, cacau. Nunca fomos tão dilapidados e não criamos uma poderosa oligarquia local. A escravidão foi pequena, pois era mais barato utilizar a mão de obra gratuita do fugido da seca do que manter um escravo. Também, quando o tráfico negreiro internacional foi proibido, fomos ativos no tráfico negreiro interno, vendendo nossos escravos para Minas Gerais. A compreensão da história nos ajuda a compreender o tamanho dos nossos desafios. Um dos problemas do trabalha-

dor do campo da saúde mental é permanecer apenas psi. Precisamos de História, Economia e Política, para o domínio qualificado de objeto complexo e fugidio.

A clínica liberal, focada no individual, restringe-se ao discurso da pessoa e perde o nexos do contexto e dos determinantes extra discurso. Corre o risco de virar delírio, com consistente coerência interna, mas delírio. As soluções passam pela articulação criativa com as potências históricas do cliente, do usuário individual, mas, sobretudo do grupo social. É preciso que o terapeuta fique junto de sua comunidade, construindo soluções que gerem criticidade e autonomia. Ele nem precisa tanto do terapeuta, mas ele fica prescrevendo retorno diário só para preencher APAC, submetendo o projeto terapêutico ao modo como o Ministério da Saúde financia procedimento.

Queremos dizer que existem, pelo menos, três paradigmas clínicos em Psiquiatria: o asilar-manicomial, o psiquiátrico-clássico e o da atenção psicossocial territorial. Na clínica da atenção psicossocial, a gente faz muito pouco protocolo, temos as rotinas necessárias à continuidade da gerência, mas a clínica é livre, criativa, reinventando-se a cada cliente e a cada situação-problema. Emergência/urgência precisa de muito protocolo, o ambulatório bem menos e a atenção primária, quase nada. Fico muito preocupado quando eu percebo as equipes se protegendo dos riscos, das demandas e das surpresas, tipo assim: “só atendo aqui se for homem, de 20 a 30 anos, psicótico e não feder”. Em outro serviço, então: “só se for mulher, de 50 a 60 anos, depressiva e usar perfume Natura”. Estou fazendo uma caricatura, mas estas exigências prévias, além de demonstrar o quão burocrático podemos ser, lembram a

constituição do hospital como um jardim botânico, para a exposição sistemática de espécies, na feliz expressão de Michel Foucault. Os abismos da burocratização e do asilo são vizinhos. São 50 drogas possíveis de gerar dependência química? Então, um CAPS para cada uma, por território e com equipe completa. A política pública, de base comunitária, focada no paradigma da atenção psicossocial, não pode se render ao positivismo técnico-científico ou à batalha por postos de trabalho das corporações. Um CAPS deve ser responsável pela política de saúde mental de um território e se responsabilizar, matricialmente, pela população do território. O território precisa ser compreendido como geografia, demografia, história e cultura, intrinsecamente. Recuso-me ao retorno do teto/por dia/por profissional: “marcar 20 pessoas/por psiquiatra/por expediente de quatro horas”.

Precisamos sair da posição passiva, no consultório, sentando na cadeira atrás do birô. Optar por mais técnicas grupais do que individuais. Optar por identificar evento sentinela e atuar preventivamente, em vez de esperar que a demanda, desordenada, se abata sobre o serviço e sobre você. Existe um arsenal de técnicas para dar conta de nossas escolhas. Que visão nós temos de rede, sistema, cuidado, pessoa, cidadania, subjetividade, política, direito, dever. Vamos ao supermercado das técnicas, nos formemos para seus usos e enfrentemos, com criatividade, nosso cotidiano. Com essa visão bem construída a gente vai buscar as ferramentas mais adequadas.

PERGUNTA: Você trouxe muitos questionamentos e eu começo retomando algumas falas. Tivemos, na semana passada, alguns debates por ocasião do dia da luta

antimanicomial. Ouvi muita gente falando muito parecido com você. É bom saber que, em Fortaleza, essa língua se expressa e você pode falar e ser ouvido no cotidiano da gestão pública. Aqui, essa língua, para se expressar, precisa de eventos, como o dia da luta antimanicomial, e neles fica restrito, insulado.

Bem, eu discordo um pouco de você quando diz que a formação de alguns profissionais que compõem hoje a equipe multiprofissional da área de saúde mental, como é o caso do enfermeiro, seja totalmente voltada pra o hospitalar. Penso que o enfermeiro e o assistente social, historicamente, sempre estiveram na atenção básica, embora dentro da concepção funcionalista, norte-americana, da história natural da doença. Em relação aos outros profissionais eu concordo com você, o psicólogo, o TO, eles não têm história na atenção básica.

Quero saber de você como está a organização estadual e municipal da política de saúde mental? Há um coordenador ou uma coordenação estadual/municipal? Na Bahia houve uma reformulação recente na qual deixa de existir uma coordenação estadual de saúde mental e passa a ter um colegiado. Penso que isto é bom, conforta saber que não é uma pessoa, mas um coletivo multiprofissional, com pessoas egressas da militância antimanicomial. Como é que está acontecendo isto em Fortaleza?

JACKSON: Olha, não vou poder aprofundar a história da Enfermagem, certo? Mas, conheço muitas histórias de todas as profissões da saúde. Em 1807, por exemplo, apenas 200 anos atrás, havia um único profissional da saúde, o médico, com três especialidades básicas, clínica, cirurgia e obstetrícia. Hoje, temos 14 profissões que são da saúde,

por formação, legalmente reconhecidas. E só a Medicina tem 67 especialidades aceitas pelo Conselho Federal. A Enfermagem reproduz grande parte destas especialidades médicas. Tem Nefrologia na Medicina? Também tem Enfermagem em Nefrologia. Tem Cardiologia na Medicina? Também tem Enfermagem em Cardiologia. As outras 12 profissões têm suas especialidades. Além das profissões por formação, existem mais de duas dezenas de profissões da saúde, por atuação.

O Serviço Social e a Psicologia são profissões da saúde por atuação. São formações fundamentalmente humanísticas e sociais, com grande base filosófica. O primeiro psicólogo a atuar num hospital psiquiátrico foi o Jean Olivier Majastre, em um hospital de Lyon, França, em 1956. Esta história, do Serviço Social, até bem pouco tempo basicamente assistencialista, e da Psicologia, até bem pouco tempo clínica e organizacional, é muito pequena, portanto. Na verdade, é muito pouco tempo de exposição da profissão às áreas institucionais e às missões próprias do campo da saúde pública. Isto inclui a Enfermagem, embora, hoje, tenha pertinência na saúde pública, sua história, até os anos 1950, é fundamentalmente hospitalar. A matriz curricular da Enfermagem, hoje, inclui disciplinas de planejamento e gestão que não existem na da Medicina. Mesmo quando a Enfermagem começa a atuar na saúde pública, não foi na atenção básica, foi na secundária e nos programas verticais. Programa de Tuberculose, de Hanseníase, Materno-Infantil etc.

O que é que Fortaleza está fazendo? Primeiramente, não ganhamos apenas voz, mas ganhamos uma práxis, devido ao empoderamento negociado com a administração

municipal, Aliás, a mesma coisa que aconteceu em Quixadá e em Sobral. Em Quixadá, a coordenação do CAPS assumiu a coordenação da política municipal de saúde, para as articulações com a Educação, a Ação Social, o Hospital Geral Regional e o PSF. Em Sobral, dada a complexidade da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM, foi criada uma coordenação municipal de saúde mental que trabalha as articulações internas à rede e externas que se fizerem necessárias. O Ceará tem, na Secretaria Estadual de Saúde, uma coordenação de saúde mental. Fortaleza, considerando o momento heroico de implantação, criou um colegiado multiprofissional de gestão. Mas toda a lógica da atual gestão municipal é baseada na roda de gestão.

Se a base trabalha em equipe multiprofissional, sob lógica interdisciplinar, a gestão também deve fazê-lo. A dialética gestão/atenção deve atuar na mesma lógica, senão disfunções, dissonâncias, esquizos vão acontecer. Um CAPS é equipamento complexo, com especialistas, que compõe sistemas e redes, quanto mais complexas quanto forem complexas as situações demográfico-sociais, portanto não pode ser incluída na atenção básica, como inicialmente foi estabelecido em Fortaleza, por mera questão de oportunidade da responsável pela atenção básica ser uma psiquiatra, com histórico de compromisso. Agora, depois de 14 equipamentos instalados, girando cada vez mais o processo de construção de uma política municipal de saúde mental em Fortaleza, considerando também a cultura política geral que se quer instalar no campo da saúde, foi constituído o coletivo multiprofissional que já falei. Uma solução criativa, ótima, avançada. Mas um avanço assim só acontece quando há maturidade institucionalmen-

te acumulada. Muitas vezes, no início das coisas, precisamos de um empreendedor, gente com tenacidade, grande capacidade de suportar pressão e frustrações, para dar início aos movimentos. Aquele que, como pensa Ezra Pound, funciona como antena da raça, capaz de quebrar pau e pedra e terraplanar terrenos. A partir daí, como disse Lênin, surgem os companheiros da viagem de trem: tem aqueles que pegam o trem em Moscou e vão até Petersburgo, outros saem de Moscou e apeiam no caminho, ainda outros pegam o trem no caminho e chegam a Petersburgo, e, por fim, os que pegam e apeiam do trem no meio do caminho. Há uma tensa e complexa relação dialética entre maturidade do grupo e formas de organização. Portanto, não posso prescrever formas organizacionais para Salvador. As formas de organização são construídas pelo dinamismo histórico das forças locais.

Tentemos voar livres das urgências do cotidiano, livres das densas concretudes do presente que podem funcionar como peso de chumbo em nossos pés. Levitemos um pouco na direção de cenários estratégicos e nós teremos a visão do caminho a percorrer e do lugar para onde desejamos ir. Colocar o CAPS onde é possível, mas sabendo que a solução definitiva obrigará a um equacionamento do território para garantir acessibilidade, negociando condições e pactuando com a comunidade. Sei que em Salvador os problemas fundiários são muito grandes. Uma proporção enorme dos terrenos da cidade não tem título de propriedade e o poder público não pode comprar ou alugar imóvel não regulado. O lugar pode ser maravilhoso, mas o poder público não conseguirá adquiri-lo.

Fortaleza não tem essa natureza de problema, mas tem outras. A Prefeitura de Fortaleza, no passado, realizou uma reforma organizacional de território e criou seis Secretarias Executivas Regionais. O Coordenador do Distrito Sanitário de cada Secretaria está vinculado, como cargo de confiança, ao Secretário Regional, não ao Secretário Municipal de Saúde, e a lógica de preenchimento dos cargos de Secretário Regional obedece muito mais às necessidades de apoio da base de vereadores, na Câmara Municipal, do que a uma racionalidade técnica ou ao compromisso com a saúde pública, propriamente dita. Uma Secretaria Regional constitui um recorte que articula critério geográfico genérico (mais ou menos 1/6 do município) com critério demográfico genérico (mais ou menos 1/6 da população da cidade). Portanto, este aglomerado de mais ou menos 350 mil pessoas, habitando uma mesma porção de terra não constitui uma comunidade. Então, vejamos: a Prefeita é progressista, tem apoio histórico de movimentos sociais, escolhe um Secretário de Saúde progressista, também com apoio de movimentos sociais e larga experiência em políticas públicas críticas de saúde, mas os territórios são inorgânicos, desesperados pela favelização e pelas carências de curto prazo, representados politicamente por um aglomerado de interesses que negocia, às vezes muito fisiologicamente, na base da governabilidade da Prefeita no Legislativo Municipal.

Cada lugar tem seus problemas e deverá ter suas soluções. Sempre é possível haver solução que faça avançar o processo e solução que o faça recuar. Eu não estou propondo que os coordenadores sejam cargo de confiança do secretário municipal. Eu estou dizendo que isso é um

problema para manejo do equilíbrio local de forças. Em Fortaleza, o Secretário Municipal de Saúde está fazendo o sistema girar muito mais, radicalizando o processo democrático, com a criação do sistema municipal saúde-escola, colocando as universidades no circuito, responsáveis matriciais por territórios de saúde. As universidades passam a atuar nas Regionais, em contradição ou não com os poderes locais constituídos.

Como forma de contrabalançar as tendências centralizadoras, burocráticas e autoritárias frequentes no poder público brasileiro, a radicalização democrática indica a necessidade de fazer avançar o controle social, na direção da democracia participativa. Nós temos a democracia representativa, que é aquela na qual se elege vereador, deputado, prefeito, e que, facilmente, pode se transformar em democracia delegativa: o eleitor dá um cheque em branco para um político, e nem cobra nada. No SUS, temos desenvolvido a democracia participativa, por meio de controle social paritário. No Brasil, nas condições históricas de maturidade do Estado brasileiro, é possível ela se transformar em democracia corporativa: atuação de segmentos sociais em defesa de interesses específicos, próprios, em vez do interesse comum, pactuado. Nesse sentido, o pessoal que necessita de cadeira de rodas elege uma pessoa dentro do conselho municipal para lutar somente pelos cadeirantes, por exemplo. Os representantes dos usuários e os dos trabalhadores, nos conselhos, podem aderir à base de algum vereador ou do prefeito, havendo o que já se convencionou chamar de prefeiturização.

Recentemente, eu orientei uma dissertação de mestrado, na Uece, que comparou o funcionamento de dois

conselhos municipais de saúde, um na região de Sobral, Ceará, e outro na região de Jequié, Bahia. Encontramos, nos dois casos, o Secretário de Saúde presidindo o conselho e outros indicadores de submissão do conselho ao executivo municipal. O mais interessante foi o que encontramos na Bahia: o Prefeito se candidatou, e ganhou, na cota de representação dos usuários. O grande desafio político brasileiro é aperfeiçoar nossa democracia representativa e nossa democracia participativa.

PERGUNTA: Aqui, na Bahia, a gente tem, pelo menos, dez anos de atraso em relação à reforma sanitária. Daí ficar evidente nossa defasagem em relação à reforma psiquiátrica. Essa discussão que vocês fazem, com 1/3 dos municípios do Ceará tendo CAPS, com menos de 1.000 leitos psiquiátricos em hospitais especializados para o estado inteiro, além dessa discussão sobre descentralização e coordenação grupal, a gente está há cem anos luz de atraso nessa questão. Sou coordenadora de um CAPS e a grande dificuldade percebida é a centralização. Os próprios distritos sanitários não têm tido vez e nem voz.

JACKSON: Este é, realmente, um problema brasileiro. Eu chamo o Estado brasileiro de burocrático-autoritário, independentemente das forças políticas, mais ou menos progressistas que o estejam dirigindo a cada momento. Mas, quero acrescentar que, lá no Ceará, não temos mais usado a expressão reforma psiquiátrica, porque o processo de reforma de algum modo já aconteceu e o que nós estamos fazendo hoje é, na prática, uma política pública de saúde mental. Passamos do período da luta ideológica contra o asilo, para o período de construção de alternativas a um sistema que permanecia duro, e, finalmente, estamos

no período de implantação de um modelo substitutivo, realmente superativo, por meio de política pública de saúde mental, que busca praticar o paradigma da atenção psicossocial territorial.

Mas, precisamos repactuar nossa lógica de trabalho. Esperávamos que todos os presentes no período da manhã, também viessem à tarde, daí a lógica de discussão de grupos. A ideia era, pela manhã, concentrarmos momentos mais expositivos, nivelando informações e ajustando histórias e conceitos. Então, pela tarde, problemataríamos a realidade local. Mas, pelo menos metade do grupo da tarde é composta por gente nova. O melhor é continuarmos o debate da manhã, focando algumas situações-eixo, com perguntas e respostas fluindo no geral.

PERGUNTA: Prof. Jackson, houve uma colocação sua que me intrigou bastante. Tenho discutido no CAPS onde trabalho as questões de critério de atendimento, território de trabalho e território de residência. Penso que não podemos focar só no atendimento aos residentes, pois eles trabalham em outro lugar e só estão na residência nas noites e fins de semana, quando nós não estamos funcionando. Como devemos encaminhar esta questão do território de atendimento?

JACKSON: Bom, gente, território é um conceito estático, basicamente geográfico e demográfico: certo número de pessoas vivendo em um determinado espaço. Precisamos pensar a territorialização, território histórico, construído, vivo. O primeiro elemento da territorialização é geográfico, evidentemente, para pensar tamanho, estradas, rios, montanhas, obstáculos físicos, natureza rural ou urbana, deserto ou floresta, litoral ou sertão etc. Às vezes, um lugar

é bem próximo de outro, olhando no mapa político, mas tem um vale ou uma montanha no meio. O segundo elemento da territorialização é o demográfico, evidentemente, para pensar dispersão ou concentração populacional, predomínio de crianças ou velhos, homens ou mulheres, negros ou brancos etc.

Vamos comparar São Paulo com o Pará. Se considerarmos os aspectos demográficos, para PSF, com uma equipe para mil famílias, em São Paulo isto vai representar um bairro pequeno e vertical da capital; mas, no Pará, isto vai representar uma vastidão de matas e igarapés, com um dia de canoa entre uma família e outra. Então, chega a hora de agregarmos um terceiro elemento: a dimensão histórica e cultural, os sentidos de pertencimento e identidade, como a de um lugar que se tornou só trabalho e outro que se tornou só dormitório, por exemplo. Se o lugar é só de trabalho, cheio de empresas, não residencial, é o trabalho que deve estabelecer a inserção, ou então, nos lugares-dormitório, os serviços de saúde precisam funcionar à noite e nos fins de semana.

Nos fins de semana, nos bairros ou cidades dormitórios, os homens se enchem de álcool. Isto cria problemas específicos para os serviços de saúde, que precisam compreender seu território e se antecipar às demandas. Eu não posso recusar uma pessoa que não tem outro lugar para ser atendida, apenas porque ela não mora aqui, embora trabalhe aqui. Seria desprezar o território vivo e, mais uma vez, prejudicar os trabalhadores homens. Na história da saúde pública a gente sabe que quem mais estabelece vínculo com os serviços de saúde, em matéria de gênero, é o feminino.

Você considera primeiro a geografia, depois a demografia (sexo, faixa etária), em seguida a economia (trabalho, propriedade, geração de riqueza), por fim, história, organização social e cultura. Pensemos na questão de gênero: as mulheres fazem muito mais uso dos serviços de saúde. Por quê? Primeiro, porque as mulheres têm uma história fisiológica muito mais marcada do que a masculina. A mulher tem menarca, menstruação, menopausa, climatério, reposição hormonal, gravidez, puerpério, aleitamento, e tudo isso vem sendo apropriado pelo sistema de saúde, a partir do fim do século XIX. Os homens, na maioria das vezes, nem se dão conta de suas alterações hormonais e não sabem da andropausa, da necessidade de reposição hormonal. Além disso, as mulheres, historicamente mais localizadas na vida doméstica, apresentam disponibilidade de tempo para ir ao posto de saúde. Com o homem, nem há disponibilidade, pois o funcionamento do posto de saúde disputa horário com os trabalhos e empregos.

A Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza está implantando o atendimento noturno, para oferecer acesso ao homem trabalhador e à mulher trabalhadora. Se os horários disputam, fica aquela guerrilha com os patrões: o trabalhador precisa faltar ao trabalho, pedir licença e é colocado sob suspeição de estar simulando. Portanto, é preciso que o serviço público compreenda a lógica do trabalho, de como as pessoas se ocupam nas cidades e como sobrevivem ativamente, e se organize no sentido deste acesso pleno à cidadania. Assim, tem que haver uma grande abertura do conceito de território, não mais o território das residências, no mais das vezes dormitórios. Também é preciso sair da burocracia: se morar depois daquela árvore ou do outro lado daquela rua eu não atendo mais.

É claro que o PSF precisava começar de algum critério, e articulou baseando-se na demografia, com uma equipe para 1.200 famílias. Supondo que a família média brasileira tem cinco pessoas, uma equipe de PSF deve ser responsável por mais ou menos 6.000 pessoas. Este critério pode ser útil no Ceará, mas não na imensidão amazônica. Considerando toda a diversidade física brasileira já teríamos que articular, no mínimo, o demográfico com o geográfico. Agora, dez anos depois de instalado e incorporando seu sucesso epidemiológico, precisamos pensar o território de modo mais complexo e mais vivido. Para pensar comunitariamente, na perspectiva da saúde coletiva, há que focar a questão da acessibilidade universal dos cidadãos. Se eu tenho atendimento noturno, então posso estabelecer o básico do território a partir da residência. Mas, se não tenho este atendimento, não posso pensar a residência de modo burocrático, tem que pensar o território do trabalho.

É preciso um território vivo, que compreenda as condições de produção das condições de existência das pessoas e se abra para o acolhimento. A palavra-chave é acesso universal, pelo lado do planejamento, e acolhimento, pelo lado da clínica. Eu tenho que acolher, mesmo que eu não possa atender, porque, depois do atendimento, é para o PSF que o cidadão voltará, afim de acompanhamento. Portanto, todo serviço precisa ter informações sobre a cidade inteira: "olhe, posso lhe ouvir e lhe ajudar um pouco, mas você precisa procurar o serviço tal que é perto de sua casa, e/ou o serviço tal que é perto de seu trabalho, e/ou o serviço tal que tem a especialidade x". Neste acolhimento há educação em saúde, uma pedagogia do modo de or-

ganização do SUS. As hierarquias do SUS, esta lógica de primário, secundário, terciário, das referências e contrarreferências, das diferentes naturezas de complexidade, nada disto é espontâneo, empírico, autoexplicativo. Há transmissão da informação, explicação com convencimento e apreensão crítica da rede.

Seria muito bom que todos os serviços de saúde da cidade tivessem um mapa da cidade com a marcação dos territórios e das referências de atenção e assistência. Devo acolher e indicar os caminhos ou me recusar, despachando o usuário como quem se livra de um fardo? Livrar-se pode ser muito cômodo, na perspectiva do trabalhador alienado, mas não é saudável, criativo, inteligente, republicano, cidadão. O trabalhador alienado vive calculando a relação salário/carga horária e inventando um território retrátil, o território que eu possa atender. Quem entra no círculo é pelo menos atendido, embora de modo burocrático. E quem não entra no círculo vira desassistido, sobranete. Somos trabalhadores cidadãos, terapeutas e educadores, comprometidos com uma política pública, responsáveis por uma comunidade de cuidados.

Ontem, na entrada da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, vi um cartaz do Ministério da Saúde dizendo o seguinte “isto é mais que um dever, é um direito”. Enquanto nós tivermos uma democracia que não faça equivaler direitos e deveres, estamos “fritos”. Direito não é nem menos, nem mais importante que dever. Há uma tensão, permanentemente construída, dialética entre direito e dever. Há deveres e direitos do cidadão e tudo precisa ser negociado. Até as religiões limitam bem o livre arbítrio, pois, a partir de certas naturezas de escolha, advêm as punições.

Quando você trabalha em sistema de saúde pública, universal e uniformemente bom, não haveria nem necessidade de escolha por proximidade ou qualidade, a escolha seria por afinidade. Agora, quando a desigualdade é a norma, tem “servicinho porqueira” e tem “serviço vitrine”, então a população vai perceber, e, como é inteligente, vai se deslocar, vai procurar os melhores, mesmo que precisem driblar a racionalidade do território, sobretudo “alugando” endereços. A população contrarreege, atua na contramão do que o poder público está estruturando, e vai atrás do que ouviu falar ser melhor. O bom serviço isolado dura pouco, pois sucumbe ao tsunami da demanda desorganizada.

A questão não pode ser caracterizada na órbita do direito burguês da livre escolha de serviço ou terapeuta. Este direito precisa ser relativizado, primeiro porque direitos precisam ser equilibrados com deveres, segundo porque o que se precisa garantir, na verdade, é a boa qualidade do sistema. Se todos os serviços são bons, não precisarei sair de meu território. Não estamos, aqui, observando a lógica da concentração de escala, em alguns serviços e lugares, que caracteriza o desempenho do mercado. Todos os serviços do território são para o cidadão: rico ou pobre, homem ou mulher, jovem ou idoso, negro ou branco. Se a lógica é a da cidadania, se há dialética entre direito e dever, se a qualidade é boa, deixa de ser necessário escolher, ir atrás.

PERGUNTA: Mas eu não posso, ao mesmo tempo, prestar assistência, fazer promoção de saúde e fazer educação em saúde. Isso é impossível.

JACKSON: Veja bem, é possível focar um sistema ou um programa ou um serviço em qualquer destas três dimensões, especializando-os. Mas, no fundo, eles são simul-

tâneos. Quando eu assisto, deve ser na perspectiva da autonomia, então faço promoção de saúde, cuja principal ferramenta é a educação em saúde. Todo trabalhador de saúde é um educador em saúde. O modo como atendo cria uma percepção, uma representação, uma visão do mundo e do fenômeno. Há, portanto, uma pedagogia não explicitada.

Um pesquisador francês, Luc Boltanski, tem um livro chamado *As Classes Sociais e o Corpo* e, nele, há um exemplo fantástico do que quero falar: uma mulher, na faixa dos seus 45 anos de idade, que chega a um médico e começa a falar de inquietações, ansiedades, irritabilidades, insônias, dores de cabeça, calores. O médico, intrapsiquicamente, sem comunicar nada à mulher, elabora três hipóteses: transtorno de ansiedade, síndrome da menopausa, hipertensão arterial. Então, começa a proceder ao diagnóstico diferencial, ainda sem nada comunicar. Ao atendente de enfermagem ele pede: “olhe, meça a PA!” A expressão PA, de Pressão Arterial, já faz parte do tecnoleto de domínio pública, mas continua tecnoleto. O atendente usa seus equipamentos e comunica, também em tecnoleto, ao médico: “14 por 8”. O médico raciocina rápido, conclui não ser hipertensão e faz a primeira pergunta: “A sua menstruação ainda está vindo, de modo normal?” A mulher afirma que sim, inclusive demonstra que a idade média de menopausa em sua família é muito alta. O médico, tendo excluído hipertensão arterial e síndrome da menopausa, deduz ser transtorno ansioso e não comunica o processo, mas o resultado: “a senhora não tem nada, é só nervoso, mas tome este remédio, um comprimido de 10mg à noite e volte aqui com um mês”.

Luc Boltansky mostra os vários equívocos e erros desta cena: 1- o raciocínio meramente dedutivo entre três hipóteses clínicas; 2- a identificação entre menopausa e climatério, pois a síndrome do climatério pode estar atuando muito antes, às vezes 10 anos antes da parada menstrual que é a menopausa; 3- o reconhecimento de ausência de transtorno biológico como sendo “nada”; 4- afirmar que é “nada”, mas prescrever medicação, evidentemente um tranquilizante; 5- o diagnóstico de um transtorno ansioso remeteria para a construção mais profunda de uma história de vida e o encaminhamento para psicoterapia, e não para a prescrição de ansiolítico; e 6- mas “nervoso” não é exatamente um transtorno, nem é passível de medicalização.

Alguma coisa ela tem, está sofrendo, preocupada, querendo saber, procurou ajuda, e a resposta é: “não tem nada”. Mas o doutor disse e prescreveu, então ela adquire o medicamento e o toma, como prescrito. O eventual efeito benéfico que o ansiolítico possa proporcionar se esvai com o passar do tempo e com a permanência dos problemas de base do sintoma. Então, por conta própria, aumenta a dose para obter o efeito anterior. Assim, 30 dias depois ela volta ao médico e se vinga: “Doutor, esse seu remédio não serviu para nada. O senhor poderia, por favor, medir minha pressão nervosa?”. Temos aí o retorno vingativo do “nada”, acrescido de um detalhe interessante: Porque ele fez a mensuração de pressão arterial, sem comunicar o processo, o fazendo apenas em relação ao resultado de “é só nervoso”, a mulher entendeu que fora medida a “pressão nervosa”. Todo ato de um trabalhador da saúde é educativo, para o bem ou para o mal. Educa-se por esclarecimento ou por omissão. Como o ser humano precisa produzir sig-

nificados, ele constrói alguns na ausência do esclarecimento, deduzindo um conhecimento a partir dos gestos, atos e omissões do trabalhador da saúde. O ser humano precisa construir significados, senão desaba no vazio. A experiência sem sentido se expressa pelos sintomas, pela fabulação de sentidos.

A história da Psiquiatria mostra muito bem estes deslizamentos conceituais entre um momento histórico e outro, entre vanguarda técnica e senso comum. Para os gregos, os transtornos mentais eram Paranoias, caracterizadas pela possessão pelos deuses, o quadro variando de acordo com o deus que estivesse possuindo. Para os romanos, o processo ficou complexo, pois, para sua compreensão, era necessária a articulação de três grandes campos: os deuses, os humores (características dos indivíduos) e os miasmas (características do meio ambiente). Por toda a Idade Média ocidental, até o século XVII, a expressão era Loucura, caracterizada pela possessão demoníaca, terapêutica da fogueira, e continuou sendo chamada assim, mesmo quando foram desdobradas as categorias Loucura, Mau Olhado e Possessão, inventando-se, para os primeiros, as naus dos insensatos. A invenção de uma categoria própria e de uma instituição própria, o asilo, simultâneo com urbanização, desenvolvimento tecnológico e evolução do modo de produção capitalista, fazem surgir a categoria Alienação, uma prototerapia moral, e a era do grande Isolamento, nas sábias palavras de Michel Foucault. Alienação, aqui, se distingue daquela palavra usada pelo Direito Romano, ou pela Filosofia de Hegel, ou pela Economia Política de Marx. A partir da segunda metade do século XIX até os anos 30, do século XX, o nome Psicopatia passa a designar a Paranóia grega, a

Loucura medieval, a Alienação iluminista, pois o fenômeno passou a ser incorporado, totalmente, à dimensão do saber e do cuidado médico. A Psicopatia, segundo a hipótese causal dominante, ao gosto do Positivismo médico, passa do modelo da sífilis (tudo seria derivado da sífilis, o quadro variando de acordo com o volume da agressão microbiana e dos sítios cerebrais mais afetados) para o modelo neurológico, neuroelétrico, derivado da epilepsia. Até que se instala a expressão Doença Mental, com seus antecedentes e desdobramentos complexos. Mas eu mesmo, que concluí Medicina em 1975, ainda acompanhei colegas mais velhos prescrevendo antiepiléptico para tratar psicose.

Quando a população fica em dúvida se vai ao psiquiatra ou ao pai de santo, ou quando chega ao psiquiatra e diz que quer fazer um eletroencefalograma, ela está ecoando o que aprendeu ao longo da história e sedimentou na tradição cultural, na memória transmitida oralmente, nas convicções apoiadas pelas várias práticas religiosas. Quando a gente quer acolher psicodinamicamente, em grupo, e a população quer droga, para consumo individual e solução rápida, *fast food*, extirpadora de sintoma, quem é responsável por isso? Nós, que praticamos esta educação em saúde por meio de nossa prática anterior. Mas, ao invés da gente reconhecer a responsabilidade histórica, a gente aponta o dedo acusador na direção da “ignorância do povo”.

O Brasil tem mais de 40 milhões de pobres. Nossa moeda evoluiu de cruzeiro, para cruzado, em seguida cruzeiro novo, cruzeiro de novo, merreca, miragem e real. Esta população, cheia de urgências imediatas e objetivas de sobrevivência, sem casa, sem renda, sem saúde e sem

escolaridade, passa a sobreviver de programas sociais e de benefícios derivados do papel de doente e/ou de políticas compensatórias. Na década de 1970, em Fortaleza, era muito comum médico perito da previdência ser agredido, até com faca, pela suposição de ter negado licença-saúde. Temos um exemplo da guerra civil não declarada, da guerrilha cotidiana dos miseráveis pela sobrevivência.

Como eu posso apoiar meu cliente sem me tornar vítima como ele e sem acrescentar mais elementos ao seu processo de degradação? Como estabelecer um vínculo compreensivo e solidário, simultaneamente ético, político e técnico competente? Vou contar uma historinha:

Uma cliente vinha gritando, berrando, chorando, pelo corredor da emergência psiquiátrica. Pelo som, pela confusão, pareceria pessoa muito forte. Qual nada, era bem magrinha, bem baixinha, tudo nela era a voz potente e os grandes olhos desesperados. Ao sentar na cadeira foi logo dizendo: “o pessoal da perícia me deu alta, doutor, eles dizem que o senhor só dá atestado fraco, o senhor me dá atestado e eles não respeitam o senhor.” A minha ética é a ética do cuidado e da aliança com o cliente, tentando resgatar nele o protagonismo e a autonomia. Que sociedade perversa é esta que exige, para sua sobrevivência, que você desespere e desenvolva papel de doente mental, ao final perdendo o controle do processo e desenvolva, realmente, a doença mental? Concedi o “atestado forte” e negocie com ela que, o período de licença que tivesse fosse usado para rever a vida, vir semanalmente falar comigo, e encontrar outros modos de sobreviver. Um dia ela chegou muito durona, falando grosso, e disse: “Doutor, sabe de uma coisa? Cansei de ser louca. Eu consegui agora um

ano de licença. Vou visitar minha família no interior, tem um negócio lá de um primo meu, quando eu me ajeitar eu volto para a perícia e peço alta". Dez meses depois ela aparece, novamente desesperada: "Doutor, segui direito nosso trato, consegui trabalho, estava cheia de planos, voltei para a perícia e disse ao perito que eu tinha cansado de ser louca e que queria o fim de minha licença, pois não é que ele me deu três anos, doutor!". Quando ela chegava dizendo "estou louca", o perito a reconhecia como uma simuladora. Quando ela chega dizendo "cansei de ser louca" ele, a reconhece como louca. As armadilhas do preconceito dos técnicos contra os clientes, sobretudo pobres, são cruéis, deseducam e desesperançam. Como a população pode desenvolver boas práticas de autocuidado, de promoção de saúde, de conhecimento sobre o corpo e o processo saúde/doença, se praticamos isto? Depois de uma fila de espera de três meses para uma consulta ambulatorial, ele aprende que só a experiência do caso grave tem socorro imediato nos serviços de urgência/emergência e nos pronto-atendimento.

Se você vai para um CAPS, serviço pretensamente de vanguarda, previsto nos dispositivos extra-hospitalares da reforma psiquiátrica, e recebe ficha para dali a quatro meses, então você acha que só vão cuidar de você quando piorar, surtar, for para emergência e para hospital. Como o CAPS vai ganhar a guerrilha de modelos de cuidado, no enfrentamento com a droga e o hospício? Temos a responsabilidade histórica de desatar este nó.

Se não mudar a prática do cuidado, não adianta mudar o nome. Nos anos 1970, no Brasil, os hospícios privados mantiveram suas práticas e mudaram de nome, para Casa

de Repouso. E daí? Os espanhóis do século XVIII diziam que médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe. Repito o mesmo para todas as outras profissões: enfermeiro que só sabe Enfermagem, nem Enfermagem sabe; psicólogo que só sabe Psicologia, nem Psicologia sabe etc etc etc. Estamos desafiados a compreender Política, Economia, Sociologia, Antropologia, Filosofia para superarmos a fase das “revoluções nominais”.

PERGUNTA: Jackson, eu estou muito satisfeita, é muito bom ouvir você falar essas coisas todas, é uma renovação para a gente, aqui, neste momento. Mesmo que estejamos engessados pela questão financeira de nossos salários, que estejamos engessados pelo medo que o “Carlismo” nos deixou por tanto tempo, é preciso compreender que estamos num outro tempo, precisamos resignificar algumas coisas e eu encontrei na sua fala muitas respostas para as coisas que a gente está tentando praticar, hoje. Então, eu quero perguntar o seguinte, como é que está a experiência de vocês em relação às oficinas de geração de renda?

JACKSON: O primeiro desafio é o do que seja trabalho, tanto na dimensão ontogênica, da produção da identidade humana; na dimensão da práxis relacional com objetos, mediadora daquilo que não conseguimos perceber em nós mesmos; quanto na dimensão de bens para um mercado. Neste caso, todas as psicoterapias dinâmicas e as terapias para psicose, sobretudo as infantis, postulam a ideia do objeto relacional. É evidente que fazer coisas, bordados, pinturas, esculturas, cestos, armários, isto é, produzir materialidades, permite projeção da subjetividade, permite a projeção de um plano mental. Posso não ter consciência do plano, mas os concebi, realizei algo profundamente hu-

mano. O que caracteriza qualquer trabalho como atividade específica da humanidade, é a ocorrência do plano, a fantasia prévia do resultado e a projeção do humano num objeto intermediário entre o si mesmo e o si mesmo.

Mas, vejamos a questão de um modo mais didático. Pensamos três naturezas de oficina: autoexpressiva, terapêutica e de habilitação social. Franco Basaglia nos ensina que o ser humano é uma indústria de transformar subjetividade em objetividade e de transformar objetividade em subjetividade. A experiência de ver um pôr-do-sol ou de assistir ao nascimento de um neto (objetividade) transforma-se em sentimentos, ideias e valores (subjetividade) que, por sua vez, transforma-se em uma narrativa oral, um poema, uma decisão de poupar mais dinheiro (objetividade) e assim por diante. Então, grande parte daquilo que se faz numa oficina é inespecífico, genérico, voltado para as intertransformações objetividade/subjetividade/objetividade, garantindo a expressividade humana.

É muito bom pintar, ouvir música, manufaturar um cesto, porque é bom para qualquer ser humano, é exercício criativo necessário à saúde mental. Se não posso me expressar, se não posso declarar opinião, se vivo em situação carregada de ritos obsessivos e de preconceitos, se vivo em situação antidemocrática e preciso calcular tudo o que digo, pois posso perder emprego ou ser perseguido, então sofro muito, interrompo-me, frustro-me, fracasso. Ouvir música é bom para um portador de transtorno mental porque é bom para qualquer ser humano. As atividades autoexpressivas são não estruturadas, não direcionadas, não prescritas, oferece-se um substrato (madeira, barro, papel etc), uma ferramenta (caneta, pincel, espátula etc) e esti-

mula-se a criatividade. Não precisa ocorrer no CAPS, mas o CAPS pode inscrever seus clientes em tudo o que aconteça na cidade. Pode alcançar objetivo terapêutico e objetivo de habilitação social, na perspectiva de emprego e renda, mas de modo secundário. Alguns clientes do CAPS Quixadá começaram a cantar e, mais tarde, tornaram-se artistas locais, com agenda de shows e lançamento de CD.

O que vai diferenciar se a ação de amassar barro, pintar ou cantar será auto expressiva, terapêutica ou de habilitação social, é o objetivo e o momento, não é a natureza da tarefa. Se há uma indicação específica, uma prescrição, uma hipótese a ser testada de relação entre certo comportamento alterado e sua modelagem a partir de uma tarefa, então estaremos no campo da oficina terapêutica, com profissional específico supervisionando, e o lugar é o CAPS. O cuidado sensível é o da interpretação.

Conta-se que, no Engenho de Dentro, informaram à Dra. Nise da Silveira, que um cliente apresentava piora do quadro, provavelmente em risco de suicídio, pois só estava pintando com tinta preta. E Nise, no pleno uso do bom senso, foi ao cliente e perguntou: “meu filho, porque você só está pintando com tinta preta?” E ele respondeu: “doutora é porque só tem tinta preta na caixinha”. Cuidado com a “interpretose”. O velho Freud já alertava para o fato de que fumar charuto na maioria das vezes é apenas fumar charuto. Qual é a questão fundamental na oficina? No próprio espaço do CAPS as oficinas precisam estar ligadas, organicamente, ao processo terapêutico. Também pode ser que pessoas usem os materiais de modo apenas lúdico, outras podem descobrir um jeito de ganhar dinheiro, mas o objetivo e os protocolos têm a ver com o projeto terapêutico.

A função de habilitação social, organicamente ligada ao projeto de inserção em mercado de trabalho, visando emprego e renda, deve sempre ocorrer fora do CAPS. Mas pode usar os mesmos substratos e ferramentas das oficinas autoexpressivas e das oficinas terapêuticas. De novo, a questão é de objetivo e de lugar. Se o objetivo é autoexpressivo, podemos fazer leitura de contos na Academia Bahiana de Letras, por que não? Leva a família, leva amigos, e vamos participar de um recital de poemas do Gregório de Matos: “triste Bahia, ó quão dessemelhante, estais, estou, do nosso antigo estado, a ti tocou-te a máquina mercante, tanto negócio e tanto negociante”. Se for para habilitação social, a parceria com as Secretarias de Ação Social, o Sistema S e o SEBRAE, tudo pode ser de grande valia.

Em Quixadá, a Secretaria de Ação Social criou oito oficinas de profissionalização, uma delas de marcenaria. A nossa terapeuta ocupacional indicou marcenaria para alguns clientes que estavam recebendo alta e precisavam descobrir fontes de renda. Algum tempo depois ela apareceu preocupada, trazendo um problema: “eu matriculei o fulano e o sicrano na oficina de marcenaria da Ação Social, mas a Prefeitura está com problema de doação de urna funerária e focou todo o trabalho da marcenaria nesta tarefa”. Eu respondi: “abre o jogo, explica para eles o problema e pergunta se eles querem fazer urna funerária”. Se a habilitação social é tática de profissionalização, a pessoa vai ter que fazer o que tiver para fazer, o que der dinheiro. Os dois entenderam, toparam na hora, mas um deles ressaltou: “olha, mas eu não faço a tampa!”. Embora o objetivo seja geração de emprego e renda, uma resposta desta merece ser conhecida pelos terapeutas e discutida. O cliente me

comunicou uma identificação dele com o futuro usuário do caixão e ele imaginou que a tampa era a condenação ao fim.

No caso da atividade auto expressiva, ela é totalmente livre. No caso da atividade terapêutica, há uma janela a ser modulada entre a escolha pelo cliente e a adequação da tarefa ao projeto terapêutico, à prescrição. No caso da habilitação social, a viabilidade econômica dita o processo, mas sempre temos escolhas. A prescrição terapêutica da tarefa deve ter o mesmo rigor da prescrição psicoterápica e da prescrição farmacológica. Se eu prescrever juntar contas miudinhas para alguém portador de transtorno obsessivo, eu vou piorar a obsessividade dele. Esta prescrição constitui instrumento tão nobre, tão importante quanto a psicoterapia e a farmacoterapia, então precisa ser bem dominada, bem indicada, bem monitorada.

A oficina de habilitação social não é só uma oficina técnica, é também uma oficina de comportamento. Se você vive numa sociedade competitiva, algum grau de teste da capacidade de suportar competição e de ser empreendedor terá que haver. Não se conseguirá criar um mercado protegidíssimo só para aquele cliente.

PERGUNTA: Bom, como a colega, eu também estou muito satisfeita e queria agradecer à Coordenação de Saúde Mental do município. Vou pedir que o senhor falasse um pouquinho sobre residência terapêutica. Eu e uma colega fomos convidadas a gerenciar as primeiras residências terapêuticas aqui de Salvador. Você disse, certa vez, que as residências terapêuticas foram criadas para a autoextinção. Como é isto?

JACKSON: Residência terapêutica tem muitos sentidos. Em muitos lugares o conceito aproxima-se de uma clínica intensiva para psicóticos, que funciona manhã e tarde, de segunda a sexta feira. Também pode ser entendida, é o caso da Espanha, como lugar (casa, apartamento) de moradia de alguém, com transtorno psicótico tratado, capaz de um mínimo de autonomia e que não convive com a família. O poder público aluga qualquer lugar, no meio habitacional comum, no bairro de todos, no edifício de apartamentos de todos, e oferece o lugar como residência. Uma equipe terapêutica, fixa, de referência, a acompanha, o leva para o ambulatório ou centro de atenção de psicossocial, o traz de volta, o visita sistematicamente. Esta equipe faz reuniões com os condôminos, com os vizinhos, trabalha a relação, a compreensão, a tolerância social. A França e a Itália fizeram experiências de residência terapêutica junto com oficina protegida: um lugar de trabalho, sob lógica cooperativa e supervisão clínica, para atender a mercado específico, sem competição livre em mercado de trabalho comum. Logo após a Segunda Guerra Mundial, o pessoal da Psiquiatria de Setor concebeu o Lar Abrigado, para crônico deshospitalizado.

O Ministério da Saúde do Brasil inventou a residência terapêutica como um dispositivo para favorecer a deshospitalização, espaço de transição para crônicos e cronificados hospitalares, sem apoio social-familiar, a caminho da atenção psicossocial comunitária. Depois da aprovação da lei, foi Sobral, no processo de fechar o hospício de lá, que implantou a primeira residência terapêutica do Nordeste, nos moldes preconizados. Foram criadas duas residências, para oito moradores cada. Uma foi habitada com oito e ou-

tra com cinco, pois não havia sequer dezesseis ex-internos que atendessem, cumulativamente, os critérios clínicos e sociais. Descobriu-se a família de um, no Piauí, que havia perdido de vista seu familiar doente e, como não era uma família rejeitadora, desenvolveram a vida preservando um lugar para ele, na expectativa de retorno algum dia. Quando a gente conseguiu criar esta alta, a vaga foi fechada na residência terapêutica, ninguém veio ocupar o lugar. Procedendo assim, ao longo de quatro anos, hoje Sobral tem apenas uma residência terapêutica. Quando a geração de pessoas que se tornou crônica/cronificada nos hospícios brasileiros terminar seu ciclo vital, então as residências terapêuticas terão seu fim.

O Programa de Volta para Casa, federal, constitui outra ferramenta poderosa para o processo de deshospitalização. A residência terapêutica, criada como dispositivo de transição, é para se auto-extinguir. Nesse sentido, tem que ter força política para decretar: “esta vaga não é ocupável”.

É preciso atenção permanente sobre os princípios filosóficos da reforma psiquiátrica e dos cuidados psicossociais, a fim de evitarmos a metástase do asilo, transformando os espaços extra hospitalares, derivados do movimento de reforma, em hospícios sutis. Regredir é uma possibilidade terrível. Em Trieste, hoje, nos contam histórias dos anos 1970/80. O que temos é a narrativa nostálgica de uma idade de ouro, pois há pouca criatividade no presente, e os principais dispositivos foram absorvidos pelo modelo antigo. No nosso campo, como os avanços dependem de cultura, atitude, representação, ideologia, investimento, quando há uma queda, o retorno vai até antes do ponto de onde partíamos por ocasião do avanço malogrado.

PERGUNTA: Professor, quantos CAPS precisaremos ter em Salvador?

JACKSON: Pela manhã fizemos um ensaio epidemiológico, cruzando população do município com a referência, oriunda da literatura, de 2% de todas as psicoses e, sobre estes 2%, extraindo 15% para os casos de manejo mais sistemático e complexo. Para dois milhões e setecentos mil habitantes, teremos previsão de 54 mil portadores de transtorno psicótico, donde 8.100 portadores de condição mais grave. Tomando território, população e a ordenação de distritos de planejamento já definidas, identificamos a possibilidade de 15 CAPS Gerais em Salvador. Na média, serão 540 portadores de transtorno psicótico grave por CAPS. Assim terão condição de atender os emergentes psicossociais que se tornarem importantes, poderão fazer visitas domiciliares e supervisionar ações de saúde mental na atenção básica. Sobretudo se houver uma rede real: 15 CAPS Geral, 5 CAPS álcool e drogas, 5 CAPS infantil e 5 emergências psiquiátricas integradas a emergências gerais. E isto acompanhado da devida dimensão de oferta de serviços na atenção primária (ESF e NASF). Levantamento nos hospitais psiquiátricos pode indicar o número daqueles que precisarão de residência terapêutica, daí, dividindo o número de casos por oito, teremos o número de residências terapêuticas a serem implantadas. Unidades psiquiátricas e leitos psiquiátricos, em hospitais gerais, realizarão as internações, sob supervisão de um colegiado composto pelos coordenadores de CAPS. Desta maneira o CAPS não se tornará um hospital-dia ou uma residência terapêutica ou uma clínica de psicóticos graves.

PERGUNTA: Quando você falou no fantasma de Tomé de Souza, eu imaginei todos os poderes paralelos que temos. Tem alguém incomodando uma família oligárquica ou de classe média associada a oligarcas e, então uma força acontece que coloca alguém, não crônico/cronificado de hospital, para ocupar uma vaga de residência terapêutica. Eu penso que a posição dos profissionais é extremamente importante, no sentido de recusar respaldo técnico e ético a estas violências tão comuns em nossa cultura política.

JACKSON: Sim, o trabalhador tem que obter firmeza, pelo desenvolvimento de consciência crítica. Tem que vivenciar e introjetar os argumentos, senão, ele mesmo, nas fragilidades do cotidiano, facilmente cederá a estes poderes paralelos. Mas, pensando bem, estes são poderes dominantes, poder paralelo, subversivo, insinuante, contra-hegemônico é o nosso.

Deixem-me contar outra historinha. Eu fui diretor de um hospital do Rio de Janeiro, do Ministério da Saúde, a UH Adauto Botelho, parte do complexo do Centro Psiquiátrico Pedro II. Uma muralha cercava o quarteirão e cada uma das oito unidades hospitalares (três para adultos, uma infanto-juvenil, um bloco médico-cirúrgico, o Museu das Imagens do Inconsciente, o Centro de Estudos, a emergência) era cercada por sua própria muralhinha. Vocês sabem que Adauto Botelho foi um grande reformador da assistência psiquiátrica brasileira: ele criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais, no início dos anos 1940, e implantou um projeto de criar um hospital psiquiátrico moderno, sem os vícios dos asilos, seguindo o modelo dos *state hospitals* norte-americanos, em cada unidade da federação. O projeto era o seguinte: o governo federal entrava com a planta

física, com a obra e com os equipamentos; cada governo estadual entrava com o terreno e com a folha de pagamento dos trabalhadores. Ao modo do Estado Novo getulista, personalismo hipertrofiado, todos os hospitais que foram criados seguindo este projeto receberam o nome dele: Cariacica/ES, São José/SC, São José dos Pinhais/PR, Cuiabá/MT, em todos ficou o nome Aduino Botelho. O último hospital que ele criou foi o do Ceará, que, como o governo do Ceará declarou não ter dinheiro para a contrapartida, ficou o elefante branco instalado e vazio, desde 1948. Em 1962, oito anos depois do suicídio de Getúlio e da queda de Aduino Botelho, já em outro momento histórico, foi inaugurado o Hospital de Saúde Mental de Messejana. Livramo-nos, pela nossa pobreza, do nome Aduino Botelho.

Pois bem, no Centro Psiquiátrico Pedro II, na unidade Odilon Galotti, vizinha ao hospital que eu dirigi, fizeram uma experiência de comunidade terapêutica, na década de 1970, em um pavilhão. Além da expectativa de modernidade terapêutica, havia a vontade de reduzir a média de tempo de internação. Mas, paradoxalmente, ela aumentou. Nas outras enfermarias a média era de 95 dias e na moderna, com comunidade terapêutica e tudo, a média passou a ser de 130 dias. Qual era o problema? Quando as famílias chegavam à portaria, o porteiro, não envolvido no novo projeto terapêutico, sem compreender seus princípios, dizia: “prestem atenção, por aqui tem uns psiquiatras e uns psicólogos novos que acham que o lugar do louco é na casa dele, mas não é não, o lugar do louco é no hospital, porém não se preocupem, eu vou registrar errado o endereço de vocês, assim eles não vão poder dar alta ao pessoal”. Se uma única pessoa, sem poder político

ou econômico macrossocial, não incorporada ao ideário do processo, pode destruí-lo, imaginem uma resistência articulada de poderosos.

PERGUNTA: Você poderia falar um pouquinho sobre a questão da equipe, grupalidade, interdisciplinaridade, essas coisas. Não seria melhor o trabalho técnico individual?

JACKSON: Gosto de falar para os meus alunos que a equipe multiprofissional em saúde não é uma escolha. Ninguém, hoje, individualmente, pode saber o que a humanidade acumulou. Então surgem as disciplinas e a tendência à especialização. O desenvolvimento do modo de produção capitalista transforma cada especialização, cada disciplina, num mercado e numa profissão. Assim surge a equipe multiprofissional. Mas como recuperar a integralidade do objeto? Caindo no *laissez faire*, cada um fazendo o que aprendeu? Indo para a linha de montagem taylorista, radicalizando o esgarçamento do objeto? Ou estamos desafiados a inventar o trabalho coletivo, por meio da interdisciplinaridade, sob supervisão? A multiprofissionalidade é um fato empírico. A interdisciplinaridade é uma solução político-teórica. Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família são campos radicalmente multiprofissionais interdisciplinares. Gosto também de falar para meus alunos que, na Saúde Mental, o específico constitui uns 40% das tarefas, os 60% restantes são de quem for criativo, compromissado e estiver disponível.

Vou contar outra das minhas historinhas. No Hospital Adauto Botelho, eu encontrei um cliente que estava internado há 14 anos. Sem agudizações e sem medicamentos, oriundo de uma família de classe média daquela região da cidade. Procurei desenvolver um projeto personalizado, não

de alta, até porque não havia do que dar alta, mas de recuperação mínima de vínculos familiares e de recaptura do entorno urbano. Planejei leva-lo para tomar um cafezinho, ao fim da tarde, três vezes por semana, na casa dos parentes mais próximos. O deslocamento seria a pé, pelo encontro com as ruas e com os bairros da infância, acrescidos das mutações urbanas. A recuperação do vínculo familiar e a reconstrução da identidade deveriam corresponder a uma tomada de consciência da identidade. Chamei a psicóloga e a assistente social da enfermaria, expliquei o que queria e perguntei quem se dispunha a embarcar no projeto. A assistente social disse que, considerando o fato da caminhada objetivar consciência e identidade, a principal ação seria terapêutica, portanto a responsabilidade deveria ser da psicóloga. A psicóloga disse que, considerando a articulação com a família, a principal ação seria o resgate de suporte social, portanto a responsabilidade deveria ser da assistente social. Aborreci-me e disse: “sabe de uma coisa, vão as duas.”

Eu fiquei com muita raiva, mas elas eram pessoas realmente muito boas. Estavam apenas prisioneiras da rotina, acomodadas, cansadas de guerra. Voltei a explicar que havia vários objetivos que se superpunham e que a ação não era profissionalmente específica, e sim associada a uma visão de mundo, um paradigma que poderia ser assumido por várias profissões: “a idéia básica é que ele, indo para casa, a pé, recuperaria o território de crescimento, da infância, da adolescência, do tempo anterior aos remotos motivos da internação”. Elas compreenderam e aceitaram a tarefa. O cliente, por sua vez, foi se empolgando, agindo como previsto: “ih, poxa, aqui, no lugar deste prédio, era um campo de futebol”. Então ele ia reconstruindo a cidade dentro dele. E as profis-

sionais foram ficando encantadas e decidiram contar a experiência em reunião do Centro de Estudos, que havia sido reativado. As resistências iniciais da família foram cedendo. Quando eu perguntei quem, então, ficaria mesmo acompanhando o caso, elas decidiram continuar juntas. A gente precisa, vez por outra, praticar esta ira, do tipo daquela de Cristo expulsando vendilhões, para que alguma coisa nova possa brotar. Um bom choque cultural pode ser necessário. Há mais curiosidade intelectual, criatividade e boa vontade do que sonham os nossos próprios hábitos.

PERGUNTA: Professor, como poderemos trabalhar com tranquilidade, sem estar no meio de uma guerra?

JACKSON: Bom, gente, o serviço público de saúde, no Brasil, é a frente de uma guerra social. Existem as necessidades objetivas de saúde e, sobre elas, acrescenta-se o fato de que saúde constitui um peão estratégico de funcionamento, de legitimação do Estado. O campo da saúde gerou a política pública social mais densa que nós temos e, com ela, o Estado subdesenvolvido, atravessado de pobreza, quer resolver tudo. O nosso lugar de trabalho é um lugar de grandes conflitos. Ninguém trabalha em saúde pública, sobretudo em saúde mental, sem visão histórica, sem compreensão política crítica das contradições existentes, muitas vezes antagônicas, sem grande potência criativa e sem grande flexibilidade de ação. Vivemos uma guerra civil cotidiana, dos desamparos precisando de apoios, dos preconceitos, da história de horrores que o Estado brasileiro já praticou com seus doentes mentais, um estado burocrático-autoritário, criptofascista na maioria das vezes, que não muda apenas porque o governante de ocasião é mais bonzinho ou popular. A máquina é pesadíssima e lentíssima. A equipe tem

que estar trabalhada, treinada e coesa, partilhando visão de mundo comum. Há uma técnica de treinamento de atores do teatro russo, que é a de um aluno se deixar cair para trás, sem nem olhar de esguelha para os lados, totalmente, soltamente, apenas dispondo da certeza de que alguém o segurará. Se a equipe não tiver uma episteme comum ela será manipulada, pelo desespero e pela psicopatia cultural, esta última caracterizada pela voracidade por privilégios, pelo querer tirar vantagem em tudo, pelos oportunismos sociais. Um lugar idílico, fora da guerra, não há.

Agora a historinha que eu lembro é familiar. Eu me lembro de meu avô materno, que cegou de glaucoma agudo aos 40 anos, morreu aos 85 e, portanto, viveu cego por 45 anos. Eu, criança, e minhas irmãs, ainda mais novas, levávamos o avô cego para passear, visitar os irmãos e filhos, por umas ruas maravilhosas que havia em Fortaleza, no bairro Montese, cheias de cajueiros e mangueiras frondosas. Certa feita, íamos calmamente, brincando, com minha irmã, à época com seis anos de idade, servindo de guia. Súbito, um carro entrou na rua, com muita velocidade, cantando os pneus. Minha irmã solta meu avô no meio da rua, passa rápido para cima da calçada e fica lá, pulando e gritando: “eu estou salva!”. Perceberam a cena? Ela estava salva e o velho cego, tonto, assustado, rodava na rua, na frente do carro que freava, armado apenas de uma bengalinha. É assim que a classe média brasileira faz com o povo, ela se apropria dos direitos como privilégios, ela não constrói uma democracia pelo menos liberal burguesa, não contribui pedagogicamente para a consciência ética e política das outras classes sociais. Inveja o comportamento dos ricos e teme a pobreza que lhe morde os calcanhares.

Nesta desprezível metáfora, minha irmã é nossa classe média e o avô cego é o povo.

E nós, trabalhadores da saúde pública, de nível superior, pertencemos à classe média. Não usamos o sistema de saúde no qual trabalhamos. Criticamos os impostos, mas pleiteamos permanente crescimento dos salários que, por públicos, derivam de impostos. No interior do Nordeste, como em Quixadá, e para os trabalhadores de nível médio, a situação é outra. Mas nós temos os nossos planos de saúde. Esta inclusão na classe média não apenas nos torna estranhos ao uso do SUS, ela plasma nossas atitudes. Estou me lembrando de uma situação presenciada por mim numa cidadezinha do litoral do Ceará, Icapuí: uma estudante de Medicina foi fazer estágio lá, era muito bonita, loirinha, padrão galego, renda familiar elevada, usando microsaia, e começa a entrevistar uma rendeira, mulher de pescador. Qual é sua idade? 53 anos. Quantos filhos a senhora teve? Quatorze. Quando a mulher deu esta resposta, a estudante largou o papel e a caneta, abriu muito os olhos e a boca e, sincopadamente, com surpresa e espanto, disse: “Quatorze”!? Acabou a anamnese. A menininha rica, com seu espanto, condenou aquela mulher como uma espécie de tarada em parir. Nossa atitude espontânea e nossa linguagem corporal são de classe. Cada um de nós é a própria história, nós somos de classe média urbana, cheia de privilégios relativos, e o vínculo com as classes populares ocorre a partir dos valores de nossa classe. Como posso ser um bom terapeuta se não consigo lidar com estes pontos cegos, até porque não os conheço. A saída é ficar de biquinho, surpreso com a alteridade, protegendo a própria privacidade.

Se você não assume essa discussão interna na equipe, se não assume essa capacidade de olhar seus pontos cegos, seus escotomas, suas projeções de preconceito, de ideologia, de falsa consciência na relação com a população, sobretudo com a população pobre, estaremos condenados a um permanente fracasso. Podemos curar uma ferida, mas criaremos outras, mais sutis. Vamos ter de superar, também, essa dicotomia entre o serviço no qual trabalho e o serviço que uso. Um serviço que não serve para mim poderá prestar? Precisamos reforçar nossa consciência política e enfrentar a relação subjetivo-cultural que a gente mantém com os subterrâneos da cultura, com os poderes paralelos ao poder público democrático. Sem a consciência crítica, na prática cotidiana estaremos legitimando os poderes paralelos.

PERGUNTA: Sou de Minas Gerais e estou aqui há quatro meses. Eu queria entender um pouco mais a respeito do paciente judiciário. Como é a relação de vocês com o Hospital Psiquiátrico Judiciário?

JACKSON: Eu não tenho muito a dizer, de prático, sobre este tema. Isso tem sido algo que a gente de algum modo tem posto debaixo do tapete. A Psiquiatria se constituiu como especialidade médica ao longo do fim do século XVIII e de todo o século XIX, sempre se contrapondo à Igreja e à Justiça. Michel Foucault, no livro *Eu, Pierre Rivière*, narra a constituição da deficiência mental como objeto da prática médica. Para a Igreja Católica, o deficiente mental era alguém que não tinha pecado original, então as famílias achavam bom ter um deficiente mental por ele poder ser um embaixador plenipotenciário junto a Deus. Os deficientes mentais tinham uma esperança de vida muito pe-

quena e morriam antes da puberdade, antes do alvorecer da sexualidade, então a ideia da ausência de pecado original fazia sentido. Para a Justiça, o deficiente mental era um não cidadão, pois não conseguia aprender e dominar as quatro operações fundamentais da matemática e a leitura/escritura para comunicações simples. Napoleão Bonaparte, herdeiro destes princípios da Revolução Francesa, instituiu o ensino primário obrigatório, como “dever do Estado e direito do cidadão”, condição *sine qua non* para votar e ser votado. Assim, o deficiente mental era um problema político, um incapaz civil. A Psiquiatria definiu o fenômeno como doença e propôs projeto terapêutico.

Mas, que Medicina era aquela que se contrapunha à Igreja Católica e à Justiça? A Medicina era dominada pelo pensamento higienista, cujo paradigma pode ser identificado no italiano Cesare Lombroso. Todo o humano podia ser pesado, palpado, medido, sobretudo medido, e todo o comportamento era inato. Virtuoso inato. Criminoso inato. Na Feira Internacional de Paris, durante a qual foi inaugurada a Torre Eiffel, Lombroso foi fazer uma conferência e solicitou o crânio de um grande músico recém-falecido, com o objetivo de demonstrar a relação entre as características morfológicas, a genialidade e a sensibilidade musical. Os estudantes da Universidade Sorbonne conseguiram o crânio de um homicida e substituíram o do músico. Lombroso, com o crânio do criminoso na mão, apontava todos os supostos indicadores de genialidade musical. Quando ele descobriu o logro, em vez de questionar seus pressupostos, jurou nunca mais voltar a Paris. Mas o que quero demonstrar é a força do pensamento higienista que dominou o século XIX e o início do século XX e saiu da Europa

para as Américas. As Faculdades de Medicina da Bahia e de Pernambuco, no início do século XX, demonstravam a presença da perversão criminosa no crânio dos cangaceiros mortos em combate.

Temos também outro problema que é o da natureza do Direito brasileiro, meio Romano, meio Positivista comteano, que só observa na perspectiva do nexos causal evidente. Exceto no caso de duas dúzias de doenças, o trabalhador, por exemplo, precisa constituir advogado para provar nexos causal de certos eventos do trabalho com seu transtorno, para ser beneficiário de algum direito. Acrescente-se ao Positivismo comteano a burocracia lusitana e temos graves problemas para o fluxo do reconhecimento de direitos e deveres, mesmo os formais, por parte da população pobre brasileira. Os Estados Unidos funcionam na base do poder do juiz e da jurisprudência. O Brasil precisa de códigos monumentais, discriminando tudo o que pode e o que não pode, restando à iniciativa privada fazer o que não for explicitamente proibido e restando à iniciativa pública fazer o que for explicitamente permitido.

O que é pior é que leis e normas se atropelam e se acumulam. Quando assumi a direção da UH Adauto Botelho, descobri uma norma que proibia criança de ver a mãe na enfermaria. Perguntei: por que uma criança não pode visitar a mãe em hospital psiquiátrico? Ela não viu a mãe, em crise, na própria residência? Por que ela não pode ver a mãe onde, pretensamente, estaria sendo tratada? A resposta padrão era: "Porque sempre foi assim!". Na vida burocrática tem esta espécie de mantra medíocre, "sempre foi assim". Depois de muita pesquisa foi descoberta uma norma, assinada pelo Diretor da Unidade, em 1936. Não era

Lei ou portaria do Ministério da Saúde, era decisão interna, do Diretor, que foi se perpetuando e perdendo a memória dos motivos originais e do contexto histórico no qual a decisão gerencial se originou. Então, mais de 50 anos depois, em outro contexto histórico, sobretudo em outro contexto terapêutico, eu poderia revogá-la. E foi o que fiz. A discussão mudou de face e viu-se a permanência da cultura, da ideologia, dos preconceitos que mantinham viva a norma antiga. Não foi por inércia sua permanência. O temor era do louco como desregrado, possível agressor sexual de qualquer criança. Os trabalhadores achavam que a criança ia ser “bolinada” pelos clientes da ala masculina. No fantasma, toda mulher é histérica e todo homem é tarado. No fantasma, toda criança seduz e todo adulto, sobretudo o doente mental, é pedófilo.

O manicômio está nas cabeças. Precisamos entender, profundamente, estes movimentos subterrâneos que naturalizam e autorizam os abusos e os estigmas. Se você chegar numa enfermaria psiquiátrica feminina, as mulheres agarrarão você: “doutor me dê alta!”. Os homens ficam na deles, pegam um cigarro, dão pitadas, olham de lado e, na primeira oportunidade, fogem. As mulheres gritam, pedem alta, clamam pelos “filhinhos, meus filhinhos!” e não fogem. Há um comportamento de gênero que precisa ser compreendido. É preciso colocar tudo isto na roda: cultura de gênero, representação da loucura, costume jurídico, burocracia. Eu provocava: “Mas como? Tem hora de visita, tem acompanhante, os pátios são separados por sexo, qual é o problema, qual é a “nóia” na cabeça da equipe?”. Temos dispositivos e normas que se baseiam em preconceitos e discriminações; temos uma Justiça que, filosoficamente,

no campo da Psiquiatria, mantém-se fiel a Lombroso. Ela parte do pressuposto da incurabilidade e da violência inata do portador de transtorno psicótico. Também parte do pressuposto de que tudo pode ter sido vigiado e prevenido. Quem poderia, em sã consciência, prever que aquele coreano iria matar aquele povo todo lá nos Estados Unidos? Porque era estrangeiro, estranho, calado, tímido, não namorava e não jogava beisebol? Poderia ser apenas mais um estrangeiro, estranho, calado, tímido, meio marginal, que não se dava bem no esporte nacional e não namorava as meninas loiras que lideram a torcida dos times. Estamos numa fronteira absolutamente delicada e aí o que é que a gente faz? Recua. Eu digo que, no Ceará, nós recuamos. Nós estamos tentando avançar o sistema de saúde, tentando oferecer o máximo de serviços diferenciados e críticos, comunitários, praticando uma política cidadã. Mas tem ficando debaixo do tapete a questão do Manicômio Judiciário. Nem se fala no assunto. Talvez seja uma covardia política nossa. Posso chorar no seu ombro?

PERGUNTA: Eu gostaria de saber quais pesquisas precisamos fazer para o conhecimento pleno do território e se o CAPS é mesmo um dispositivo que atende a todas as necessidades da reforma psiquiátrica?

JACKSON: Os anos de história do CAPS de Quixadá foram construídos simultaneamente com o PSF e em parceria com a Universidade Estadual do Ceará. Todos os trabalhadores de nível superior fizeram Especialização ou Mestrado, focando suas pesquisas na realidade local. Se visualizarmos a ideia de rede, *mutatis mutandis*, Salvador equivaleria a uma rede de trinta Quixadás. Sendo o território bem definido, podemos projetar os feitos de Quixadá

para cada área de cobertura de CAPS em Salvador. Após quatro anos de funcionamento, com mais de 500 prontuários de portadores de transtorno psicótico, decidimos fazer um mapa residencial desta clientela. Elaboramos uma ficha para ser aplicada pelos agentes comunitários de saúde e identificamos pouquíssimos casos que estavam na lista e haviam se mudado de cidade, pouquíssimos casos que estavam na lista e não se mantinham em tratamento e pouquíssimos casos que foram observados pelos agentes comunitários e não estavam na lista. Foi um excelente diagnóstico de cobertura, vinculação e referência, pois todos os desvios do esperado não somaram 3%. Outro achado foi o da vinculação terapêutica ao PSF, por volta de 35%, sem necessidade, ou com necessidade eventual, de atenção especializada no CAPS. No CAPS estávamos acompanhando 62%, isto é, 310 ativos frequentavam oficinas terapêuticas em média três vezes por semana e consulta psiquiátrica mensal ou bimensal. Quando a consulta era bimensal, a dispensação medicamentosa era mensal, com retorno intermediário a consulta de enfermagem. Mas a descoberta mais fascinante desta pesquisa foi a seguinte: certo bairro de Quixadá detinha 5% da população geral do município e 19% da população específica de portadores de transtorno psicótico atendida no CAPS. Usando o cálculo de risco relativo, viver neste bairro geraria quatro vezes mais risco de apresentar transtorno psicótico que viver em qualquer outro. Seria o bairro psicotogênico? Ou apresentaria o bairro certas condições de vida que atrairiam portadores de transtorno psicótico para habitá-lo? Então, estudantes de História foram mobilizados para construir a história do bairro. O lugar era o mais fértil e rico da região, às margens

do Açude Cedro, cuja construção ocorreu no final do II Império. Com a lenta morte do açude, a partir da década de 1950, a vida social foi decaindo, decaindo, mas, não se deslocou. A população, decadente economicamente, decadente culturalmente, foi ficando cada vez mais endógena, sem perspectivas, morrendo junto com o açude. O painel histórico-cultural foi montado para discussões com as lideranças comunitárias, as associações de moradores, visando a construção de uma nova identidade sociocultural.

Espantávamo-nos com a diferença de quadros registrados no CAPS de Quixadá e no CAPS de Canindé, cidades do sertão central cearense, encravadas no semiárido, distando apenas 100 km uma da outra, mais ou menos o mesmo tamanho populacional, com serviços de saúde mental criados quase simultaneamente em 1993. Quixadá: município de pequena extensão, 80% da população urbanizada, focada no comércio, por onde passou a primeira ferrovia cearense, e que foi beneficiado pelas primeiras grandes obras de infraestrutura destinadas ao combate às secas. Canindé: município de grande extensão, apenas 60% da população urbanizada, basicamente voltado para as romarias em louvor a São Francisco, atraindo os frágeis e os doentes deste Nordeste inteiro, e que, quando não são beneficiados pela graça, ficam por lá, pertinho do santo, esperando o milagre na próxima festa. Canindé e Quixadá distam 100 km físicos, mas 1.000 km culturais, e o perfil epidemiológico resultante do processo saúde/doença respeita a distância cultural, social, econômica, histórica. Em Quixadá, os transtornos são mais agudos, derivados de uma urbanização contemporânea, urbana e anômica, com problemas neuróticos e psicoses psicogênicas. Em Canindé, os

transtornos são mais crônicos, derivados de uma vida mais rural e migrante camponesa, com psicoses associadas a distúrbios orgânicos, tumor de cérebro, epilepsias, demências, deficiências, na nítida fronteira neuropsiquiátrica.

É preciso compreender os modos de expressão do processo saúde/doença. Sobre a base genético-probabilística, ao longo da história humana, nós nos produzimos como sujeitos, portanto aos modos de viver, de sofrer a condição humana e de morrer. Existem milhares de maneiras de adoecer, milhares maneiras de ser saudável. Não daremos conta, com qualidade, de nenhuma de nossas tarefas, se não compreendermos a miríade de possibilidades de expressão da saúde e da doença em determinado território, em determinado bloco histórico, com seus movimentos de decadência e de riqueza.

Outra pesquisa que decidimos fazer foi sobre dependência química. Seguimos um referencial teórico que indica a prevenção como impossível (a escolha é focar na promoção de saúde, no compromisso com a vida, na cultura da liberdade com responsabilidade); o agudo da dependência (intoxicação, abstinência etc) como responsabilidade do hospital geral e o acompanhamento terapêutico posterior como responsabilidade dos serviços de atenção à saúde mental, não necessariamente especializados em dependência química. Também seguimos cálculos epidemiológicos, referidos a população de 75 mil habitantes, em cidade sertaneja, que não dava escala para pensar serviço especializado, sobretudo pela extraordinária dificuldade em descobrir, a priori, se a dependência química seria primária ou secundária a um transtorno mental. Deste modo, considerando que a vida social é radicalmente mis-

turada, não defendíamos apartação e tratamento isolado, repetindo a lógica do asilo, mas sim triangulações, problematizações e grupidades. Em cidades como Fortaleza e Salvador talvez a magnitude do problema, mais a escala populacional, obrigue a serviços especializados, mas em Quixadá ainda não seria necessário. Então decidimos pesquisar o assunto, para mapearmos o modo de abusar droga em Quixadá, distinguindo três lícitas (álcool, tabaco, diazepam) e três ilícitas (maconha, cocaína, cola). É claro que, hoje, o abuso de droga não pode ser encarado com ingenuidade: minha geração usou muita maconha, mas era, digamos assim, produto orgânico, puro, hoje ela vem compactada em barras, suja, misturada a substâncias químicas potencializadoras e substâncias químicas para perturbar o olfato dos cães policiais. É claro que, hoje, as drogas sintéticas são muito poderosas e destroem o sistema nervoso central rapidamente, não dando tempo para deixar os jovens experimentarem, não dando tempo para o crédito da saída espontânea do uso e do abuso.

Os Estados Unidos da América têm uma visão absolutamente fascista e policial dessas relações sociais e eles chegaram à conclusão que os norte-americanos são seres maravilhosos, vítimas ingênuas de demônios asiáticos e sul-americanos. Então, decidiram militarizar a Colômbia, invadir o Afeganistão, para destruir as plantações de coca e ópio. O resultado foi forçar os narcotraficantes a se organizarem como exército guerrilheiro e profissionalizar o trabalho das máfias norte-americanas, agora contratadoras de pós-doutores em Farmacologia e Bioquímica para desenvolverem drogas sintéticas, no território norte-americano, não mais dependente de importação de bens primários.

Os prêmios Nobel da marginalidade estão aí, ficando milionários, enquanto o Afeganistão e a Colômbia sangram.

O caso do álcool, no Brasil, é de uma complexidade extraordinária: é nossa mamadeira histórica, pois a nação brasileira começa a nascer num canavial, ao exportar o açúcar e ficar com a rapadura e a cachaça, usadas como calóricos e entorpecedores para o enfrentamento do trabalho duríssimo. Existe um tipo de alcoolismo claramente biológico, por depressão do centro de saciedade, que é a dipsomania. Existe um tipo de alcoolismo claramente construído pelas imposições da história econômica, que é o alcoolismo cultural. Não pode haver dispositivo único ou especializado para dar conta de um fenômeno radicalmente diverso, que se expressa sob uma forma padrão, mas que é miríade em seu processo. Portanto, que alcoolismo é esse, que droga é essa, que história é essa? Então, que lugar é esse? Que projeto terapêutico é esse? Que política é essa?

Fica claro que o CAPS é um excelente dispositivo da reforma psiquiátrica, mas não sozinho, mas não mal dimensionado em relação a território/população de cobertura, mas não sem interdisciplinaridade e capacidade de problematizar criticamente sua realidade de inserção.

PERGUNTA: E onde eu vou poder colocar o cliente que venha do interior se tratar aqui? Lá no interior não tem serviço de saúde mental.

JACKSON: Minha querida, eu não concordo que você planeje sempre baseada na lógica do mal menor. Como pode haver continuidade terapêutica, compromisso, responsabilização, mudança de atitudes e lógicas existenciais, em quinze dias, ou em um mês, ou em um semestre,

com um cliente isolado de seu entorno social, numa clínica totalitária, situada a 400, 600, 900 km, do lugar de vida? Que alguém venha de Juazeiro da Bahia, de Senhor do Bonfim, de Vitória da Conquista para se tratar em Salvador e isto seja bom? Em nome da falta de serviços lá, eu crio um artefato asilar aqui? A Bahia precisa ser desmamada de Salvador, pois a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária visam qualificar o cuidado em todo o território do estado.

PERGUNTA: Como podemos financiar a política de saúde mental?

JACKSON: A saúde mental tem de ser financiada em base populacional e não por procedimento e eu tenho que encontrar o procedimento mais adequado às características de minha população. É claro que numa cidade como Salvador, os laços societários solidários podem estar muito menos ativos que em Irecê. Em Salvador as distâncias, o transporte coletivo, a redução dos núcleos familiares, tudo conspira contra o famoso social support. Então, aqui, talvez seja necessário criar serviços de acolhimento mais intensivo, porém o estado da Bahia talvez tenha umas 100 cidades do jeito de Quixadá. A maioria deve viver de bolsa social e da aposentadoria da Previdência pública. Assim, o dinheiro chega no município, circula no banco, vai para a conta do cliente e o cliente gasta em cinco dias ou numa semana, daí o município fica três semanas por mês quase completamente desmonetizado. O povo compra fiado, na caderneta da mercearia, até a nova onda de dinheiro, então o sujeito paga o fiado e sobra cada vez mais mês no fim do dinheiro. Tem município cuja renda não remunera sequer a folha salarial do prefeito, do vice-prefeito, dos secretários e vereadores. E CAPS é um serviço caro, não é necessário

e não é viável em todo lugar. Os municípios de pequeno porte precisam de atenção primária, de saúde da família e da comunidade, de saúde mental comunitária. Um bom CAPS geral, em município de médio porte, supervisionará as ações de saúde mental comunitária na atenção primária do próprio município e nos pequenos municípios vizinhos e apoiará, de modo referenciado, os casos que requeiram assistência especializada. O processo de atenção/assistência precisa atuar como rede flexível, porosa, acolhedora.

No meu trabalho de consultor da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH, do Ministério da Saúde, tenho tido belas experiências de apoiar a constituição de redes. Há um problema no sul do Ceará, na região do Cariri, uma região que ultrapassa a divisa do estado e se estende por Piauí, Pernambuco e Paraíba. A cultura é a mesma, as famílias são aparentadas, existe o hábito do deslocamento para o Cariri cearense, onde fica Juazeiro do Norte, sede da romaria ao Padre Cícero, também existem raízes econômicas ainda mais antigas. Os serviços de saúde de Barbalha, Juazeiro e Crato atendem os moradores destes outros estados e não recebem transferência de fundos. O controle de endereços é um fracasso, pois todos oferecem o endereço de parentes realmente habitantes do lugar onde a assistência é prestada. Isso explode qualquer controle de população, qualquer estudo de perfil epidemiológico, qualquer programação. A saída é pensar a constituição da Rede Assistencial Interestadual Cariri-RAIC, por meio das ferramentas do pacto pela saúde.

Na época das Normas Operacionais Básicas-NOB, uma ação destas, em rede, seria impossível. No período da NOAS também não era fácil, mas a rede, a cooperação, a

pactuação dentro de cada estado era estimulada. Agora, com a lógica do pacto, esta articulação interestadual se viabiliza. A gente precisa fazer o pacto sair do papel. Aí a secretária de saúde de um município pernambucano de 10 mil habitantes, apenas 40% urbanizado, me pergunta como fazer para instalar um CAPS. Perguntei quantas equipes de PSF ela tinha. Resposta: “tenho duas, como recomenda o Ministério”. Eu digo: “mas seu município é espalhado, de difícil cobertura, territorialize em quatro e coloque quatro equipes de PSF, aí não vai precisar de CAPS”. Eu disse mais ainda: “contrate um psicólogo para a Secretaria de Saúde, para ficar como apoiador das questões de saúde mental na atenção primária e como articulador da necessidade de alguém ser atendido no CAPS de Barbalha”. Quantos municípios a Bahia tem com esta dimensão? Não precisa ter nem equipe de saúde mental, basta incrementar o território de saúde da família e não seguir necessariamente a norma estatística do Ministério. O problema é que, sem dinheiro, não há solução que dê certo. O Ministério da Saúde precisa trabalhar com a escala nacional e estabelecer metas baseadas em séries históricas e em médias. Mas a média é uma abstração. Ninguém vive na média.

A questão do caráter prescritivo, centralista e vertical do Ministério da Saúde é sério, mas, precisamos enfrentá-la dialeticamente. O dinheiro que Brasília manda ao município foi produzido nos municípios. Nação é ente abstrato. Concreto, por exemplo, é o município. A gente vive, trabalha, sofre a condição humana, ama, trai, deixa de amar, ama de novo, come, urina, defeca, adocece e morre é no município. A função do poder central seria a de magnificar escala de acumulação e devolver dinheiro aos municípios, com

equidade; é preciso transferir mais renda para os que não podem se sustentar apenas com as próprias pernas. Queremos o dinheiro para investir mais em promoção, educação e prevenção. Queremos o dinheiro para acompanhar a necessidade. Se o usuário pode ser assistido em casa, por que deixar o dinheiro no hospital? Se for terapêuticamente correto a máxima vinculação do usuário com seu meio social, então por que exigir que ele fique 40h/semana no CAPS, inclusive comendo no CAPS?

Agora preciso despedir-me. É hora de concluirmos a conversa. Entendo que é necessário resgatar as próprias histórias, para a compreensão de como nos tornamos o que somos. É necessário recuperar o que já foi tentado aqui e não deu certo, ou deu certo apenas momentaneamente. Não tenho a pretensão de trazer a última palavra, “a cura do câncer”, a solução derradeira. Espero ter produzido uma narrativa de experiências que estão dando certo em cenário histórico-político-social muito próximo, para que vocês possam se espelhar, se deixar atravessar, refletir criticamente. Se eu tiver contribuído com minhas histórias, experiências, teorias e ironias, na permanente dialética de conceber, experimentar e refletir, eu me darei por satisfeito. Eu fui diretor de um hospital e depois o transformei em tema da minha dissertação de mestrado, estou fazendo sempre essa ida e vinda, essa passagem do concreto ao abstrato e do abstrato ao concreto, essa é a questão toda. A experiência de clínico, de epidemiologista, de gestor, de pesquisador e de ator de movimentos políticos eu coloquei aqui, a serviço de vocês. Então agora, parodiando o velho sábio do poema I Juca Pirama do Gonçalves Dias, eu posso dizer: “meninos, eu vivi”. Que seja útil.

Referências

ADORNO, Theodor W. *et alii*. **The Authoritarian Personality**. New York: Harper & Row, 1950.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 1999.

ARTHUR, V. A. Written Patient Information: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, 21:1081-1086, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TELESSERVIÇOS (São Paulo). **PESQUISA DA PUC-SP RADIOGRAFA O CALL CENTER BRASILEIRO**. Disponível em: <<http://www.abt.org.br/pesquisa.asp?banner=ABT>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BELT, V. ; RICHARDSON, R.; WEBSTER, J. Women, social skill and interactive service work in telephone call centres. **New Technology, Work and Employment**, v. 17, n. 1, p. 20-34, 2002.

BELT, V. A female ghetto? Women's careers in call centres. **Human Resource Management Journal**, v. 12, n. 4, p. 51-66, 2002.

BERLINGUER, Giovanni – **A Doença**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

BERNSTEIN, Basil. **Class, Codes and Control**. 3 vols, London: Routledge & Kegan Paul, 1977.

BIZZO, Maria I. G. Difusão Científica, Comunicação e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18, No. 1, p. 307-314, Fev 2002.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política**. 2 vols. Brasília: Editora UnB, 1998.

BOLTANSKY, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. **Saúde Mental e Trabalho: um estudo de caso da enfermagem**. 1993. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011 (acesso em 16/03/2013).

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 293 p.

CASTIEL, Luis D. Insegurança, Ética e Comunicação em Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 37, No. 2, p. 161-167, Abr 2003.

CHAUÍ, Marilena. **O que é Ideologia?** São Paulo: Editora Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, No 13, 36ª ed., 1993.

CHIARAVALLOTI, V.B., MORAIS, M.S. de, CHIARAVALLOTI-NETO, F., CONVERSANI, Danaé T., FIORIN, Ana M., BARBOSA, Angelita. C. & FERRAZ, Amena A. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18, No. 5, p. 1321-1329, Out. 2002.

CODO, Wanderley. (Org.); SAMPAIO, José Jackson Coelho (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995. 350 p.

COSTA LIMA, Arnaldo Ribeiro. **Sofrimento psíquico e trabalho de médico: desenvolvimento de instrumentos para estudo crítico**. 2000. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.

CUNHA, Antônio G. da. **Dicionário Etimológico**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2000.

DAMATTA, Roberto da. **Carnavais, Malandros e Heróis: para uma Sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2ª ed., 1980.

DORFMANN, Ariel & MATTELART, Armand - **Para Leer el Pato Donald/Comunicación de Massa y Colonialismo**. Buenos Aires: Siglo Veinteuno Editores, 1973.

ECO, Umberto. **A Estrutura Ausente: introdução à pesquisa semiológica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1971.

FANON, Frantz. **Les Damnés de la Terre**. Paris: François Maspero Edicteurs, Petite Collection Maspero, 2ª ed., 1978.

FERREIRA, Leslie Piccolotto *et alli*. Condições de produção vocal de teleoperadores: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais. Rev. Soc. Bras. **Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, 2008

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004. 551 p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 231 p.

FROMM, Erich. **Anatomia da Destrutividade Humana**. 2. ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

GALIMBERTI, Umberto. **I Miti del Nostro Tempo**. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2009.

GOODE, J., BEARDSWORTH, A., KEIL, T., SHERRATT, E. & HASLAM, C. - Changing the Nation's Diet: a study of responses to current nutritional messages. **Health Education Journal**, 55:285, 1996.

GRUPPI, Luciano. **Tudo Começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda, 1980.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor W.. **Textos Escolhidos**. 5. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. 155 p.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE Banco de Dados Agregados / Sistema IBGE de Recuperação Automática-SIDRA**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/default.asp?z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 08 jul. 2011.

KALINA, E., KOVADLOFF, S., ROIG, P. M., SERRAN, J. C., & CESARAM, F. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: a edição do novo milênio**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p.

LAZARSFELD, P. & MERTON, R.K. **The Communication of Ideas**. New York: Harper and Brothers, 1948.

LE GUILLANT, Louis. A Neurose das Telefonistas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 12, n. 47, p. 7-11, 1984a.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 553 p.

MARTINS, Luciano. A Geração AI-5/Um Ensaio sobre Autoritarismo e Alienação. In **Ensaio de Opinião**. São Paulo: Editora Opinião, 1979.

MENDES, Eugênio V. **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

MILLS, Charles W. **A Imaginação Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 5ª ed., 1980.

MOFFATT, Alfredo. **Terapia de Crise: teoria temporal do psiquismo**. São Paulo: Cortez Editora, 1987.

MS. **HumanizaSUS-Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a.

MS. **Orientações para a Operacionalização da Educação Permanente em Saúde**: estratégia política da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004b.

OLIEVENSTEIN, Claude. **Os Drogados não são Felizes**. Trad. Marina Camargo Celidonio. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

OLIVEIRA, Silvana de; JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Políticas e práticas de Gestão e Saúde: recortes sobre o trabalho de teleatendimento no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 63-72, 2006.

OLIVEIRA, Simone; REZENDE, Marcello Santos; BRITO, Jussara. Saberes e estratégias dos operadores de telemarketing frente às adversidades do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 125-134, 2006.

PERES, Claudio Cezar *et al*. Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de telemarketing. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 35-46, 2006.

RABAÇA, Carlos A. & BARBOSA, Gustavo - **Dicionário de Comunicação**. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1978.

RIGB & Cols. **Guidelines on Science and Health Communication**. Londres: Royal Institution of Great Britain, Social Issues Research Centre/The Royal Society, 2000.

RIGOLI, Felix & DUSSAULT, Gilles - The interface between health sector reform and human resources in health. URL, **Human Resources for Health**, 1 (1): 9, 2003.

ROZEMBERG, B, SILVA, Ana P. P. da & VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R. - Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18, No. 6, p. 1685-1694, Dez 2002.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 3 vols., 1994.

SAMPAIO, José J. C. **Epidemiologia da Imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SAMPAIO, José J. C. **Trabalho e Sofrimento Psíquico em Petroleiros de Produção**: subjetivismo, penosidade e conformismo. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Tese de Professor Titular, 2001.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al* . O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011.

SAMPAIO, José J.C; GUIMARÃES, José M.X.; ABREU, Luciana M. – **Supervisão Clínico-Institucional e a Organização da Atenção Psicossocial no Ceará**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

SATO, Leny & BERNARDO, Márcia H.. **Saúde Mental e Trabalho**: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SILVA, Maria C. B. da, CUNHA, Marta B., SOUZA, Cláudia C. L. & MITRE, Edson C.. Avaliação de Processamento Auditivo em Operadores de Telemarketing. São Paulo, **Revista CEFAC**, v. 8, n. 4, p. 536-542, 2006.

TORRES, Camila C.. **A Atividade nas Centrais de Atendimento:** outra realidade, mesmas queixas. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Dissertação de Mestrado, 2001.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME-UN-HABITAT. **State of the World's Cities 2010/2011:** bridging the urban divide. Londres e Sterling: Earthscan, 2008. Disponível em: <http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=8051&catid=7&typeid=46>
Acesso em: 12 dez. 2012.

VALLA, V.V. Participação Popular e Saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In **Participação Popular, Educação e Saúde, Teoria e Prática**, organizado por V. V. Valla & E. N. Stotz. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 55-86, 1993.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R., RIVERA, Francisco J. U. & CASTIEL, Luis D. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 19, No 6, p. 1667-1679, Dez 2003.

VENCO, Selma. Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 7-18, 2006.

VERAS, Vanessa Sales; FERREIRA, Mário César. "Lidar com Gente é muito Complicado": relações socioprofissionais de trabalho e custo humano da atividade em teleatendimento governamental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 135-148, 2006.

VERGARA, Erasmo Felipe *et al*li. Avaliação da Exposição de Operadores de Teleatendimento a Ruído. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 161-172, 2006.

VIANA, J. A. R.; ROCHA, L. E. ; GIMENES, M. J. F. **Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho localizados no pescoço em operadores de uma central de atendimento telefônico de uma empresa de transporte aéreo em São Paulo**. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 12, 2004, Goiânia. Anais... Goiânia, 2004.

VILELA, Lailah V. de O. & ASSUNÇÃO, Ada A.. Os Mecanismos de Controle da Atividade no Setor de Teleatendimento e as Queixas de Cansaço e Esgotamento dos trabalhadores. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (4): 1069-1078, 2004.