

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**OS ENCONTROS ENTRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AS
FAMÍLIAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL:
Dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?**

Adriana Pezzini Campos

Belo Horizonte
2007

Adriana Pezzini Campos

**OS ENCONTROS ENTRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AS
FAMÍLIAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL:
Dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Belo Horizonte
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

C198e

Campos, Adriana Pezzini

Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?/ Adriana Pezzini Campos. Belo Horizonte, 2007.
124f.

Orientador: Roberta Carvalho Romagnoli
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Bibliografia

1. Saúde pública . 2. Saúde mental. 3. Agentes comunitários de saúde. 4. Programa de Saúde da Família (Brasil). 4. Família. I. Romagnoli, Roberta Carvalho. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 613.86

Adriana Pezzini Campos

**OS ENCONTROS ENTRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AS
FAMÍLIAS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL:
Dispositivos para a desinstitucionalização da loucura?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Belo Horizonte, 2007.

José Leão Marinho Falcão Neto – PUC Minas

Magda Diniz Bezerra Dimenstein - UFRN

Roberta Carvalho Romagnoli (Orientadora) - PUC Minas

À Amanda, linda, meiga, carinhosa, compreensiva, companheira, madura no alto dos seus sete aninhos, que sempre teve um sorriso, um abraço e muito amor para me oferecer: elementos essenciais para que eu pudesse continuar quando a saudade e o cansaço batiam à porta do meu coração.

Filha, o encontro com você me potencializa, me alegre e faz de mim uma pessoa melhor!

E a Mara, que não teve a oportunidade de obter o título de mestre, por ter partido antes de completar a última etapa da seleção, mas que foi uma brava guerreira nos seus últimos dias de vida na UTI.

Amiga, a sua vontade de viver me deu forças para prosseguir apesar dos inúmeros desafios. Compartilho com você esse título, como compartilhamos os bons e os maus momentos da graduação.

AGRADECIMENTOS

A Roberta, mestre, amiga e orientadora, irrepreensivelmente competente, disponível e acolhedora;

Aos doutores Magda Dimenstein e José Leão Marinho Falcão Neto, por terem aceitado o convite para ler e contribuir com esse trabalho, fazendo isso de forma brilhante, mas muito gentil;

À Prefeitura Municipal de Matozinhos, na pessoa do Dr. José Raymundo Brandão Teixeira, secretário municipal de saúde, que autorizou a realização dessa pesquisa e possibilitou a redução da minha jornada de trabalho no CAPS, para que essa dissertação pudesse nascer;

À PUC Minas e, em especial, à Vânia Franco e Suzete Basílio, que me acolheram e possibilitaram a minha caminhada pela docência no núcleo universitário Betim, passo imprescindível para a continuidade e conclusão do meu mestrado;

À coordenação do Programa de Saúde da Família e aos integrantes das equipes de saúde da família de Matozinhos, pela preciosa colaboração;

Aos agentes comunitários de saúde, que aceitaram a minha companhia e foram co-participantes desse processo;

Aos portadores de transtorno mental e seus familiares, que me receberam na intimidade de seus lares, afetando-me durante os nossos encontros;

A Rejane, que se desdobrou para que eu pudesse me ausentar temporariamente;

A Cinara, pela presteza e generosidade com que cuidou do abstract;

A Isabel, Alessandra, Cinthia, Wesly, Delwa, Lúcia e Matias, Regina e Romero, Maria e Luana, que foram a família de Amanda quando eu precisei estar ausente;

A Ione e Zé, que me hospedaram em seus corações e em seu lar, sendo para mim os pais que eu pensava não ter mais;

A Patrícia, pelo estímulo, orientação e amizade, fundamentais em todas as etapas desse projeto;

A Alcione, amiga de sempre e que atualmente muito tem me ensinado sobre garra, solidariedade e superação;

A Regininha, amiga-irmã, sempre solícita, prestativa e generosa;

A Eveline, pelas preciosas orientações sobre informática;

A Jacqueline e Chico, com quem tenho tido encontros realmente potencializadores;

A Marcela e suas generosas agulhadas, que mantiveram em mim os níveis de energia e entusiasmo necessários para a geração dessa dissertação;

A Jô, pelas suas respostas sempre pontuais aos meus e-mails e telefonemas clamantes de ajuda;

A minha mãe, que me apresentou ao mundo das letras e propiciou minha jornada acadêmica até a graduação, mostrando-me a face da razão e sua beleza;

Ao meu pai, amante das boas coisas da vida, que me mostrou que sentir é tão importante quanto pensar, embora mais sentisse do que pensasse;

A todas as outras pessoas de quem não me lembrei o nome, mas que me afetaram e possibilitaram esse inventar-me mestre.

A todos, o meu sincero agradecimento e o meu carinho. Certamente, sem os nossos encontros, eu não teria conseguido efetivar esse projeto.

A presença do louco na cultura implica convidar a cultura a repensar suas relações com a loucura, para reinventar seus limites e suas possibilidades de conexão.

Marta Lobosque

RESUMO

Esse trabalho apresenta um estudo dos encontros entre os agentes comunitários de saúde, pertencentes ao Programa de Saúde da Família (PSF) de Matozinhos, e as famílias dos portadores de transtorno mental, usuários do CAPS-Cidadi, durante as visitas domiciliares, procurando conhecer seus efeitos nos processos de subjetivação e desinstitucionalização da loucura, sob a ótica da filosofia da diferença. Para isso, realizamos a revisão de alguns documentos que relatam a história e discutimos propostas e desafios que acompanham o processo dessa desinstitucionalização, bem como apresentamos as diretrizes das atuais políticas públicas que regem a atenção à saúde em nosso país. Na seqüência, discutimos os conceitos advindos da filosofia da diferença, que sustentaram a análise dos dados coletados. Em seguida, apresentamos os dados coletados na pesquisa de campo, obtidos através da observação participante das visitas domiciliares que os agentes comunitários de saúde fizeram às residências dos portadores de transtorno mental e das entrevistas semi-estruturadas realizadas com esses agentes. A partir desses dados, fizemos uma cartografia das marcas produzidas nesses encontros e concluímos que, apesar dos avanços alcançados durante o processo da reforma psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização da loucura ainda é um desafio que sofre os efeitos tanto dos encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental, como da desarticulação existente entre a atenção básica e a atenção à saúde mental, além daqueles oriundos dos “desejos de manicômio” presentes nas subjetividades.

Palavras-chave: Saúde pública; Saúde mental; Desinstitucionalização; PSF; Família.

ABSTRACT

This essay presents a report about the encounters between the community health agents from the staff of the Programa de Saúde da Família (PSF) in Matozinhos and the mental upheaval families, which are frequent users of CAPS-Cidadi, during home visits, with the objective to achieve knowledge about its effects in the process of subjetivation and mentally ill desinstitutionalization under the philosophy of different point of view. A review of some documents, the discussion of proposals and the challenges of the desinstitutionalization were made, though the presentation of public health policies in our country. After that, it has been discussed the concepts from the philosophy of different that supported the analyses of the collected data. Finally, it has been presented the collected data during the field research obtained through the observation during the home visits performed by the community health agents to the mental upheaval residences and the programmed interviews also performed by those agents. Based on the data collected, a map of the results achieved was drawn, and the conclusion is that although the Reformulation of Brazilian Psychiatric, the desinstitutionalization of mental illness is still being a challenge that suffers the effects of the encounters between the community health agents and the mental upheaval families, as the disarticulation that exists between basic health attention and the mental health attention, beyond the ones originated from the “lunatic asylum desires” that live in the subjectivities.

Key words: Public health services; Mental health; Desinstitutionalization; PSF; Family.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização Interna Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
CsO	Corpo sem órgãos
ESF	Equipe de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
PA	Pronto Atendimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PTM	Portador de Transtorno Mental
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
 2 CAPÍTULO I – A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: UM POUCO DE HISTÓRIA, ALGUMAS PROPOSTAS, VÁRIOS DESAFIOS... ..	14
2.1 Desinstitucionalização da loucura e Programa de Saúde da Família	18
2.2 A rede de atenção à saúde mental	27
2.3 A municipalização da atenção à saúde	29
 3 CAPÍTULO II – OS ENCONTROS E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	35
3.1 Os encontros e os processos de subjetivação: o olhar da filosofia da diferença	36
3.1.1 <i>A subjetividade e suas transformações</i>	40
3.1.2 <i>Os encontros</i>	45
 4 CAPÍTULO III – MERGULHO NAS INTENSIDADES	53
4.1 As famílias que visitamos e os agentes que acompanhamos	60
4.2 Cartografia	62
4.2.1 <i>Em torno da família 1</i>	65
4.2.2 <i>Em torno da família 2</i>	75
4.2.3 <i>Em torno da família 3</i>	87
4.2.4 <i>Em torno da família 4</i>	94
4.2.5 <i>Em torno das unidades de saúde da família</i>	106
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
 REFERÊNCIAS	116
 APÊNDICE A	122

1 INTRODUÇÃO

A temática desse trabalho gira em torno dos encontros entre os agentes comunitários de saúde (ACS's), do Programa de Saúde da Família (PSF) de Matozinhos, e as famílias dos portadores de transtorno mental (PTM's), usuários do CAPS-Cidadi.

Considerando as mudanças paradigmáticas que os conceitos de saúde e loucura têm sofrido no decorrer da história, procuramos conhecer como essas transformações têm influenciado as atuais políticas públicas no que diz respeito à formulação de diretrizes da atenção à saúde e as atuais propostas da reforma psiquiátrica brasileira na concepção do cuidado ao transtorno mental. Dentro do amplo espectro que se refere à saúde pública e à atenção à saúde mental, privilegiamos a desinstitucionalização do portador de transtorno mental como foco de investigação.

O meu interesse pelo referido tema nasceu da minha prática clínica, construída em serviços de atenção à saúde mental, em Matozinhos, inicialmente em um ambulatório e, posteriormente, no CAPS-Cidadi. Durante os quatorze anos em que atuo na saúde pública como psicóloga, tenho acompanhado as mudanças ocorridas nas lógicas de conceber e conduzir a terapêutica oferecida aos portadores de transtorno mental, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como os esforços pela conquista de financiamentos desses serviços e pela busca do resgate da cidadania e da reinserção social das pessoas neles atendidas, compartilhando angústias, conquistas, incertezas, paradoxos, não só com os PTM's e seus familiares, como também com gestores e outros profissionais de saúde.

Acreditando que os encontros diários entre os profissionais dos serviços de saúde e a loucura possam constituir-se em dispositivos para a desinstitucionalização e que esses mesmos encontros possam contribuir, por outro lado, para a manutenção dos estigmas que sustentam a exclusão social dos ditos loucos, parti para uma investigação sistematizada em forma de pesquisa de campo, na tentativa de confirmar ou não essas crenças. Apesar de participar ativamente da luta antimanicomial, entendo que ainda existem desejos de subjugar os PTM's em nome da ordem, da razão e dos indicadores de saúde e que esses desejos encontram-se tão arraigados em algumas subjetividades que sequer são conhecidos por elas,

estando disseminados também entre os profissionais de saúde e permeando suas práticas. Não se trata, aqui, de um julgamento moral, mas de discutir se a desinstitucionalização da loucura está, de fato, acontecendo no cotidiano dos serviços públicos de atenção à saúde.

O CAPS-Cidadi é um desses serviços e possui uma equipe empenhada em construir em Matozinhos uma rede de atenção à saúde mental que prescindia do hospital psiquiátrico, mas que ainda trabalha de forma desarticulada com o Programa de Saúde da Família, embora o município tenha onze (11) unidades de saúde da família que atende a toda a população e a coordenação de saúde mental conte com o apoio do secretário municipal de saúde em seus esforços para desinstitucionalizar o transtorno mental. Considerando a importância da articulação entre a atenção básica e a atenção à saúde mental para atingir esse objetivo, cabe perguntar: o que tem sido construído nos encontros entre os agentes comunitários de saúde [integrantes do PSF] e as famílias dos PTM's [usuários do CAPS-Cidadi] aponta para a desinstitucionalização da loucura ou para a manutenção da segregação do portador de transtorno mental? Essa é uma das questões que buscamos responder com esse estudo.

Partindo da proposta do PSF de conhecer as características, as necessidades e as potencialidades da população a nível local, através das visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde a todas as residências de cada município, entendemos que as famílias dos portadores de transtorno mental de Matozinhos são visitadas mensalmente e pensamos que essas visitas possam se constituir em dispositivos para a desinstitucionalização da loucura. Nesse município, os PTM's são visitados sistematicamente somente pelos ACS's, uma vez que os profissionais do CAPS fazem apenas visitas esporádicas a determinadas residências. Esse fato levou-me a questionar os efeitos da desarticulação entre o PSF e o CAPS nos processos de subjetivação e na desinstitucionalização estudada.

Objetivando conhecer esses efeitos, bem como aqueles decorrentes dos encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental, elegemos a pesquisa qualitativa e as contribuições da filosofia da diferença como companheiras nesse percurso. Ao sustentar uma leitura da subjetividade a partir de um raciocínio de exterioridade, esse marco teórico nos permitiu estudar o que ocorre entre a família e os agentes, mapeando os encontros que se realizaram. Utilizamos ainda, na pesquisa de campo, a observação

participante e as entrevistas semi-estruturadas como ferramentas para traçar uma cartografia das marcas produzidas nos encontros estudados.

Para abordar a temática proposta, estruturamos esse trabalho da seguinte forma:

No primeiro capítulo, estudamos um pouco da história, algumas propostas e vários desafios no processo de desinstitucionalização da loucura. Para isso, retomamos alguns autores que fizeram uma reflexão consistente desse processo, consultamos parte da legislação vigente e que rege as políticas públicas de atenção à saúde, bem como revimos algumas consequências das mudanças dessas políticas como, por exemplo, a implantação do Programa de Saúde da Família e dos serviços substitutivos ao manicômio, além da municipalização da atenção à saúde. Apresentamos, ainda, a viabilização dessa proposta na cidade de Matozinhos, local em que se dá a pesquisa de campo.

No segundo capítulo, analisamos alguns conceitos sob a ótica da filosofia da diferença, que sustentaram a análise dos dados coletados na pesquisa de campo. Esses conceitos nortearam a nossa forma de pensar os encontros e os efeitos que eles podem ocasionar nos processos de subjetivação.

No terceiro capítulo, relatamos a pesquisa de campo que realizamos, apresentando os procedimentos metodológicos utilizados tanto para a coleta como para a análise dos dados. Analisamos os pontos encontrados e tecemos uma cartografia das marcas percebidas nos encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental, durante as visitas domiciliares que acompanhamos.

No capítulo quatro, fizemos as considerações finais, sem o intuito de esgotar a temática, mas apresentando algumas conclusões e levantando questões a serem aprofundadas em um próximo estudo.

2 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: UM POUCO DE HISTÓRIA, ALGUMAS PROPOSTAS E VÁRIOS DESAFIOS...

A história, segundo Foucault, nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos.

Gilles Deleuze

As lógicas de se pensar a loucura foram se transformando durante a história da humanidade. Em nosso país e no mundo, essas modificações intensificaram-se após a Segunda Guerra Mundial, originando uma série de tentativas reformistas que contribuíram para o desenvolvimento da atual política da saúde mental. Segundo Rosa (2003), nesse momento histórico do pós-guerra, as práticas psiquiátricas foram questionadas e sofreram diversas mudanças. O desenvolvimento da psicofarmacologia, a mudança do paradigma da doença mental para o paradigma da saúde mental, a visão do manicômio como cronificador de doenças e as tentativas de humanizá-lo, a análise da doença mental como um problema social e a psiquiatria como uma modalidade de controle social, perpassaram o cenário mundial.

No Brasil, essas transformações ganharam um novo impulso com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que, no ano de 1987, realizou o seu II Encontro Nacional, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o dia 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”. Esse movimento e os encontros que dele advieram, contribuíram para a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no final da década de 1970 e calcada na crença de que o território brasileiro era cenário de práticas tutelares e de desrespeito aos direitos dos portadores de transtorno mental (PTM's). Embora exista uma discussão quanto ao termo portador de transtorno mental [pensado por alguns como relacionado muito mais à “doença” psiquiátrica], em oposição ao termo portador de sofrimento mental/psíquico [que enfatizaria os aspectos subjetivos], não entraremos no mérito dessa questão. Utilizaremos o termo portador de transtorno mental, por ser essa a nomenclatura encontrada na maioria das publicações oficiais do Ministério da Saúde sobre o assunto sem, contudo, menosprezarmos os aspectos subjetivos que envolvem a problemática. Ressaltamos, inclusive, que os processos de subjetivação

são o foco desse estudo e permearão a discussão sobre como os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos PTM's têm afetado esses processos e quais as implicações desses afetamentos na desinstitucionalização da loucura.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica¹, com o intuito de delimitar um novo lugar social para a loucura, privilegia o resgate da cidadania e defende a desinstitucionalização do portador de transtorno mental. Permeando essa forma de pensar está a mudança paradigmática que propõe a ampliação do conceito de saúde para além das explicações clínicas diferenciais e a invenção de um lugar em que o PTM possa reconstruir a sua autonomia e o seu convívio social, sem a tutela do saber especializado, autoritário e normalizador. Para tanto é necessária a criação de dispositivos que não sejam sustentados pelos estereótipos relacionados à loucura, mas que acolham a alteridade na forma em que ela se apresente, sem que se lance mão dos grilhões que acorrentaram aquilo que fugia à norma instituída pela psiquiatria e pela sociedade.

A proposta da desinstitucionalização aponta, portanto, para uma mudança epistemológica que alarga as fronteiras entre saudável e doentio, loucura e normalidade, igual e diferente, desejável e indesejável, sujeito e objeto. A partir dessa nova maneira de pensar a loucura, suas causas e conseqüências, bem como as relações com os portadores de transtorno mental, perceberemos diferentes nuances nos esforços de sustentação desse novo paradigma. A reforma psiquiátrica nasceu no cerne da luta antimanicomial, que pode ser definida como um embate político por transformações estruturais da sociedade, para que ela acolha o PTM em seu interior. Essa luta propôs, inicialmente, o fechamento dos manicômios, como o ponto de partida para a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental. Partiu-se, então, da desospitalização rumo a desinstitucionalização, buscando a horizontalização das relações, o rebaixamento do *status* da doença mental, privilegiando o indivíduo que sofre as suas conseqüências, além do resgate do seu estatuto de cidadão através das práticas voltadas para a reabilitação psicossocial. Assim, a reforma psiquiátrica tem sido permeada por práticas, embates e propostas singulares, advindas de vários dispositivos, mas que têm como eixo comum o

¹ Assim denominado por Amarante (2002), devido à sua generalidade e possibilidade de construir parcerias em outros setores, apesar das várias discussões e divergências sobre essa terminologia.

respeito e o acolhimento às singularidades, objetivando a desinstitucionalização da loucura em todos os contextos e ações.

É importante realçar que a desospitalização tem sido apenas o primeiro passo proposto pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica para que a desinstitucionalização também possa acontecer. Não há como pensar em convivência social, em encontros com a alteridade, se ela se encontra encarcerada atrás dos portões dos manicômios.

O que é, senão a violência, a força que leva uma sociedade a afastar e excluir os elementos que não participam do seu jogo? O que é, senão exclusão e violência, a base sobre a qual se apóiam as instituições cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir o que resta de pessoal no indivíduo, para salvaguardar o bom andamento e a organização geral? [...].(BASAGLIA, 2005, p.126).

Amarante (Informação verbal)² também propõe que desinstitucionalizar seja entendido como uma mudança no paradigma para pensar a loucura e não apenas como sinônimo de desospitalizar. Ele entende o manicômio como um conjunto de saberes e práticas que restringem a individualidade e que podem estar presentes em qualquer ato e espaço, não apenas no asilo. Nesse sentido, Machado e Lavrador (2001) trazem uma contribuição relevante ao apontarem que a luta do Movimento Antimanicomial pode ser pensada como uma “[...] luta pelo não-encarceramento e pelo não-esquadrinhamento do desejo.”(MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.45). Desejo, aqui, entendido como perpassando todo o campo social, histórico, político e cultural, a serviço da revolução contra a naturalização do instituído. Essa forma de pensar o desejo advém da filosofia da diferença que o considera como propulsor das ações, uma vez que está ligado aos fluxos e às intensidades que fluem incessantemente, possibilitando invenções sempre que rompe com os sentidos previamente orientados, redirecionando-os. Esse ponto será aprofundado no próximo capítulo.

Para que essa mudança seja possível, o Movimento da Reforma Psiquiátrica propõe que o tratamento do PTM aconteça na comunidade em que ele vive, em espaços extra-hospitalares, considerando o hospital psiquiátrico um instrumento de repressão, local de sofrimento, de exclusão, e não de cuidado e assistência, como um primeiro passo em direção à sua desinstitucionalização. Dessa maneira, o portador de transtorno mental severo e persistente, como hoje é nomeado o louco,

² Dados de palestra proferida durante o IV Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos, em 12/11/2005.

passou a figurar como sujeito de direitos e, como tal, a prescindir de cuidados mais humanitários dentro do cenário social. Em decorrência disso, políticas públicas e serviços terapêuticos substitutivos ao hospital psiquiátrico começaram a ser pensados e desenvolvidos no final dos anos de 1980, consolidando-se nos anos de 1990, objetivando apoiar e garantir a desinstitucionalização proposta, partindo da desospitalização.

Observamos que foi apenas após a aprovação da Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que pudemos assistir ao fechamento progressivo dos manicômios, a uma considerável redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos que continuam em atividade, à regulamentação dos direitos do PTM e a uma intensificação das políticas públicas, vinculadas ao Ministério da Saúde, para que essa Reforma possa ser efetivada. Assim, tem sido construída a rede de atenção à saúde mental, visando a busca da promoção de modelos alternativos que possibilitem a reinserção social e a criação de novas formas existenciais e relacionais desse novo sujeito de direitos, em substituição ao modelo asilar de tratamento. Atualmente, cerca de 50.000 leitos psiquiátricos já foram fechados e mais de 800 serviços substitutivos ao manicômio foram criados. Essas iniciativas encontraram respaldo no Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no Brasil, que sustenta a concepção ampliada de saúde constante na lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), entendida não somente como ausência de doenças, mas dependente e reflexo das condições de vida. Além disso, na Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988a), a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, que deve possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, princípios em que se fundamenta o SUS. Essas ações e serviços devem visar o cuidado ao indivíduo como um todo, respeitando as singularidades, bem como ser descentralizados, garantindo uma atenção próxima e de boa qualidade a todos.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o 'Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a iniciativa privada pode participar do SUS, mas em caráter complementar. Caso isso ocorra, as suas ações deverão estar

articuladas tanto com as ações da atenção básica, quanto com as da média e da alta complexidade e, como estas, estarão regidas pelas políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

2.1 Desinstitucionalização da loucura e Programa de Saúde da Família

Há todo um manejo de forças e energia em prol da ressocialização e reinserção social do PTM, em que diferentes perspectivas teóricas e recursos são ressignificados e reinventados para produzir vida e reinventar a saúde.

Lucia Rosa

Optamos por pensar a desinstitucionalização defendida pela Reforma Psiquiátrica em sua interface com o Programa de Saúde da Família (PSF), devido à atual proposta do Ministério da Saúde de integrar a rede de atenção a saúde mental à rede básica de atenção à saúde, objetivando o deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, apoiando a desospitalização, por considerarmos ser este um importante passo na desinstitucionalização do PTM. Entendemos que a estratégia utilizada pelo PSF de ir ao encontro da população, através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde inclusive às famílias dos portadores de transtorno mental, por si só não constitua um dispositivo que assegure essa desinstitucionalização. Mas pensamos que os encontros que acontecem entre essas famílias e os agentes comunitários afetam as subjetividades, podendo tanto reforçar a repressão à singularidade do “louco”, quanto contribuir para a sua libertação, como examinaremos mais adiante. Afinal, a concretização, de fato, da desinstitucionalização, também se dá no cotidiano dos serviços substitutivos, dos serviços de atenção básica à saúde, no exercício profissional diário dos técnicos e na sua relação com a loucura.

Salientamos, mais uma vez, que desospitalizar não é sinônimo de desinstitucionalizar, sendo a desinstitucionalização uma postura sustentada pelo desejo de que o outro não seja subjugado e tutelado, apesar de portar um diagnóstico de transtorno mental. Mas desejos contrários a esse e que impliquem em dominar, controlar e oprimir não são encontrados apenas nos manicômios, estando espalhados por onde quer que existam “desejos de manicômios”

(MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46). Esse termo foi cunhado por Machado & Lavrador (2001) que afirmam serem esses desejos expressões das marcas, das linhas duras, que a história e a cultura imprimiram em nós, ao longo do tempo, e que nos induzem a subjugar e encarcerar o louco e a loucura em classificações nosológicas e saberes “psi”. Através deles, os manicômios são mantidos em atividade, mas não têm endereços fixos, sendo encontrados disseminados na rede de atenção à saúde ou aonde quer que existam “desejos de manicômio”. Nesse sentido, podemos afirmar que esses desejos fazem parte da nossa própria subjetividade, podendo estar aninhados em cada um de nós. A desinstitucionalização aponta, portanto, não só para mudanças nas estruturas físicas e funcionais dos serviços de saúde, mas principalmente para a necessidade de mudanças subjetivas e culturais das formas de pensar e conviver com a loucura e com os portadores de transtorno mental.

Existem sempre falsos profetas. Mas, no caso da psiquiatria, é a própria profecia a mostrar-se falsa, ao impedir, por seu esquema de definições e classificações dos comportamentos e pela violência com que os reprime, a compreensão do sofrimento, de suas origens, de sua relação com a realidade da vida e com a possibilidade de expressão que o homem encontra ou não encontra nessa vida. Continuar aceitando a psiquiatria e a definição de “doença mental” significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar. (BASAGLIA, 2005, p.298).

Como já dissemos, um dos esforços atuais em direção a desospitalização é o incentivo à articulação das redes de atenção à saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Além disso, o Movimento da Reforma Psiquiátrica propõe a reinserção social do PTM como prioridade dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, visando a sua desinstitucionalização. Sendo esses serviços regulados pelas políticas públicas, realçamos que essas políticas também sofreram redirecionamentos em função das transformações sócio-históricas, alterando não só a política assistencial como o seu financiamento. Na reforma política, podemos apontar a descentralização e a integralidade das ações como sustentáculos das práticas vigentes, sejam elas direcionadas à atenção básica ou à atenção à saúde mental. Quanto ao financiamento, as ações e serviços de saúde implementados pelos estados e municípios, são financiados não só por recursos próprios, mas também por recursos

da União, provenientes do orçamento da Seguridade Social. O financiamento federal possibilitou a pequenos municípios do interior dos estados, como no caso de Matozinhos que serviu de campo para a realização desse estudo, a oportunidade de implementar ações de saúde que não dependessem unicamente do poder público municipal, coibindo em certa medida atos eleitoreiros. Há, ainda, a exigência do controle social realizado através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que tem funcionado como uma forma de regular excessos com fins outros que não a promoção da saúde.

Especificamente em relação à saúde mental, os recursos financeiros utilizados são captados através do pagamento de APAC's [Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/custo], utilizadas nos CAPS³ e nos Serviços Residenciais Terapêuticos; do pagamento de procedimentos ambulatoriais realizados por profissionais de saúde mental e do pagamento de AIH [Autorização Interna Hospitalar] psiquiátrica. Além disso, recursos para implantação e manutenção dos serviços de saúde mental, bem como a regulamentação das práticas assistenciais em saúde mental, são previstos em leis, decretos e algumas portarias ministeriais, dentre os quais destacamos: a Lei nº 8.142 de 28 dez. 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; o decreto nº1.232 de 30 ago. 1994 (BRASIL, 1994), que dispõe sobre as condições e a forma de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal; a Portaria Ministerial 336/GM de 19 fev. 2002 (BRASIL, 2002), a e define o papel do CAPS e a Portaria nº 251 de 31 jan. 2002 (BRASIL, 2002), que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria.

Em nosso país, a atenção à saúde está organizada em níveis diferentes de complexidade, sendo elas: atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade, de acordo com as leis e normas que regulamentam a saúde no Brasil. Essa organização está pautada nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde já mencionados e regulamentados pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, (BRASIL, 1990). Consideramos que a articulação entre a

³ Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários, integrantes da rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao cuidado aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, egressos de hospitais psiquiátricos e demais quadros cuja severidade e /ou persistência justifiquem cuidados diários. Objetivam favorecer o exercício da cidadania, a busca da autonomia e a inclusão social dos seus usuários.

atenção básica à saúde e a atenção à saúde mental [alta complexidade], ambas vinculadas às atuais políticas públicas, seja essencial para que a reinserção social do PTM possa ser alcançada e para a invenção de novas práticas de acolhimento ao transtorno mental. Para que essa articulação seja possível, é importante realçarmos três aspectos fundamentais: a noção de território, a noção de redes e a proposta de integralidade.

A noção de território perpassa as ações de saúde de todos os níveis de complexidade e diz respeito tanto ao meio geográfico onde está inserida a comunidade atendida, quanto aos vários recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais e de lazer que o compõem. Cada ação é orientada para atender efetivamente à comunidade de determinado território. Além disso, para que todos os níveis de ações de saúde planejadas e/ou desenvolvidas possam ter um índice maior de resolutividade, torna-se necessária a criação e articulação de redes de serviços. Essas redes devem ser compostas por todos os serviços de saúde existentes em um dado território, independente do seu nível de complexidade, além de incluir todos os outros recursos existentes na comunidade e a invenção de outros dispositivos que se fizerem necessários para a promoção integral da saúde. Cada componente dessas redes tem funções e objetivos específicos e, através da interação entre elas, possibilitam maior promoção, proteção e recuperação da saúde da população assistida. A integralidade da assistência oferecida à população, depende da articulação interna de cada uma delas e entre elas. É um trabalho conjunto em prol da saúde integral do homem considerado como um todo e não como um somatório de partes sobrepostas.

A atenção básica está organizada em uma rede de serviços e a Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para a sua organização. A atenção de média complexidade engloba ações e serviços que, por exclusão, não fazem parte da atenção básica e requerem profissionais especializados e recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. A atenção de alta complexidade é formada pelo conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo e, geralmente, dão suporte aos usuários que necessitam de cirurgias e tratamento de doenças crônicas.

A rede básica de saúde é constituída pelos Centros ou Unidades de Saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e pelo Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁴ e é considerada, pelo referido ministério, “[...] o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.”(BRASIL, 2004, p. 25). O Programa de Saúde da Família é a principal estratégia para a reorganização do sistema de saúde e foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, atuando no nível primário de atenção e em conformidade com os princípios do SUS [universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular]. O PSF é uma estratégia para modificação das diretrizes voltadas para a doença e, conseqüentemente, baseadas na valorização do hospital, reorientando-as para a saúde, em parceria com as famílias e considerando-as aliadas importantes. Portanto, a lógica que sustenta esse programa baseia-se na desospitalização e em uma mudança na norma dos procedimentos, que passam da doença para a promoção da saúde e do hospital para a comunidade.

No Programa de Saúde da Família, as Unidades de Saúde da Família (USF's) foram pensadas para substituírem a rigidez característica dos tradicionais centros ou postos de saúde [que basicamente vacinavam as crianças e encaminhavam os doentes aos hospitais e serviços especializados após triagem], por uma forma mais dinâmica de atendimento que privilegie a atenção integral à saúde e propicie resolver vários tipos de problemas da população sob sua responsabilidade. Isso é feito através do atendimento direto às pessoas ou através da organização dos fluxos entre os diversos níveis de complexidade de ações, quando os seus recursos internos já foram esgotados. Para isso, as Equipes de Saúde da Família (ESF's) que nelas trabalham, devem cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência, fazer o diagnóstico de saúde dessa comunidade e estabelecer ações e metas relacionadas aos principais indicadores de saúde. Os indicadores de saúde estabelecidos para a atenção básica são: população coberta pelo programa [PSF e PACS], média mensal de visitas por família, percentual de crianças com esquema vacinal básico em dia, percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo, percentual de cobertura de consultas pré-natais, prevalência de desnutrição, taxa de mortalidade infantil por diarreia, taxa de hospitalização por pneumonia e por

⁴ Programa de Agentes Comunitários de Saúde: é uma estratégia transitória de vinculação com a comunidade, até que seja possível a implementação do PSF.

desidratação. De acordo com esses parâmetros, a taxa de hospitalização por transtorno mental e/ou o percentual de pessoas com diagnóstico de transtorno mental estabilizadas e inseridas na comunidade não são considerados indicadores de saúde da atenção básica. Esse fato parece confirmar a dicotomia apontada por Dimenstein et al. (2005) e existente entre saúde e saúde mental, apesar do princípio de integralidade proposto pelo SUS para as ações de saúde.

Em uma mesma USF podem atuar até três ESF's, desde que o espaço físico comporte. Cada equipe de saúde da família deve ser composta, no mínimo, por um (01) médico generalista, um enfermeiro, um (01) auxiliar de enfermagem e por quatro (04) a seis (06) agentes comunitários de saúde. Essas equipes devem dedicar-se integralmente à Saúde da Família, cumprindo uma jornada diária de oito (08) horas de trabalho. Essa jornada deve propiciar o estabelecimento de um vínculo efetivo com a comunidade, através do conhecimento pessoal de cada usuário da USF: quem são essas pessoas, onde moram, quais os seus familiares, qual a sua história de vida e de saúde.

No Programa de Saúde da Família, o agente comunitário de saúde ocupa uma posição relevante. Ele é um elemento essencial na equipe de saúde da família, por ser o principal elo integrador entre comunidade e Unidade de Saúde da Família, sendo um componente importante dessa rede. É atribuição do ACS o cadastramento de todas as pessoas residentes na micro-área pela qual é responsável, bem como o registro dos hipertensos, diabéticos, gestantes, menores de cinco anos e, no mínimo, uma visita domiciliar mensal a todas as residências da área de abrangência sob sua responsabilidade, visando a prevenção de agravos. Espera-se, com isso, diminuir o índice de mortalidade infantil e evitar complicações gestacionais, bem como aquelas decorrentes da hipertensão e do diabetes. É ele que tem uma convivência mais direta e freqüente com as pessoas, ouve suas demandas, queixas e confissões, presencia conflitos e sofrimentos, atuando como porta-voz dessas famílias na USF e em outros dispositivos de saúde, na tentativa de facilitar o atendimento integral a essas pessoas.

Ao visitar mensalmente as residências, o ACS tem pelo menos um contato mensal com os familiares do PTM e, às vezes, com os próprios portadores que fazem parte dessa área, participando de certa forma do contexto familiar. É relevante realçar que, apesar disso, não há nenhuma referência no protocolo de funções gerais do ACS relacionada ao atendimento aos portadores de transtorno mental.

Apenas recentemente tem-se discutido um programa de capacitação do agente comunitário de saúde que inclua o cuidado e a atenção aos portadores de transtorno mental. Todavia, as iniciativas de execução dessa capacitação ainda são fatos isolados no território nacional. Vemos aqui um paradoxo: apesar do Ministério da Saúde considerar a rede básica de saúde como a responsável por construir uma nova forma de lidar com o transtorno mental e do ACS ser o integrante da atenção básica mais próximo da comunidade, não há suporte necessário às suas vivências e às suas ações dirigidas às famílias de portadores de transtorno mental, apesar da responsabilização que recai sobre ele. Consideramos isso uma expectativa desarticulada de ações concretas que possibilitem a sua realização.

Entendemos que a atual Política Nacional da Atenção Básica, regida pela portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, do PSF e do PACS, permitindo a inclusão de indicadores de saúde acordados regionalmente nas CIB's⁵ estaduais, aponta para um esforço necessário em articular a atenção básica e a atenção à saúde mental. A inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que está sendo discutida como mais uma tentativa de evitar o encaminhamento de casos graves para a internação, confirma essa tendência. Para essa inclusão, estão sendo propostos os seguintes indicadores: percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de álcool, percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, número de pessoas identificadas com transtornos mentais graves, percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica, prevalência de transtornos convulsivos, número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos e percentual de pessoas com tentativa de suicídio. Todos esses indicadores devem estar relacionados aos atendimentos prestados pela atenção básica e estar discriminados em função da faixa etária e do sexo do usuário do serviço. A aprovação da inclusão desses indicadores no SIAB depende da aprovação dos órgãos competentes. Caso isso ocorra, desencadeará uma significativa alteração no protocolo de funções gerais do ACS, possibilitando o redirecionamento do olhar desse profissional de saúde para o PTM.

⁵ Comissão Intergestores Bipartite é o fórum de negociação entre o Estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. É composta paritariamente por seis representantes da Secretaria de Estado da Saúde e seis membros do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

Como Dimenstein et al. (2005), apoiamos essa iniciativa por considerá-la um passo importante na efetivação da ampliação do conceito de saúde e suas conseqüências práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Além disso, consideramos que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado de intervenção. (DIMENSTEIN et al., 2005, p.26).

Por não pertencer à atenção básica, o psicólogo não está incluído entre os profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família, embora não haja empecilhos legais para que essa equipe seja ampliada. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2006), o município de Catanduva, no estado de São Paulo, foi pioneiro na integração de outros profissionais ao PSF, incluindo o psicólogo. Essa iniciativa trouxe bons resultados e contou com o apoio do referido conselho, que defende a inserção desse profissional nas equipes do PSF, bem como a reorganização do modelo de atenção básica no Brasil. Concordamos que essa é uma iniciativa necessária e importante, uma vez que oferece um atendimento mais amplo às famílias, abordando aspectos psicológicos que atravessam as queixas orgânicas, propiciando uma escuta especializada às questões antes ignoradas ou menosprezadas e contribuindo para a ampliação do compromisso social da psicologia. Pensamos que há lugar para uma clínica que não esteja pautada em dogmas e reducionismos e que o psicólogo pode ser o expoente de uma prática ampliada e mais condizente com os desafios atuais: individualismo exacerbado, medicalização e patologização das emoções e diferenças, tendência a excluir do contexto social aquele que não adere aos modismos/modelos estabelecidos. Além disso, essa pode ser uma oportunidade interessante para o rompimento da já citada dicotomia existente entre saúde e saúde mental e apontada por Dimenstein et al. (2005).

Atualmente, a atuação do psicólogo junto às equipes de saúde da família se restringe ao apoio matricial. Essa estratégia, que é regulamentada pelo Ministério da Saúde, objetiva dar suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento

de ações básicas de saúde junto à população, através de discussões de casos e intervenções conjuntas, compartilhando a responsabilização do cuidado e excluindo a lógica do encaminhamento/fragmentação, em função da ampliação da capacidade resolutiva dos problemas pela equipe local. Tanto o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica, quanto a inclusão do psicólogo nas ESF's e a discussão da introdução de indicadores da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (SIAB), parece-nos estratégias importantes no sentido de articular melhor os dois níveis de atenção à saúde.

Acreditamos que a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial seja possível, desde que os serviços substitutivos ao manicômio desconsiderem o hospital psiquiátrico como um elemento da rede de atenção à saúde mental e contribuam para a transformação dos “desejos de manicômio” (Machado; Lavrador, 2001) em desejos de invenção. Invenção que considere a convivência com a alteridade na composição em que ela se apresentar e que depende não só da legislação vigente e dos serviços de saúde, mas de cada um.

[...] qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como “inferioridade”, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência. O fechamento do hospital psiquiátrico não interrompe na origem a cadeia da “psiquiatrização” do sofrimento, produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátricos, estruturados em referência à sua função, assim como na cultura que ele mesmo alimenta. (BASAGLIA, 2005, p. 247).

É essa reforma que se contrapõe tanto aos manicômios edificadas externamente quanto àqueles introjetados e sustentados pelos “desejos de manicômio”, que nós apoiamos. Sabemos dos desafios diários que permeiam essa transformação; contudo, acreditamos que ela seja possível. No próximo capítulo, discutiremos como as linhas de fuga e as rupturas de sentido podem contribuir com a criação de uma nova forma de relacionamento com o transtorno mental, condizente com as propostas da reforma psiquiátrica.

2.2 A rede de atenção à saúde mental

O Ministério da Saúde entende que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os responsáveis por organizar a rede de atenção à saúde mental. Segundo este órgão, essa rede deve ser composta pelos seguintes dispositivos: CAPS, CAPSad [atenção aos usuários de álcool e outras drogas], CAPSi [atendimento infantil], Residências Terapêuticas, Centros Comunitários, Instituições de Defesa dos Direitos dos Usuários, PSF/PACS, Unidades Básicas de Saúde, Prontos-Socorros Gerais e Hospitais Gerais. O credenciamento dos CAPS pelo Ministério da Saúde, bem como a sua tipologia, estão submetidos ao número de habitantes do município onde estarão inseridos.

Os CAPS fazem parte dos serviços públicos de saúde que foram pensados para substituírem os manicômios e são considerados serviços de alta complexidade. Foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 (1992), sendo atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Enquanto serviços substitutivos ao manicômio eles não devem considerá-lo como parte integrante da rede de atenção à saúde mental, mas devem propor e inventar novos dispositivos para o cuidado do PTM. Só assim será possível desospitalizar o transtorno mental para, em um segundo momento, desinstitucionalizá-lo. A invenção tem-se mostrado um componente essencial desses serviços, uma vez que ainda são espaços em construção, dentro de uma lógica inovadora. Acreditamos que a construção de um espaço social para o portador de transtorno mental que não seja marginal, precisa envolver todos os recursos disponíveis, todos os membros da comunidade e todos os serviços públicos de saúde, por serem estes referência no trato e na delimitação entre saúde e doença.

Como dissemos, os direcionamentos atuais da política de saúde mental orientam que os CAPS assumam um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados. Para isso, deverão direcionar, a nível local, as políticas e programas de saúde mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que necessitem de outras formas de tratamento, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no

cuidado familiar ao PTM. "Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território."(BRASIL, 2004, p.13). De acordo com a sua tipologia, os CAPS diferem no tipo de clientela atendida e no horário de funcionamento, estando atualmente categorizados da seguinte maneira:

Tipologia Carac- terísticas	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad
População Municipal	20.000 a 70.000 habitantes	70.000 a 200.000 habitantes	acima de 200.000 habitantes	acima de 200.000 habitantes	acima de 100.000 habitantes
Horário de funcionamento	8 às 18 horas	8 às 18 horas	24 horas	8 às 18 horas	8 às 18 horas
Dias de funcionamento	2ª a 6ª feira	2ª a 6ª feira	2ª a 6ª feira, sábados, domingos e feriados	2ª a 6ª feira	2ª a 6ª feira
Clientela atendida	Adultos	Adultos	Adultos	Crianças e adolescentes	Adultos usuários de álcool e outras drogas

Quadro 1: Tipologia e características dos diversos tipos de CAPS.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Os CAPS II, i e ad podem ter um terceiro turno de funcionamento até às vinte e uma horas.

Apesar da existência de dispositivos de cuidado exclusivo aos PTM's, a idéia não é aprisioná-los em locais específicos, como em uma mera reedição dos manicômios. Em nosso entendimento, os CAPS ocupam um lugar de referência e não de exclusividade no cuidado à saúde mental, inserindo-se nas comunidades onde os seus usuários vivem e circulam. O cuidado integral à saúde proposto pelo SUS, como entendemos, rompe com as cisões entre físico e psíquico. Assim, os ACS's, ao visitarem todas as residências de um município, deveriam também incluir os PTM's em seu olhar, deixando de colaborar para a manutenção da exclusão social desses indivíduos e alargando, na prática, o conceito de saúde. Ao visitarem rotineiramente as residências dos PTM's, estabelecendo um vínculo mais consistente com os moradores, os ACS's convivem com o sofrimento humano para o qual, muitas vezes, esses profissionais não estejam devidamente preparados para lidar. Pensamos que a especificidade do vínculo estabelecido entre os ACS's e os

PTM's visitados por eles, pode ser considerada uma possibilidade de produção de saúde mental ou de cronificação do sofrimento através da exclusão social, da tutela e do assistencialismo, como examinaremos nos capítulos seguintes.

Por ser um espaço ainda em construção, as equipes que trabalham em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico vivenciam inúmeras dificuldades, tanto no que se refere às políticas públicas que envolvem a questão, quanto à inexistência de formação específica. Em função disso, aconteceu em Belo Horizonte no período compreendido entre 13 a 16 de julho de 2006, o Encontro Nacional de Saúde Mental intitulado "A reforma psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial", objetivando aprofundar as discussões sobre as práticas terapêuticas que sustentam esse novo modelo. A ênfase das discussões recaiu sobre o trabalhador enquanto protagonista da clínica que sustenta esses serviços e sobre a clínica antimanicomial propriamente dita: desafios, impasses e experiências relevantes.

2.3 A municipalização da atenção à saúde

Com a desospitalização dos indivíduos mentalmente enfermos, a responsabilidade do processo terapêutico foi redirecionada para os municípios, abrangendo as famílias e a comunidade, seguindo o princípio de descentralização proposto pelo SUS. Em Minas Gerais, onde o Movimento da Luta Antimanicomial produziu efeitos significativos, vários municípios aderiram às propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Matozinhos é um desses municípios, está situado na região metropolitana de Belo Horizonte, tem uma população estimada em 33.529 habitantes e foi escolhido como campo onde realizamos esse estudo. Essa escolha foi baseada na implicação da pesquisadora nesse contexto, uma vez que ela trabalha há quatorze anos na atenção à saúde mental desse município. Trabalho, esse, que teve início no ambulatório de saúde mental e que atualmente é desenvolvido no CAPS.

Para uma melhor localização do município, na região metropolitana de Belo Horizonte, apresentamos o seguinte mapa:

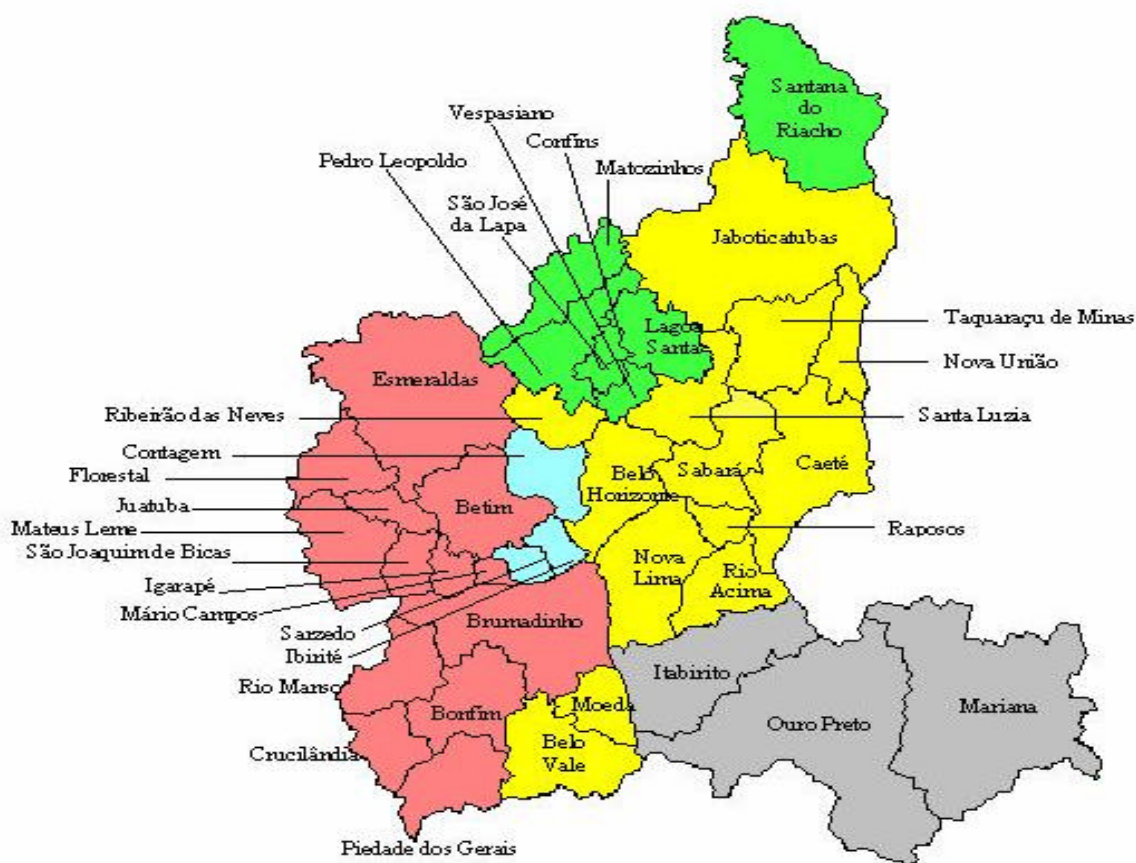


Figura 1: Divisão da região metropolitana de Belo Horizonte em micro-regiões.
Fonte: Gerência Regional de Saúde.

Em sua rede de atenção à saúde, o município conta com onze Equipes de Saúde da Família, integrantes do Programa de Saúde da Família e com um CAPS I, credenciado pelo Ministério da Saúde em 24 de novembro de 2005, apesar de trabalhar em conformidade com as diretrizes propostas para os Centros de Atenção Psicossocial desde junho de 2003. Além desses dispositivos, o município conta com um atendimento psiquiátrico público e ambulatorial, um pronto-atendimento municipal, um hospital geral e várias clínicas particulares.

O CAPS de Matozinhos (CAPS-Cidadi)⁶ oferece à população acolhimento a toda demanda [espontânea ou encaminhada], atendimento psicológico e psiquiátrico, oficinas terapêuticas e permanência-dia, além de projetos que visam o fortalecimento do laço social entre o usuário e a comunidade, funcionando de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas. A sua clientela é constituída por

⁶ CAPS-Cidadi – A sigla que compõe o nome desse CAPS significa Cidadania e Acolhimento à Diferença. Esse nome foi escolhido através de votação ocorrida em praça pública, nas comemorações municipais do Dia da Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 2006.

psicóticos, neuróticos graves e egressos de hospitais psiquiátricos, todos adultos. Não existe, nesse CAPS, um levantamento epidemiológico que delimite melhor a sua clientela. Além disso, os contatos que essa instituição tem com os familiares dos seus usuários são esporádicos, não existindo nenhum atendimento específico a essas famílias. Apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas por essa instituição como, por exemplo, estrutura física inadequada em função de espaço insuficiente e falta de equipamentos principalmente no posto de enfermagem, escassez de material tanto de consumo quanto destinado às oficinas terapêuticas, monitores e profissionais de nível médio não capacitados para o exercício da função, esse serviço tem recebido reconhecimento da Gerência Regional de Saúde pela qualidade do atendimento prestado aos seus usuários. Por se tratar de um serviço substitutivo e considerando as características da equipe técnica que o compõe, esse CAPS tem lutado para banir o hospital psiquiátrico da rede de atenção à saúde mental de Matozinhos. Tem se esforçado, também, para não institucionalizar o PTM em seu interior, promovendo ações que reforcem o vínculo social, a autonomia e a cidadania das pessoas a quem atende.

Entretanto, os usuários do CAPS são atendidos também pelo PSF, mas esse trabalho é feito de maneira desarticulada, o que impossibilita saber se as condutas e os objetivos são semelhantes, no que se refere ao trato com o portador de transtorno mental. Por isso e para atender às diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), esse CAPS está planejando as estratégias de abordagem e trabalho conjunto com o PSF. Uma vez que o ACS tem contatos mensais com o PTM, sem ter sido capacitado para atuar de maneira terapêutica em relação ao transtorno mental, cabe perguntar o que tem sido construído nesses encontros.

Considerando os encontros que acontecem entre os familiares dos usuários do CAPS e os ACS's como afetamentos que atingem a todos os envolvidos nessa dinâmica, influenciando os processos de subjetivação, podemos pensá-los como mecanismos de agenciamentos entre o contexto social e os portadores de transtorno mental que colaborem com a desinstitucionalização do PTM ou trabalhe na contra-mão dessa proposta, uma vez que a desospitalização por si só não garante a desinstitucionalização. Essas conexões podem potencializar tanto a libertação dos PTM's do lugar instituído anteriormente para o louco [exclusão social], quanto reforçar o estigma de periculosidade e incapacidade, que justificariam o jugo camuflado nos "desejos de manicômio"(MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46), que

emergem no plano de organização. Acreditamos que a desinstitucionalização pode e deve ser sustentada no cotidiano dos agentes comunitários de saúde e por isso elegemos o objeto de estudo em questão, ou seja, os encontros entre as famílias dos portadores de transtorno mental e os agentes comunitários de saúde.

Podemos pensar os ACS's em sua relação com a desinstitucionalização dos PTM's, a partir do que Deleuze (1992) intitulou intercessores, na tentativa de compreender a serviço do que está aquilo que está sendo produzido nos encontros que se dão entre eles. É através dos intercessores que a invenção torna-se possível e que os valores culturais são transmitidos. São eles que propiciam o surgimento do novo ou a reprodução do instituído.

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. [...] Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar os próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim; sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. (DELEUZE, 1992, p.156).

Se, por um lado, a municipalização trouxe avanços consideráveis no cuidado à saúde, no que se refere à saúde mental vários são ainda os desafios, principalmente referentes à desinstitucionalização do PTM. Apesar de recente na história do país, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em seu processo de construção, tem sido marcada por momentos distintos no que se refere às ideologias e propostas. Se no primeiro momento o seu objetivo maior era o fechamento dos manicômios, atualmente tem-se discutido e ampliado o conceito de desinstitucionalização, que passou a abranger maneiras de pensar, agir, cuidar e conviver que se reportam às singularidades. Isso não tem sido diferente em Matozinhos.

Além das estratégias de trabalho conjunto com o PSF, o CAPS-Cidadi tem vivenciado encontros dialéticos com o Pronto Atendimento Municipal (PA). Em função do município não contar com outro dispositivo que atenda as emergências ditas psiquiátricas, nos dias e horários em que o CAPS não funciona, a coordenação do CAPS tem buscado construir uma parceria com o PA, para que os PTM's em crise que recorrerem àquela instituição não sejam encaminhados ao hospital psiquiátrico. Durante o período de funcionamento do CAPS, isso tem funcionado

bem, porque o PA referencia os usuários ao CAPS. Mas nos outros horários e apesar da determinação do Secretário Municipal de Saúde que apóia essa proposta e do aval do diretor administrativo do Pronto Atendimento, a realidade tem sido outra. Na maioria das vezes é grande a resistência de boa parte do corpo profissional do PA em acolher essas pessoas. Mesmo com as orientações fornecidas pelo CAPS para atendimento à crise e o apoio familiar do PTM em questão, o PA insiste que não tem como atender a essa demanda e demonstra acreditar que o melhor, nesses casos, é a internação em manicômios. Esse tem sido, atualmente, o maior desafio que o CAPS-Cidadi tem enfrentado.

A proposta do Movimento da Reforma Psiquiátrica é que o PTM seja desinstitucionalizado não apenas no sentido de não mais habitar um leito psiquiátrico no manicômio, mas também que essa desinstitucionalização signifique “... um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.”(AMARANTE, 2002, p. 45). Para que isso se efetive, precisamos estar atentos aos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para que não asilem os PTM's em seu interior, com o aval do PSF, como se esses fossem os lugares privilegiados para a sua existência. Agindo assim, estariam, de certa maneira, repetindo o modelo asilar e, mais uma vez, confinando o portador de transtorno mental, o que poderíamos chamar de manicomialização dos serviços substitutivos. Além disso, para que esses serviços efetivamente contribuam para a desinstitucionalização do PTM, é essencial que eles desconsiderem o hospital psiquiátrico como um elo integrante da rede de cuidados em saúde mental, firmando a sua posição de serem substitutivos e não alternativos ao manicômio.

No IV Congresso Internacional “Saúde Mental e Direitos Humanos”, ocorrido entre os dias 10 e 13 de novembro de 2005 em Buenos Aires, Paulo Amarante, militante da luta antimanicomial brasileira, defendeu as seguintes diretrizes para o momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira: continuidade da luta na erradicação do manicômio [regulada por lei que efetivamente garanta o fechamento dos existentes e a proibição da construção de novos hospitais], atenção e cuidado para evitar a reprodução dos manicômios [dessa vez no sentido de mudança de paradigma, onde o manicômio é entendido como tudo o que restringe a singularidade e cerceia o poder de alguns em detrimento de outros] e a criação de serviços que possibilitem o cuidado e as trocas sociais. Nesse congresso surgiu, também, a proposta da criação de um Movimento Latino-Americano de Luta

Antimanicomial, objetivando a circulação de informações e a troca de experiências. Durante esse encontro foi apontada, ainda, a questão das divergências existentes no grupo brasileiro que trabalha para efetivar a Reforma Psiquiátrica Brasileira: de um lado estariam aqueles que acreditam nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico como importante estratégia para a criação de novas formas de convivência com o louco e, de outro lado, estariam os que acreditam que os serviços substitutivos não devem existir, para que a sociedade tenha que conviver com os loucos e encontrar uma forma de adequar-se a essa realidade, sem institucionalizá-los em nenhum tipo de serviço de saúde. Essa fala foi de uma estudante brasileira militante da luta, durante o Encontro Anti-Manicomial que teve lugar dentro do IV Congresso Internacional “Saúde Mental e Direitos Humanos”, na cidade de Buenos Aires. No nosso entender, ela mencionava uma discussão acontecida em 2005, no Brasil, em um dos encontros dos simpatizantes dessa causa.

Os questionamentos sobre os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico são, principalmente, no sentido de compreender se eles podem efetivamente contribuir para a mudança na lógica de lidar com a loucura ou, como apontam Alverga e Dimenstein (2005), participar de um movimento de manutenção da lógica manicomial, presente também nos modos de subjetivação contemporâneos. Esse contra-movimento estaria pautado naquilo que Machado e Lavrador (2001) nomearam “desejos de manicômio”, mencionados anteriormente. Apesar de pensarmos a desinstitucionalização como invenção e exercício de micropolítica e de considerarmos os serviços substitutivos ao manicômio e as atuais políticas públicas de saúde como importantes atores nesse processo, nosso objetivo no presente estudo não está centrado na discussão dessas instituições. O que pretendemos é conhecer se o que é gerado a partir dos encontros entre os ACS's e as famílias dos PTM's tem apontado para a criação de novas formas de acolher e conviver com a loucura ou não, pois acreditamos que é nos pequenos espaços da prática cotidiana, que a desinstitucionalização pode, de fato, se dar.

3 OS ENCONTROS E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido estudada sob vários aspectos. Interessa-nos, sobretudo, dialogarmos com ela sobre a desinstitucionalização do portador de transtorno mental. Entendendo que o conceito ampliado e já discutido de desinstitucionalização perpassa tanto o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira quanto as atuais políticas públicas de atenção à saúde, procuramos informar ao leitor sobre o panorama atual das propostas e iniciativas desses dois dispositivos, o que foi feito no capítulo anterior. Nesse sentido, incluímos nessa discussão os atuais esforços veiculados pelas políticas públicas na tentativa de apoiar uma nova lógica de acolhimento e cuidado ao transtorno mental, principalmente através das políticas concernentes à atenção à saúde mental e à articulação desta com a atenção básica, considerando que este seja um passo importante na efetivação da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização discutida, por acreditarmos que essa desinstitucionalização implica em invenção.

Considerando que a proposta de desinstitucionalizar o transtorno mental advém de uma mudança paradigmática embasada em valores tais como respeito e acolhimento às diferenças, além do questionamento das lógicas explicativas que abarcam a doença mental, podemos pensar que esses novos valores repercutem na sociedade como um todo: ora provocando engajamento na luta em prol dessa desinstitucionalização, ora provocando oposições. Até meados dos anos de 1970, era outra a postura em relação à loucura, tanto em nosso país como no cenário mundial. Excluir o PTM da sociedade era uma solução em consonância com os valores da época: naturalização da doença mental, ênfase no diagnóstico psiquiátrico, tratamento destinado à doença e não à pessoa que sofre, hipóteses sobre a influência negativa das relações familiares no desencadeamento e evolução dos transtornos mentais, exclusão do cenário social daqueles que não se adequavam ao padrão de normalidade e desrespeitavam as exigências da ordem e da disciplina, dentre outros.

A mudança inaugurada no Brasil pelos trabalhadores de saúde mental, alterou não só as formas de tratamento do “louco” e sua “patologia”, como as relações com ele. Como toda mudança, essa também tem provocado incômodos. Para se adequar a ela, políticas públicas precisaram ser criadas, objetivando lidar

com esse novo usuário dos serviços de atenção à saúde que nascia das entranhas da luta antimanicomial. Mas se por um lado o redirecionamento dessas políticas denuncia e sustenta as mudanças propostas, por outro lado ele é insuficiente para efetivar a desinstitucionalização. Não é apenas a normatização que irá garantir o seu sucesso. Essa mudança de paradigma traz consigo o desafio de sua execução, no dia-a-dia, nos espaços em que esta deve ser sustentada. Para que isso seja possível, é necessária uma nova postura perante a vida: há que se ter uma abertura para o inusitado, para o inacabado, para o incontrolável, para que se possa construir dispositivos coerentes com essa nova forma de pensar. Acreditamos que é nos espaços da prática cotidiana, com o que ela apresenta de singular, que a desinstitucionalização pode de fato se dar, através da invenção de novas formas de relacionamento entre as pessoas, PTM's ou não.

Neste contexto, esse estudo pretende privilegiar as implicações dos encontros entre os ACS's e os PTM's, nos processos de subjetivação, sob a ótica da filosofia da diferença, e sua contribuição para a desinstitucionalização do portador de transtorno mental. Acreditamos que os processos de subjetivação são afetados por esses encontros e também por outros dispositivos que buscam transformar as formas de relacionamento com o transtorno mental. Pretendemos testemunhar se esses encontros que são estabelecidos no terreno da micropolítica, no cotidiano, têm sustentado a reforma psiquiátrica ao propiciar a circulação da vida ou, de outra forma, têm favorecido a proliferação dos “desejos de manicômio” como foi mencionado no capítulo anterior. Segundo Sales (2004), Deleuze problematizou especialmente essa questão de onde e como a vida é liberada e promovida, bem como onde e por quais agentes ela é limitada.

Para acompanhar-nos nessa cartografia, que nos propusemos fazer, escolhemos o olhar da filosofia da diferença como referencial teórico, através do diálogo com alguns autores dessa vertente.

3.1 Os encontros e os processos de subjetivação: o olhar da filosofia da diferença.

As teorias são instrumentos, ferramentas do pensamento que podem ser utilizadas em múltiplas direções, com conseqüências bastante distintas.

Podem estar ao lado do cuidado e da emancipação dos sujeitos ou se constituir em mais um dispositivo disciplinar, normalizador.

Jonas Melman

Abordamos o cotidiano das visitas domiciliares e as subjetividades nelas envolvidas, através das contribuições da filosofia da diferença. Por filosofia da diferença Sales (2004) designa a proposta filosófica feita por Gilles Deleuze, sob influência principalmente de Espinosa, Nietzsche e Bergson, que critica veementemente os postulados da representação e propõe a apreensão das diferenças em si, também denominadas singularidades. Apesar de não ser citado por Sales (2004), Félix Guattari não só compartilhou das idéias de Deleuze como participou do processo de criação daquilo que foi denominado por alguns como filosofia da diferença e por outros como esquizoanálise. Segundo Baremlitt (2003), enquanto Deleuze era um filósofo renomado que lecionou em várias universidades européias, Guattari nunca concluiu os estudos em farmácia e filosofia, embora tenha sido um brilhante psicanalista. Ele envolveu-se em vários movimentos políticos de cunho humanitário, o que promoveu seu encontro com figuras intelectuais da França, tendo participado da construção da “La Borde”, que foi uma proposta revolucionária e alternativa para o tratamento dos males psiquiátricos. Foi analisado e aluno de Jacques Lacan, militante político, fundou a revista “*Recherche*”, escreveu livros sobre diversos assuntos, criou a análise institucional e da sua amizade com Gilles Deleuze nasceu uma nova leitura da vida, através da lógica dos afetos.

Ainda de acordo com Baremlitt (2003), ao entrar em contato com a produção desses dois autores, não há como distinguir onde começam as colocações de Guattari e onde terminam as de Deleuze, porque eles escreveram rizomaticamente, tal qual a maneira como concebem os acontecimentos. Essa visão rizomática e imanente permeia toda a obra deles. O termo rizoma foi capturado da botânica, que o utilizou para classificar sob esse nome um tipo de caule que se caracteriza por possuir como raiz um emaranhado onde não se percebe seu início e seu fim, podendo ter uma enorme extensão e onde são encontradas várias ramificações sujeitas a inúmeras conexões.

Para Deleuze e Guattari (1995), a realidade é concebida como coexistência e conexões entre vários rizomas, que estão em constante transformação, devido justamente às infinitas possibilidades de conectarem-se uns aos outros. Essas

conexões, mais do que complementar os elementos que a compõem, criam o novo. “Ou seja, quando dois ou mais elementos se conectam, eles não apenas se complementam, eles constituem um novo elemento, com uma nova forma e uma nova intensidade, prontos a se modificarem novamente”. (PARPINELLI; SOUZA, 2006).

É importante ressaltar que esses encontros, essas conexões, não ocorrem apenas entre subjetividades humanas, mas entre todo tipo de intensidade existente. Nesse sentido, existe um corpo de sentido que não é algo corpóreo semelhante ao corpo humano, mas que diz respeito aos incorporais, ou seja, aos efeitos, aos acontecimentos, que têm sua origem na relação entre os corpos e não possuem uma identidade plena e imutável. Esse corpo de sentidos pode receber o nome de corpo sem órgãos (CsO), por não pertencer a nenhum sujeito, não sendo regulado pela transcendência e não sendo estancado em órgãos. “Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado de intensidades. Somente as intensidades passam e circulam.” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.13). É antes uma corporeidade atravessada por uma vitalidade incorporal e não orgânica, por uma potência que dá consistência aos fluxos da vida e se abre para as multiplicidades, sustentando os agenciamentos. Dessa forma, as conexões se dão entre as intensidades corporificadas ou não, criando e recriando incessantemente o que é e o que está por vir.

Nessa lógica, as dicotomias perdem o sentido, uma vez que não há lugar para oposição em uma forma de pensamento que defende a multiplicidade e a heterogeneidade. Não há lugar, também, para as hierarquias, já que há um descentramento que permite infinitas ligações e religações de quaisquer partes dos rizomas, sem privilégio de umas sob as outras. Foi assim que esses autores compuseram a sua obra e é a partir dessa perspectiva que analisamos nosso objeto de estudo: os encontros entre os ACS's e as famílias dos PTM's.

Cabe ressaltar que a filosofia da diferença, sustentada pelo raciocínio de imanência, propõe um outro modo de conceber a vida. O que os filósofos dessa vertente de pensamento defendem, no entender de Schöpke (2004), é o rompimento com a forma de pensar da representação clássica, bem como com os valores nela impregnados. Assim, a moral, as idéias de transcendência e de verdade absoluta devem ser combatidas para que a vida possa fluir, sem que fique aprisionada em conceitos transcendentais, superiores. Dito de outra maneira, representar seria

apontar para uma generalidade, para atributos que relacionariam comparativamente o que é a outros seres semelhantes. Esse raciocínio de homogeneização remete a uma identidade, muitas vezes concebida para atender aos parâmetros comparativos e tornar-se passível de representação. Segundo Schöpke (2004), essa forma de pensar é criticada por Deleuze porque

[...] o grande objetivo de Deleuze é “libertar” a diferença das antigas malhas da representação – que tende a transformá-la em um puro conceito do entendimento, uma forma vazia, sem qualquer vínculo com as suas múltiplas manifestações. Na verdade, a diferença – submetida às regras da identidade e semelhança – torna-se passível de ser “estabelecida” porque obedece aos critérios rígidos do raciocínio lógico e representativo. Mas é aqui precisamente que, segundo Deleuze, a diferença perde realmente a sua natureza anárquica e subversiva. (SCHÖPKE, 2004, p.22).

Certamente a proposta de conhecer a diferença no que ela tem de singular, de único, não seria possível através da generalidade, uma vez que, nessa lógica, a representação da diferença é feita através de um enquadramento das coisas a um conceito. Esse enquadramento só pode ser efetuado, utilizando-se um mesmo signo para agrupar objetos semelhantes, acentuando o que estes têm de parecido e camuflando o que os mesmos têm de singular. Dessa maneira, a ênfase recai sobre as semelhanças e não sobre as singularidades.

Segundo Deleuze, uma vez submetida às exigências da representação, a diferença torna-se prisioneira do reino da generalidade – que desconhece tudo aquilo que não participa das suas duas grandes ordens: a ordem da semelhança entre os sujeitos e da equivalência entre os termos. (SCHÖPKE, 2004, p.23).

Ainda de acordo com Schöpke (2004), a representação tenta transformar a diferença ontológica em diferença conceitual, para torná-la acessível ao pensamento. Esse seria um esforço de selecionar quais aspectos das diferenças poderiam ser generalizados e inscritos em um mesmo conceito. Isto feito, aquilo que é absolutamente único já estaria travestido de generalidade, ou seja, deixaria de ser a diferença em si, ontológica, para ser transformado em um conceito e, na melhor das hipóteses, em diferença conceitual. Estaria aprisionado nos limites desse conceito, com suas características eternizadas, o que dificultaria as conexões e, conseqüentemente, as invenções. Assim, teríamos conceitos e especulações em torno da singularidade, mas não conseguiríamos alcançar a diferença em si mesma,

porque ao ser capturada conceitualmente, ela é transformada naquilo que vem a ser a serviço da representação, deixando de ser o que originalmente era.

Nesse sentido, podemos afirmar que o que a filosofia da diferença de fato busca, é conhecer a diferença em si, o singular. Singularidade não como sinônimo de particularidade, mas no sentido de combinações de forças originais, inéditas e provisórias, que só podem ser conhecidas após a sua composição e antes de serem novamente capturadas. Assim, o singular não se refere ao individual, mas ao original, pois as combinações de forças que inauguram constantemente o singular são dinâmicas e produzidas nos agenciamentos, nas conexões com outras forças provenientes da exterioridade. Essa forma de pensar sustentará a nossa análise dos encontros, bem como das forças e dos afetos que neles circulam.

3.1.1 A subjetividade e suas transformações

Utilizando essa perspectiva para pensar a subjetividade, percebemos que a filosofia da diferença concebe a mesma como um processo interminável de fazer-se e refazer-se coletivamente, ou seja, como subjetivação em processo, que opera por agenciamentos presentes nos encontros. De acordo com Romagnoli (2006a), essa forma de pensar se contrapõe à transcendência, privilegiando a imanência por considerá-la a dimensão em que se dá a coexistência da heterogeneidade e a composição dos encontros. A imanência, portanto, aponta para a ausência de sobre-determinação e de hierarquia entre os elementos.

Utilizando o raciocínio de imanência para abordar a subjetividade, Rolnik (1995) baseada nas idéias de Deleuze e Guattari, defende que a mesma é constituída por duas facetas: a formal e a sensível. A faceta formal compreende a representação do sujeito por si mesmo e é composta por linhas duras, molares. Essa é a face que contém as referências identitárias e as divisões binárias de sexo, profissão, classe social, ou seja, tudo aquilo que determina. Por outro lado, a faceta sensível da subjetividade é composta por linhas flexíveis e comporta as dimensões incorporais, invisíveis e moleculares. Essa é a face que possibilita o afetamento da subjetividade pela exterioridade, pelo que está fora dela. Por ser sensível, quando afetada pelas forças que emergem entre ela e os universos que a rodeiam, podem

ocorrer acontecimentos, ou seja, desestabilizações e conseqüentes deslocamentos dessa subjetividade através dos agenciamentos produzidos pelos encontros com essas forças.

Os agenciamentos referem-se ao arrebatamento da subjetividade pela exterioridade, através das linhas de fuga que arrastam para o inusitado. Nesse movimento, a força que existe em potência na subjetividade [força virtual] se atualiza, criando o novo. No que se refere a essa força virtual, podemos fazer a seguinte colocação:

Somos antes de tudo força virtual que se atualiza em acontecimentos, que se efetua nos agenciamentos, que expressam graus de potência, correspondendo ao nosso poder de ser afetado, à nossa sensibilidade, que nada é a não ser mediante nossas relações. Não nos esgotamos em nossa atualidade, pois possuímos complexidades, virtualidades que não são apreendidas pelo uso empírico dos sentidos, e que se encarnam, se diferenciam nos encontros que estabelecemos. (ROMAGNOLI, 2006b).

É importante ressaltar que o aspecto atual e o aspecto virtual da subjetividade coexistem e que a relação entre eles é incessante. É essa relação que torna possível o transformar contínuo dos modos de estar no mundo e a produção de devires. Ao ser atualizado, o virtual gera novas possibilidades que, até então, só existiam em potência. Ao mesmo tempo, novas virtualidades passam a permear as subjetividades atualizadas. Nessa ótica, os acontecimentos, ao atualizarem as linhas de virtualidade, convidam às invenções de novos sentidos.

Segundo a vertente da filosofia da diferença (DELEUZE; PARNET, 1998), o mundo é concebido como uma coexistência de subjetividades, naturezas e culturas que são distribuídas em planos e superfícies superpostas, que oscilam e mudam de lugar o tempo todo, desmontando qualquer possibilidade de hierarquização e determinação natural e final. Por compreender as idéias, figuras e imagens deterministas da subjetividade, a faceta formal se articula naquilo que esses autores chamaram de plano de organização, que é composto por estratos, segmentos, que encapsulam a vida de determinada maneira. Esse plano comporta as intensidades que foram capturadas em forma de corpos, conceitos e generalidades, restringindo os fluxos, através do seu represamento.

Seria preciso distinguir dois planos, dois tipos de planos. Por um lado um plano que poderíamos chamar de organização. Ele concerne, a um só tempo, ao desenvolvimento das formas e à formação dos sujeitos e é

também, se se quer, estrutural e genético.[...] É, portanto, um plano de transcendência, uma espécie de desígnio [...] Tal plano é o da Lei, enquanto ele organiza e desenvolve formas, gêneros, temas, motivos e que assinala e faz evoluir sujeitos, personagens, caracteres e sentimentos: harmonia das formas, educação dos sujeitos. (DELEUZE; PARNET, 1998, p.107).

Uma vez represados os fluxos, no plano de organização, a faceta sensível da subjetividade é aquela que possibilitará a retomada do fluir da vida, por estar situada no plano de composição ou de consistência. Essa retomada do movimento é possível em função dos afetamentos ocorridos nos encontros, através dos agenciamentos da subjetividade por outras forças que, ao provocarem a sua desestabilização, geram novas formas de expressão. É no plano de consistência que essa expansão se torna possível, por ser esse o plano em que as forças se articulam e se compõem.

E depois há outro plano bem diferente, que não se ocupa com essas coisas. Plano de consistência. Este outro plano não conhece senão relações de movimento e repouso, de velocidade e de lentidão, entre elementos não formados, relativamente não formados, moléculas ou partículas levadas por fluxos. Ele tampouco conhece sujeitos, mas antes o que se chama "hecceidades".[...] As hecceidades são apenas graus de potência que se compõem, às quais correspondem um poder de afetar e ser afetado, afetos ativos e passivos, intensidades.(DELEUZE; PARNET, 1998, p.108).

É preciso pontuar que o plano de organização e o plano de composição ou de consistência estão presentes no plano de imanência, que é o meio onde tudo se dá. É somente a partir de um raciocínio de coexistência e de justaposição desses planos que se torna possível abarcar as dimensões dos fluxos e das forças que capturam ou libertam esses fluxos, apreender as relações e as linhas de segmentaridade e de fuga que as compõem. Nesse sentido, podemos afirmar que: "Os fluxos, em estado de imanência, estão presentes em todos os planos, sendo que o que se altera é sua composição: segmentar no plano de organização e fluida no plano de consistência."(ROMAGNOLI, 2005, p. 253).

Ainda baseados nesse tipo de raciocínio, concordamos com Rolnik (2005), quando ela enfatiza a importância de compreendermos a subjetividade como um sistema complexo, heterogêneo e distante do equilíbrio, porque vulnerável às rupturas de sentido. Essas rupturas compõem as linhas de fuga e ocorrem quando a subjetividade é afetada pelas forças estranhas que vem de "fora", pedindo uma decifração, apontando para a necessidade da criação de um novo sentido e,

conseqüentemente, da invenção de novas formas de ser. São essas possíveis rupturas de sentido que abrem espaço para a gênese do novo, ao atualizar o virtual [o que existe em potência], criando a possibilidade de novas subjetivações. Assim, a inventividade aponta para uma composição advinda da conexão da subjetividade com a exterioridade e se dá no molecular, por agenciamentos. Ao conectar-se com que vem de “fora”, ao entregar-se à relação, essa entrega às conexões força a processualidade da vida. Ao deslocar-se de si rumo ao estranho, afetada justamente por ele, a subjetividade experimenta a necessidade de decifrar as forças que se apresentam e que ela não consegue incorporar ao que já existe. É esse desconhecido que a força a criar o novo e que é composto por várias intensidades diferentes. A subjetividade é também e, sobretudo, potência, devir, capacidade de invenção, que só se dá a conhecer no instante em que é atualizada, apesar de comportar uma faceta formal que aponta para o identitário, para o que repete e se reproduz. Assim, a subjetividade não remete só a indivíduos, mas também a acontecimentos, situações e configurações sociais, ou seja, a combinações de forças, sejam elas quais forem. Dessa maneira, a ênfase recai sobre o coletivo e o processual:

Com efeito, o termo “coletivo” deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, assim como alguém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos. (GUATTARI, 1992, p.20).

Dessa maneira, a subjetividade “[...] não se define por uma só e mesma figura, que se estabeleceria na infância e se desenvolveria ao longo da vida” (ROLNIK, 2005), mas ela se esboça a partir de uma composição singular e mutável de forças. Nessa perspectiva, a subjetividade é concebida como subjetivação em processo, o que possibilita constantes invenções. Sendo processual, ela varia conforme as composições de forças que se dão e que são dinâmicas, mutáveis e imprevisíveis. Subjetivar-se, então, é uma eterna variação de movimento em que a interioridade e a exterioridade, ao conectarem-se, produzem o novo. Por isso, nessa lógica, não há uma identidade única, rígida, acabada e atribuída a uma estrutura. O que há são traços identitários, molares, representacionais, conjugados com dimensões incorporais que, ao entrarem em contato com a exterioridade, podem transformar-se em uma outra coisa, até então desconhecida. Assim, mudará

também a representação do sujeito por si mesmo, parte molar de sua subjetividade, até que outro encontro aconteça e propicie novas mudanças em seu processo de subjetivação.

Nesse sentido, os processos de subjetivação são inventivos e sempre coletivos, pois comportam agenciamentos de intensidades. São esses agenciamentos que produzem a vida, em qualquer forma que ela se apresente. Segundo Rose (2001), a constituição dos processos de subjetivação se dá através da conexão dos humanos a objetos, práticas, multiplicidades e forças, de maneira rizomática e metamorfoseante. Desse modo, a subjetivação é produzida por agenciamentos heterogêneos, conexões complexas, não sendo oriunda de uma condição interna ao sujeito ou à sua estruturação, denotando tanto territorializações quanto estratificações, que estabilizam relações particulares e locais.

A subjetivação é, assim, o nome que se pode dar aos efeitos da composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles. (ROSE, 2001, p. 143)

Cabe aqui lembrar que não se trata apenas de conexões entre subjetividades humanas, mas de encontros entre intensidades humanas e inumanas, visíveis e invisíveis, corporais e incorpórais, molares e moleculares, ou seja, trata-se de relações de forças, que podem operar tanto para a imobilização da vida, como para a invenção de algo novo. Dessa maneira, novas composições, novas singularidades vão sendo tecidas ao longo da existência, ao mesmo tempo em que ocorrem reproduções e estabilizações que organizam as relações entre essas forças. Conseqüentemente, os processos de subjetivação são entendidos como uma complexa e constante operação de agenciamento de intensidades, com potencial de gerar outros devires podendo, também, promover reproduções. As contribuições da filosofia da diferença nos permitem, portanto, pensar tanto a subjetividade quanto a realidade, a partir de uma lógica dos afetos, pois considera as afecções como constituintes das singularidades.

3.1.2 Os encontros

*Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio...
Sá Carneiro*

A subjetividade entendida como processual, sensível e sendo produzida pelas combinações de forças que se conectam, é afetada pelos encontros com a exterioridade, como analisamos acima. É através deles que ela se transforma e se reinventa. Dessa forma, torna-se essencial pensarmos o papel que os encontros exercem nos processos de subjetivação, uma vez que é no agenciamento com outras forças que se torna possível a geração de novas formas de expressão, de ser e estar no mundo. E é esse precisamente o nosso principal interesse nesse estudo, ou seja, conhecer os efeitos dos encontros entre os ACS's e os familiares dos PTM's: desencadeadores dos fluxos de vida ou colaboradores do seu represamento? Parceiros da institucionalização ou da desinstitucionalização do transtorno mental?

Os encontros se dão entre os corpos com ou sem órgãos, mas para pensá-los é necessário nos perguntarmos: o que é um corpo, na ótica da filosofia da diferença? Baseando-se no pensamento de Espinosa, Deleuze (2006) aponta que tanto o corpo quanto a realidade são pensados como intensidades e combinação de forças. O corpo corresponde a uma composição complexa de movimento e repouso que forma uma individualidade. Individualidade essa que se define por um certo poder de afetar e ser afetada. “Uma coisa, um animal, uma pessoa só se definem por movimentos e repousos, velocidades e lentidões (*longitude*), e por afetos, intensidades (*latitude*)”. (DELEUZE; PARNET, 1998, p.109). O corpo, nessa lógica, é um todo que abarca elementos formados e não formados, bem como as relações entre esses elementos. Não há dualidade entre corpo e alma, entre idéia e sensação, não havendo qualquer hierarquia e ou dualidade entre o que é pensado e o que é corporalmente vivenciado.

Também inspirada em Espinosa, Chauí (2000) afirma que o corpo é relacional, sendo constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e os

regenerando. Corpo pensado como uma individualidade dinâmica e intercorpórea, que abrange o intersticial. E isso vale para todos os corpos: corpo humano, corpo inumano, corpo visível, corpo invisível, mas corpos sempre passíveis de afetar e serem afetados. E é isso o que interessa nessa forma de pensar: qual é o poder de ser afetado de um corpo? Segundo Deleuze (2006), “O que importa é: de que um corpo é capaz?” (DELEUZE, 2006). Não há prevalência do humano sobre o inumano, uma vez que a razão que distingue os seres humanos dos outros seres não é relevante nessa concepção. Nesse raciocínio, a ênfase é dada às intensidades e ao molecular, muito mais do que ao visível e mensurável.

Considerando que os encontros se dão entre os corpos e que neles ocorrem ações de um corpo sobre outro, naquilo que, segundo Deleuze (2006), Espinosa chamou de afecção, interessa-nos pensar como os encontros dos ACS's com as famílias dos PTM's têm afetado os processos de subjetivação. Além disso, pretendemos conhecer se esses afetamentos têm potencializado a desinstitucionalização. Deleuze (2006) menciona em uma das suas aulas sobre as idéias de Espinosa, a afirmação desse filósofo de “[...] que nós não podemos conhecer a nós mesmos e aos corpos exteriores senão pelas afecções que os corpos exteriores produzem sobre o nosso.”(DELEUZE, 2006). Afecção, assim, é pensada como o efeito que a ação de um corpo produz sobre outro. Essa ação implica sempre um contato, indicando uma mistura dos corpos, o que não pode se dar à distância. É nos encontros que as misturas e as afecções acontecem. As afecções seriam, portanto, a forma de conhecer: o que se conhece é o efeito de um corpo sobre outro, é a afecção, ou seja, a idéia que se tem do que ocorre no corpo e entre os corpos, ou seja, idéias-afecção. “Eu só conheço as misturas de corpos, e só conheço a mim mesmo pela ação dos outros corpos sobre mim, pelas misturas.” (DELEUZE, 2006).

Essa forma de conceber o papel das afecções aponta para a sua importância nos processos de subjetivação e reforça a potência dos encontros como criadores de novas formas de estar sendo e de relacionar-se. Sendo a afecção uma idéia, ela representa um pensamento e é, ao mesmo tempo, alguma coisa em si, não sendo apenas representação. Mas, além das afecções, existem também os pensamentos que não possuem um caráter representativo, indo em outra direção. A esses pensamentos, Espinosa nomeou como afetos. Os afetos estão relacionados ao desejo. Desejo entendido como força pulsante, capaz de transformar e produzir

devires. Sendo projetado no campo do social, liga-se a fluxos e acontecimentos, através dos afetamentos, buscando a ruptura de sentido para produzir o novo. O querer alguma coisa implica a coisa que eu quero, que é representada por uma idéia; mas o fato de querer em si não é uma idéia, é um afeto.

Que o afeto pressuponha a idéia, isso acima de tudo não quer dizer que ele se reduza à idéia ou a uma combinação de idéias. Nós devemos partir disso, que idéia e afeto são duas espécies de modos de pensamento que diferem em natureza, irreduzíveis uma ao outro, porém simplesmente tomados numa tal relação que o afeto pressupõe uma idéia, por mais confusa que seja. (DELEUZE, 2006).

Ainda segundo Deleuze (2006), a existência é construída através da sucessão das idéias que temos, numa variação constante considerada como sendo o próprio afeto e que faz variar em nós a nossa potência de agir, a nossa força de existir. É essa força de agir e existir que aumenta ou diminui [varia] de acordo com os encontros que acontecem, afetando os envolvidos por esses fluxos e intensidades. Garcia (1999) afirma que, sob influência de Espinosa, Deleuze apontou uma ética do corpo, vulnerável aos encontros.

Corpo intensivo que, de acordo com os tipos de vibrações que ressoam nele, aumentará ou diminuirá sua potência. Há ondas vibratórias que correspondem à composição corporal (a estrutura ou fábrica corresponde às relações entre as partes componentes do próprio corpo), e outras ondas vibratórias da ordem das relações do corpo com outro(s) corpo(s). Este último aspecto faz a dimensão das afecções corporais [...] (GARCIA, 1999, p.86, tradução nossa)⁷.

Ao ser afetado pelas forças provenientes do encontro com outros corpos, as vibrações corporais sofrem a incidência de afecções ativas, quando provenientes das ações do próprio corpo sobre outros corpos e por afecções passivas, quando provenientes da ação de outro(s) corpo(s). As duas formas de vibração se interrelacionam: ondulações internas se prolongam ao exterior e vice-versa. Assim, teríamos, de acordo com Deleuze (2002), duas espécies de afecções: uma intitulada “ação” e que derivaria da essência do indivíduo afetado e outra, intitulada “paixão”, que derivaria da influência do exterior sobre o corpo afetado.

⁷ Cuerpo intensivo que, de acuerdo con los tipos de vibraciones que resuenen en él, aumentará o disminuirá su potencia. Hay ondas vibratorias que corresponden a la composición corporal (la estructura o *fábrica* corresponde a las relaciones entre las partes componentes del propio cuerpo), y otras ondas vibratorias del orden de las relaciones del cuerpo con otro(s) cuerpo(s). Este último aspecto hace a la dimensión de las afecciones corporales [...].

O poder de ser afetado apresenta-se então como potência para agir, na medida em que supõe preenchido por afecções ativas e apresenta-se como potência para padecer, quando é preenchido por paixões. (DELEUZE, 2002, p.33)

Garcia (1999) ressalta ainda que a concepção que Deleuze tem da corporalidade baseia-se na influência nietzschiana que permeia a sua obra. Essa influência levou o referido filósofo a considerar o corpo como um campo de batalha de dimensões políticas, por nele convergirem forças que tentam conquistá-lo e forças de resistência e fuga. Dessa maneira, esse filósofo interessou-se sobremaneira pelas linhas de fuga dessas forças como possibilidade de construção de outras experiências e novas possibilidades. Entendemos, então, que quando Deleuze (2006) apontou a relevância de questionarmos o poder de um corpo, ele estava se referindo à existência dos efeitos divergentes dos encontros na potência de agir e existir dos corpos.

Um modo existente define-se por certo poder de ser afetado. Quando encontra outro modo, pode ocorrer que esse outro modo seja “bom” para ele, isto é, se componha com ele, ou, ao inverso, seja “mau” para ele e o decomponha: no primeiro caso, o modo existente passa a uma perfeição maior; no segundo caso, menor. (DELEUZE, 2002, p.56)

Se uma mistura de corpos ocorrida em um encontro é compatível com a substância de um deles, ela é percebida por ele como agradável, alegre e, nesse caso, a potência de agir e existir é aumentada. De outro modo, se esse encontro é percebido como desagradável e triste, porque as substâncias são incompatíveis, a potência de agir e existir é diminuída.

Esses efeitos bem como o relacionamento com eles nos colocariam diante da micropolítica. A micropolítica, como aqui é entendida, cria microagenciamentos para estabelecer linhas de fuga, para poder gerar o “novo”, para liberar virtualidades. Nesse sentido, a vida que está encapsulada no plano de organização e que se fixa a uma identidade pré-estabelecida, é liberada através dos afetamentos promovidos nos encontros, conectando-se com o diferente, com o estranho, para exercer sua potencialidade transformadora, seu devir.

Devir é jamais imitar, nem fazer como, nem ajustar-se a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não se chega a um termo de onde se parte, nem um ao qual se chega ou se deve chegar. [...] Os devires não são fenômenos

de imitação nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, de núpcias entre dois reinos. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 10)

Assim, o devir, seja ele o devir-homem ou outro devir qualquer, é um processo de agenciamento coletivo, não podendo, nessa lógica, ser concebido como individual, porque é permeado de encontros. Vamos nos fazendo e refazendo nos encontros que ora potencializam a nossa existência e ora enfraquecem o nosso existir porque, como dissemos, os afetamentos ocorridos nesses encontros, através das afecções, produzem efeitos diversos. Rolnik (2006) problematizou a idéia de que as variações advindas das desestabilizações provenientes dos afetamentos, provocam um mal-estar naqueles que ela nomeou como “viciados em identidade”, por eles estarem agarrados à faceta formal da subjetividade. Essas pessoas teriam dificuldade em atravessar o momento de desestabilização daquilo que são, devido à sensação de finitude que acompanha esses momentos.

A experiência da desestabilização, reiteradamente repetida ao longo da existência, é efeito de um processo que nunca pára e que faz da subjetividade “um sempre outro”, “um si e não si ao mesmo tempo”. Mas o que isso tem a ver com ética? É que o quanto a vida pode fluir e afirmar-se em sua potência criadora, depende antes de mais nada da relação que se estabelece com o trágico, como se reage ao mal-estar a cada momento de nossa existência. (ROLNIK, 2006)

Da mesma forma que os efeitos de alguns encontros são considerados ruins, outros são considerados benéficos. Não há como prever a maneira como cada um se relacionará com a desestabilização produzida em cada encontro, com o que será produzido a partir desse afetamento.

Como já foi dito, de acordo com Deleuze (2006), essa variação provocada pela sucessão das idéias que afloram em nós sobre o que está sendo percebido, em função dos encontros, é contínua e sinônimo de força de existir/potência de agir. Nesse ponto da discussão, podemos pensar que a existência para Espinosa e para o próprio Deleuze implica em movimento, em processualidade. Variação, sucessão de idéias, ação de um corpo sobre outro, tudo isso corrobora esse movimento, esse vir a ser, esse devir-vida-de-outra-forma. Cabe ressaltar que essa idéia de existência só é possível por um raciocínio de imanência. É através do encontro com o que vem de fora e da composição que se faz “entre” a exterioridade e a subjetividade, a nível molecular, que a invenção e a reinvenção da vida se tornam possíveis.

Ao concordarmos com Deleuze (2006) sobre a existência de bons e maus encontros como sinônimos daqueles que aumentam ou diminuem a nossa potência de existir, respectivamente, teremos dois analisadores importantes para pensarmos os encontros entre os ACS's e as famílias dos PTM's. Acreditamos que os encontros que insistem nas referências identitárias e nos estereótipos, apontam e cultivam subjetividades endurecidas, que cerceiam a vida, sendo considerados por nós como maus encontros. Já aqueles encontros que acolhem a alteridade, desconstruindo conceitos naturalizados e abrindo-se ao inusitado, resgatam a processualidade da vida e, por isso, os consideramos bons encontros.

O bom e o mau encontro são duplamente relativos, e exprimem-se um em relação ao outro, e ambos em relação a um modo existente. São os dois sentidos da variação da potência de agir: a diminuição desta potência (tristeza) é má, seu amento (alegria) é bom. [...] Como a potência de agir é o que abre o poder de ser afetado ao maior número de coisas, é bom "aquilo que dispõe o corpo de tal maneira que possa ser afetado pelo maior número de modos". [...] em todos os sentidos, o bom é o útil, o mau é o nocivo. Mas o importante é a originalidade dessa concepção espinosista do útil e do nocivo. (DELEUZE, 2002, p.60).

Nos encontros com o PTM não é diferente: ou eles apontam para a manutenção da mentalidade manicomial, ao se pautarem nos preconceitos e/ou nos manicômios introjetados⁸, reproduzindo a institucionalização, como vimos no capítulo anterior, ou propiciam a criação e experimentação de novas formas de ser e estar no mundo, ao permitirem e facilitarem a expressão das singularidades, contribuindo para a desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

Nesse contexto, pretendemos discutir como as visitas domiciliares dos ACS's aos PTM's afetam os envolvidos nesses encontros e se esses afetamentos têm contribuído para a criação de novos modos de subjetivação, de um outro arranjo coletivo que sustente a heterogeneidade e para a reinvenção do social. Ou, ao contrário, se esses encontros têm propiciado o endurecimento e a cristalização das identidades, mantendo estática e despotencializando a vida.

Para pensarmos a desinstitucionalização à luz da filosofia da diferença e se ela tem sido potencializada pelos encontros entre os agentes comunitários de saúde e os PTM's, é preciso embarcar na processualidade da vida, deixando-nos agenciar.

⁸ Maiores referências aos "desejos de manicômio" podem ser encontradas no capítulo 1, página 18.

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas de saúde. Esse é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidade. Desinstitucionalizar é [...] cartografar as linhas de fuga que desenham novos modelos de "cidadania" baseados na liberdade de desejar e inventar zonas de afetos e intensidades, puro devir. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 63).

Sabemos que a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental é um processo em construção e pensamos que a exterioridade de forças que atualiza o virtual pode propiciar ao agente comunitário de saúde ser ou não ser um dispositivo de potencialização desse devir. Aqui, cabe novamente perguntar: os encontros entre os ACS's e os PTM's estão sendo ou não promotores de vida? Estão ou não em consonância com as atuais propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que diz respeito a desinstitucionalização do transtorno mental?

Na tentativa de responder a essas questões, acompanhamos algumas visitas domiciliares que os agentes comunitários de saúde fizeram às residências dos portadores de transtorno mental. No decorrer desses encontros, presenciamos diversas combinações de forças que provocaram efeitos diversos, o que apresentaremos no próximo capítulo. No entanto, cabe aqui ressaltar a importância dos encontros ocorridos nessas visitas, porque eles participam da criação de novas subjetividades, quando propiciam as desestabilizações. Ou, por outro lado, contribuem para a manutenção das subjetividades institucionalizadas, quando insistem em reproduzir padrões, idéias e atitudes pré-determinadas e oriundas de outros campos de força. Além disso, lembramos que o ACS é um elo de ligação entre a comunidade e o PSF, sendo que o seu transitar por esses contextos faz dele um possível desencadeador de rupturas de sentido e, conseqüentemente, de promoção de novos devires.

Assim como os encontros com os agentes comunitários afetam os PTM's, o convívio familiar também potencializa ou não o fluir da vida dessas pessoas, ao permitir um maior ou menor grau de experimentação de formas inéditas de ser e estar no mundo. Concordamos com Melman (2001) quando ele discute a questão de que nem sempre o meio familiar é o melhor lugar para uma pessoa com transtornos

mentais, apontando para a desidealização da família como remédio para todos os males. No entanto, os PTM's que visitamos moram com suas famílias e as relações entre eles podem contribuir apenas para a reprodução dos papéis sociais e/ou para a cristalização do que se espera de um portador de transtorno mental, como pode, também, propiciar a invenção de novas formas de existência e a descoberta de novas possibilidades. Para que isso seja possível,

[...] é essencial deslocar, enviesar, descentrar, multiplicar, ampliar a visão, para romper a hegemonia de olhares que se congelaram numa determinada posição, e para que o olho se arrisque a ver outras facetas, outros lados e buscar novos sentidos. (MELMAN, 2001, p.102)

É essa paisagem, desenhada pelos encontros entre os portadores de transtorno mental, seus familiares e os agentes comunitários de saúde, que buscamos cartografar, através desse enviesamento do olhar.

4 MERGULHO NAS INTENSIDADES

Objetivando conhecer os efeitos dos encontros entre os agentes comunitários de saúde (ACS's) e os portadores de transtorno mental (PTM's) nos processos de subjetivação e de desinstitucionalização, este estudo se insere na linha de pesquisa qualitativa sustentada pelas contribuições da filosofia da diferença. Além da discussão da articulação entre saúde pública, atenção básica e atenção à saúde mental e da análise conceitual da importância dos encontros para a subjetividade, realizadas nos capítulos anteriores, fez-se necessário o levantamento de questões a respeito desses encontros no próprio cotidiano dos agentes comunitários de saúde e nas visitas domiciliares realizadas por eles às residências das famílias de portadores de transtorno mental. A partir da definição da problemática, optamos pela observação participante e pelas entrevistas semi-estruturadas como recursos metodológicos para coleta dos dados a serem utilizados na realização de uma cartografia das marcas produzidas nesses encontros.

A observação participante foi a técnica escolhida por possibilitar o mergulho nas intensidades, favorecendo o presenciar e participar dos encontros entre as subjetividades. Na verdade, mais do que uma observação de fato, houve uma implicação da pesquisadora, sustentando todo um campo de afetamentos que se deu no molecular e que estão, de certa maneira, mapeados nesse capítulo. Foi utilizado também um diário de campo, em que a pesquisadora registrou suas impressões e algumas falas que não foram gravadas, com o objetivo de fazer conhecer os vários afetamentos que compuseram a paisagem estudada.

A entrevista semi-estruturada, com roteiro previamente estabelecido, foi selecionada como técnica complementar, por possibilitar ao informante liberdade para relatar experiências e apresentar opiniões, possibilitando ao ACS falar sobre o seu encontro com o transtorno mental, na sua prática profissional diária [Apêndice A]. No momento da escolha dos procedimentos metodológicos para realização da pesquisa de campo, pensamos ser esse um recurso importante para a coleta dos dados. Mas no decorrer do processo, percebemos que as visitas domiciliares e todo o entorno que as acompanhava, mostraram-se bastante relevantes, porque propiciaram a apreensão do campo de forças que estavam aquém e além das palavras, dos afetos que atravessavam as relações, das complexas interconexões

que se estabeleciam em cada encontro. Nesse sentido, Rose (2001) aponta que reduzir os agenciamentos aos discursos é perder a possibilidade de perceber a vasta gama de intensidades que os atravessa e os compõem. O referido autor ressalta ainda que os agenciamentos são locais e particulares, relacionados com as intensidades que os atravessam, coligando elementos heterogêneos e que mudam suas propriedades de acordo com suas conexões cambiantes.

Embasando-nos nessa perspectiva, pensamos ser possível rastrear, acompanhar e participar dos movimentos de transformação da paisagem escolhida, ou seja, cartografar as produções decorrentes das visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde às residências dos portadores de transtorno mental cadastrados no CAPS-Cidadi, inserido em Matozinhos. A escolha desse campo para o desenvolvimento dessa cartografia, sofreu influências da implicação da pesquisadora nele, por ela trabalhar na atenção à saúde mental desse município há quatorze anos, sendo uma das integrantes da equipe técnica do referido Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Segundo Rolnik (1989), o método cartográfico possibilita mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar. Nesse sentido, a cartografia tem como eixos de sustentação do trabalho metodológico a invenção e a implicação do pesquisador, uma vez que ela baseia-se no pressuposto que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que a acompanham.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. (ROLNIK, 1989, p.16).

De acordo com a autora citada, essa metodologia é sustentada pela lógica dos afetos e possibilita muito mais do que revelar e explicar, descobrir e participar das composições de intensidades que buscam expressão e constituem os processos de subjetivação. Ressaltamos que como Rose (2001), entendemos que esses processos se constituem pelas multiplicidades de forças que ora se conectam, ora se estabilizam e se estagnam, em um compor-se e recompor-se interminável.

Considerando a ótica da filosofia da diferença em que só é possível conhecer através das afecções, a cartografia pode ser entendida como a confecção de um “mapa de sensações” a partir das afecções sofridas pelo próprio cartógrafo no contexto da pesquisa. Cabe ressaltar que, ele também faz parte da paisagem estudada, modificando-a com sua presença e sendo modificado por ela. “O que ele quer é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade”. (ROLNIK,1989, p.67). Assim, o cartógrafo vai se constituindo ao mesmo tempo em que desenha a cartografia que se propôs fazer, utilizando não só o seu olho ou o seu pensamento, mas colocando todo o seu corpo vibrátil a serviço desse mapeamento. Ele acompanha e participa dos movimentos de forças que se apresentam na realidade em que escolhe mergulhar, insistindo em descobrir o que emerge dos encontros, das relações estabelecidas entre o que se propõe a estudar. Nesse sentido, concordamos também com Minayo(1993) quando ela se refere à questão da impossibilidade da neutralidade do pesquisador social, por ele ser da mesma natureza do objeto estudado e por utilizar-se da própria subjetividade para pesquisar. Lembramos, contudo, que Deleuze (2006) aborda os encontros não apenas como intersubjetivos, mas também como intercorporais, ou seja, os aspectos invisíveis, inumanos e moleculares de todos os tipos de intensidades envolvidas nos encontros estão presentes e são relevantes nessa forma de pensar os acontecimentos. Dessa maneira, não se enfatiza, nessa perspectiva, uma dissociação entre sujeito e objeto, oriunda do plano de organização⁹, mas busca-se a conjugação dos planos e forças que constituem a realidade, destacando-se a imanência que privilegia o “entre”, a exterioridade que atua sobre o objeto de estudo.

A partir dessa proposta, foram realizadas oito (08) visitas domiciliares às residências dos portadores de transtorno mental, cadastrados no CAPS-Cidadi, perfazendo um total de duas (02) visitas domiciliares a cada residência, com um intervalo mínimo de três (03) e máximo de quatro (04) semanas. Foram realizadas, também, quatro (04) entrevistas semi-estruturadas com os agentes comunitários de saúde responsáveis por visitar essas famílias, assim que foram concluídas as visitas domiciliares. A seleção dos usuários do CAPS e de suas famílias definiu a escolha dos agentes. Para a seleção desses usuários, inicialmente entramos em contato

⁹ Para maiores esclarecimentos sobre os planos que compõem a realidade, consulte o capítulo 2, páginas 41 e 42.

com a coordenadora da divisão municipal de saúde mental e obtivemos dela a autorização para consultarmos o banco de dados do CAPS-Cidadi. Seleccionamos oito (08) PTM's, nesse banco de dados, que tivessem o diagnóstico psiquiátrico de psicose. Essa escolha foi baseada nas internações compulsórias em manicômios das pessoas com esse tipo de diagnóstico, registradas ao longo da história, e nas implicações que internações prévias e crises psicóticas poderiam acarretar no convívio social de moradores de uma pequena cidade do interior do estado. Decidimos, ainda, que os PTM's não deveriam ser atendidos pela pesquisadora, para que um vínculo anterior não interferisse na coleta de dados. Pensamos que se visitássemos as pessoas que são atendidas no CAPS pela pesquisadora, poderíamos causar uma falsa idéia de que a pesquisa fosse uma continuidade desse atendimento. Temíamos, também, que um mal entendido como esse pudesse comprometer o vínculo e a eficácia do processo terapêutico dos escolhidos.

Dos oito (08) portadores de transtorno mental, escolhemos quatro (04) que não fossem atendidos pela mesma Unidade de Saúde da Família, para que pudéssemos conhecer pontos diferentes da mesma realidade. Além disso, os quatro (04) PTM's seleccionados deveriam morar no mesmo endereço há pelos menos seis meses, para que a sua família já tivesse contatos prévios com o ACS quando fosse realizada a pesquisa e, caso isso não tivesse acontecido, procurar conhecer porque esses contatos eram inexistentes. Apesar de fazerem parte do mesmo sistema [SUS] e do mesmo programa [Programa de Saúde da Família], as Unidades de Saúde da Família (USF's) têm características distintas devido às especificidades da clientela atendida, dos bairros que abrangem e dos profissionais que compõem as equipes.

Como as USF's encontram-se em áreas distintas da cidade, de acordo com mapeamento definido através dos critérios de proximidade e número de pessoas residentes na área [no mínimo 2.500 e no máximo 4.500], conforme legislação que regulamenta o PSF, além da localização, elas diferem no que se refere às condições sociais, econômicas e culturais de sua clientela. Mesmo sendo, muitas vezes, constituídas por mais de um bairro, próximos uns dos outros, formam um conjunto com características específicas. As equipes que atuam nas USF's, em Matozinhos, são compostas por profissionais admitidos, em sua grande maioria, através de concurso público. Assim, muitos deles advêm de outros municípios e a grande

maioria não trabalha na área em que reside. Somando-se a isso as marcas das singularidades temos, nesse município, onze (11) equipes diferenciadas.

Partindo, assim, da seleção dos PTM's, procuramos a coordenação do PSF com o objetivo de fazer conhecer a proposta desse estudo e o consentimento anterior do secretário municipal de saúde, para que ele fosse realizado no município. Após o aval dessa coordenação, entramos em contato com as famílias a serem visitadas, explicando-lhes o objetivo da pesquisa e pedindo-lhes autorização para acompanhar os ACS's até as suas residências, nas duas visitas subseqüentes. Um contato foi feito por telefone e os outros três (03) através de visitas às residências. O que definiu o tipo de contato foi o fato de que duas dessas moradias não possuíam telefone e uma era muito próxima à residência da pesquisadora, facilitando a visita prévia à coleta dos dados. As quatro famílias consentiram que a pesquisadora acompanhasse as visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde. Após esse consentimento, partimos para a etapa seguinte: o contato com as Unidades de Saúde da Família e com os agentes comunitários.

Os contatos com os ACS's, nas USF's, foram efetuados alguns dias após o contato com a coordenação do PSF, para que a coordenadora tivesse tempo de informar às enfermeiras de todas as equipes sobre a realização da pesquisa, uma vez que são elas que coordenam o funcionamento dessas unidades. Esse comunicado foi uma iniciativa da própria coordenação do PSF, apesar de ter sido feito quando a coleta de dados já estava na etapa final. Conversamos com as quatro (04) enfermeiras responsáveis pelas USF's, comunicando o objetivo da pesquisa, o PTM e o ACS escolhidos na área sob responsabilidade de cada uma delas e, assim, obtivemos a colaboração de todas, por considerarem necessário articular a atenção básica e a atenção à saúde mental, segundo a fala das mesmas. Em seguida, entramos em contato com os agentes comunitários e tendo obtido o consentimento deles para acompanhá-los, agendamos com eles as visitas a serem realizadas, respeitando o planejamento prévio desses agentes bem como as suas sugestões.

Partimos, então, para a coleta dos dados, que foi realizada entre os meses de junho, julho e agosto de 2006. No primeiro momento da coleta de dados, acompanhamos uma visita domiciliar de cada ACS à residência do PTM selecionado. Após cada primeira visita, agendávamos com o ACS o segundo encontro, respeitando o cronograma dos agentes que considera a obrigatoriedade de uma visita mensal a cada residência. Na maioria dos casos, eles estipulam um

intervalo mínimo de quinze dias entre uma visita e outra, salvo em situações emergenciais. Dos quatro (04) agentes acompanhados, um segue estritamente o seu cronograma, mostrando-se menos flexível para mudanças relativas a ele. Por outro lado, dois agentes não explicaram como programam essas visitas e um ACS disse não respeitar essa convenção, visitando as famílias sempre que possível, mais de uma vez por mês, independente de urgências e solicitações especiais. As entrevistas semi-estruturadas com os ACS's foram realizadas após a conclusão das duas (02) visitas acordadas, tendo sido realizadas nas USF's, em salas que possibilitaram privacidade e sigilo das informações prestadas. Assim, as visitas domiciliares acompanhadas e as entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde aconteceram conforme o seguinte cronograma:

Encontros Agentes	1ª visita domiciliar	2ª visita domiciliar	entrevistas ao ACS
ACS 1	28/06/06	20/07/06	20/07/06
ACS 2	29/06/06	21/07/06	21/07/07
ACS 3	30/06/06	21/07/06	21/07/06
ACS 4	12/07/06	15/08/06	15/08/06

Quadro 2: Cronograma das visitas domiciliares acompanhadas e das entrevistas realizadas.

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Inicialmente, pensamos em utilizar o vídeo como recurso para captar as imagens e registrar de forma mais fidedigna os dados coletados nas visitas domiciliares que são, sem dúvida, bastante ricos e complexos. A idéia era filmar os encontros das famílias com os agentes, registrando tanto as imagens quanto os sons, para posterior análise dos dados. Pensávamos que, assim, conseguiríamos coletar mais dados, dada a especificidade de nossa pesquisa. Segundo Bauer & Gaskell (2003), “[...] não existem limites óbvios para a amplitude de ações e narrações humanas que possam ser registradas, empregando conjuntamente imagem e som em um filme de vídeo.”(BAUER; GASKELL, 2003, p.149). Por outro lado, sabíamos da possibilidade do vídeo intimidar ou distrair os nossos informantes, além de provavelmente influenciá-los a adotar posturas diferentes das usuais ou daquelas adotadas sem a presença da filmadora.

Mas o fator decisivo para que optássemos por não filmar as visitas, foi uma conversa informal da pesquisadora com uma enfermeira do Programa de Saúde da Família. Essa enfermeira esteve em contato direto com os agentes comunitários de saúde de todas as USF's, por alguns meses, durante um curso de capacitação técnica no qual lecionou. De acordo com ela, os ACS's assumiam uma postura defensiva sempre que se sentiam avaliados em sua conduta profissional e, em sua opinião, a filmagem poderia ser entendida como uma forma de controle, funcionando como um estímulo repressor. Além disso, Bauer e Gaskell (2003) afirmam que só há razão para utilizar filmagens em uma situação de pesquisa, quando não há outros meios de registrar os dados.

Em função das considerações anteriores, optamos por registrar as visitas dos ACS's às residências dos PTM's através de gravações de áudio e anotações em um diário de campo. Registramos, também, fragmentos de conversas com dois médicos das USF's visitadas e que se referiram aos PTM's e às visitas domiciliares, bem como falas de algumas enfermeiras. Apesar de não ser esse o objetivo da pesquisa, consideramos esses dados importantes elementos que poderiam complementar a análise dos encontros que o PTM tem com os profissionais da rede de atenção básica. Afinal, como estamos atentos à heterogeneidade que acompanha os processos de subjetivação, optamos por também incluir esses agenciamentos em nossa análise de dados.

Terminada a coleta dos dados, partimos para a transcrição das entrevistas e, posteriormente, para a organização e análise desses dados coletados. Preservando a identidade dos participantes dessa pesquisa, escolhemos siglas e nomes fictícios para nos referirmos aos portadores de transtorno mental e seus familiares, aos agentes comunitários de saúde e aos outros componentes das equipes de saúde da família. Lembramos ainda que nosso estudo respeitou as normas para escrita, propostas pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). Nesse sentido, cabe ressaltar que todos os agentes comunitários de saúde e os responsáveis pelas famílias assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para participar do processo, após a explicação da pesquisadora sobre o objetivo e a metodologia a ser utilizada na pesquisa e antes que a coleta de dados fosse iniciada.

Para uma maior compreensão da análise dos dados, fizemos o seguinte quadro demonstrativo:

Agente Comunitário de Saúde	Idade	Tempo de atuação como ACS	Experiência anterior na área da saúde	Residência na área de atuação como ACS	Família visitada	Usuário do CAPS (nome fictício)
ACS 1	42 anos	3 anos	Não	Não	F1	Arlete
ACS 2	44 anos	3 anos	Não	Sim	F2	Sônia
ACS 3	19 anos	6 meses	Não	Não	F3	Carla
ACS 4	25 anos	4 anos	Não	Não	F4	João

Quadro 3: Demonstrativo da relação agentes comunitários, famílias visitadas por eles e portadores de transtorno mental membros de cada família.

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Em seguida, apresentamos alguns dados acerca das famílias visitadas, objetivando fornecer ao leitor um panorama composto por evidências e impressões, na tentativa de facilitar a sua compreensão do campo em que esse estudo foi realizado. Apresentamos, ainda, informações acerca dos agentes comunitários acompanhados por nós, com o mesmo objetivo acima citado.

4.1 As famílias que visitamos e os agentes que acompanhamos

Evidentemente, ao nos aproximarmos do seu mundo, encontraremos singularidades. Não existe um padrão único e universal de familiar. Cada familiar, cada família é uma família. Por outro lado, talvez seja possível reconhecer algumas características comuns a esse conjunto de pessoas e grupos.

Jonas Melman

Observamos, em nossa coleta de dados, que as quatro (04) famílias visitadas têm configurações bastante singulares. Uma das famílias segue o modelo tradicional e é composta pelo casal parental, filhos e netos, vivendo todos sob o mesmo teto. Outras duas (02) são constituídas por mães viúvas e seus filhos, sendo que em uma delas, o neto também mora na casa da avó. E a quarta família é constituída apenas

pelo casal, sendo que os dois parceiros vivenciaram relacionamentos anteriores que geraram filhos, apontando para o que Vaitsman (1994) nomeou como novos arranjos familiares.

Da mesma forma, constatamos a heterogeneidade nas equipes de saúde da família e nos agentes que as compõem. Os agentes comunitários de saúde do município de Matozinhos são, em sua grande maioria, admitidos por meio de concursos públicos anteriores à legislação que permite essa prática. Dos quatro agentes entrevistados, três (03) são concursados, sendo funcionários públicos efetivos e apenas um (01) é contratado. Isso faz com que o perfil idealizado pelo Ministério da Saúde, no início do programa, tenha sofrido alterações.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. Tem bom relacionamento com seus vizinhos. (BRASIL, 2001a, p. 7).

Muitas vezes o ACS mora em bairros distantes da unidade onde trabalha, como no caso da ACS 4, que mora em um distrito desse município que é atendido por outra equipe de saúde da família. Acreditamos que essa realidade se repita em outros pontos do nosso país, porque recentemente o artigo 198 da constituição federal foi modificado em seu artigo 1º e acrescido do inciso 4º, por meio de emenda constitucional, com o objetivo de regulamentar essa admissão via concurso público.

Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (BRASIL, 1988b, emenda constitucional nº51).

Essa mesma emenda regulamenta que, a partir da sua promulgação, os ACS's poderão ser admitidos apenas por concurso público e reconhece a legalidade da contratação daqueles que tenham sido admitidos através de seleção pública anterior.

4.2 Cartografia

A partir dos dados coletados nas visitas domiciliares e nas entrevistas semi-estruturadas com os ACS's optamos, inicialmente, por destacar os seguintes pontos a serem utilizados na análise das falas dos agentes, objetivando a elaboração inicial da nossa cartografia: implicação da subjetividade, dificuldade com a loucura, despreparo para lidar com o sofrimento, desarticulação PSF/CAPS, possibilidade de conexão. Por outro lado, para analisar os dados obtidos nas famílias, pensamos em enfatizar os seguintes pontos: acolhimento da singularidade, dificuldade com a loucura, agente como referência, desarticulação PSF/CAPS, possibilidade de conexão.

No decorrer da análise dos dados, confirmamos que reduzi-los às falas captadas seria empobrecer um campo composto por várias intensidades de forças que não se dão a perceber apenas pela palavra falada. Assim, redirecionamos o nosso corpo vibrátil em direção às intensidades que não poderiam ser contidas apenas nas palavras, na tentativa de traçar linhas que congreguem os pontos percebidos nos encontros que tivemos com os agentes, com as famílias e com outros membros das equipes de saúde da família, bem como nos encontros entre as famílias dos PTM's e os ACS's. Não excluimos as falas das pessoas que se encontraram, mas não as privilegiamos. Buscamos mapear as conexões que existiram nas visitas domiciliares, percebidas através não só das falas dos agentes e das famílias, como também das impressões da pesquisadora, considerando as particularidades do município de Matozinhos, na tentativa de conhecer as dimensões, as linhas, que estavam presentes nesses encontros. Para tanto, analisaremos os dados em quatro blocos, constituídos das famílias, dos agentes e das visitas que realizamos em cada residência, incluindo-nos em todos esse blocos, por meio de nossas idéias e afetos. Essa é uma forma que encontramos para evidenciar a complexidade dos encontros, através da ótica da filosofia da diferença, tarefa a que nos propusemos.

Antes, porém, cabe ressaltar algumas idéias que foram companheiras importantes no nosso percurso dessa cartografia. Elas se referem tanto aos portadores de transtorno mental e seus familiares, quanto aos agentes comunitários de saúde.

Conforme mencionamos no primeiro capítulo, o agente comunitário de saúde é responsável pelo acompanhamento das famílias que vivem em seu território de atuação, devendo visitá-las mensalmente. Em nossos encontros com os agentes, percebemos que apesar de ocuparem o mesmo cargo profissional e exercerem as mesmas funções, apresentam diversas especificidades que apontam para maneiras singulares de lidar com a alteridade e com as intensidades que compõem a vida. Se, por um lado, alguns se entregam à força dos encontros e às suas implicações, outros se protegem deles de diferentes maneiras. Isso ficou claro não só nas visitas, como nas diferentes reações e posturas ao convite para participar dessa pesquisa.

Ainda no que se refere às características peculiares de cada subjetividade, constatamos também diferentes motivos que influenciaram a escolha do exercício da função de agente comunitário. Dos quatro agentes acompanhados, um mencionou ter escolhido a profissão pela facilidade em lidar com o público [ACS 1], outro pela possibilidade de circular pela cidade [ACS 2], o terceiro por ter um familiar que trabalha em outra instituição municipal, o que possibilitou o seu acesso ao cargo [ACS 3] e o último fez essa escolha na tentativa de se livrar de uma depressão e aprender a conviver com outras pessoas [ACS 4]. São esses agentes que convivem com as famílias dos portadores de transtorno mental e que sofrem, também, a influência da heterogeneidade de forças que produzem as formas de pensar e conviver com a loucura.

O olhar lançado sobre as famílias de portadores de transtorno mental, está se modificando no percurso das transformações sócio-históricas. Rosa (2003) mostra-nos como as famílias deixaram de ocupar o lugar de passividade, patologização e culpabilização, que foi delegado a elas pelos saberes médicos e “psi”, para serem requisitadas como interlocutoras no processo de repensar o cuidado ao PTM, após terem sido consideradas construtoras e potencializadoras da realidade. Segundo a autora, a experiência basagliana muito contribuiu para essa resignificação da família e, a partir de 1980, “[...] a família passa a constituir um campo de interesse para os estudos acadêmicos.”(ROSA, 2003, p. 80). Nos anos de 1990, devido ao aumento dessa visibilidade, ao processo de redemocratização do Brasil e ao movimento da reforma psiquiátrica, surgem em nosso país diversas representações sobre as relações familiares com o PTM. É nesse momento da história que se torna possível pensar essas famílias como recurso de estratégias de intervenção, lugar de convívio do PTM, sofredora e necessitada de cuidados, sujeito de ações políticas e

provedora de cuidado, mediando as relações entre o portador de transtorno mental e a sociedade. Entretanto, essas estratégias ainda não são de fácil implantação, e esbarram em dificuldades, em resistências por parte dos serviços e dos técnicos de saúde, como ressalta Romagnoli (2006a).

É necessário apontar, ainda, que a família sofreu modificações também em seus aspectos constitutivos. Se na modernidade o ideal a ser vivenciado era a família nuclear burguesa, na contemporaneidade ela assumiu novas configurações. Tornou-se, em muitos casos, plural, flexível, redefinindo seu contorno através de construções e reconstruções de seus limites em vários arranjos (Vaitsman, 1994). Apesar de todas essas transformações, a família persiste como referência para as relações afetivo-sexuais e o percurso das famílias dos portadores de transtorno mental não tem sido diferente.

Melman (2001) afirma que, apesar de todas essas modificações, a eclosão de uma crise psicótica desestabiliza as famílias, atualizando nestes grupos sentimentos de responsabilização, culpa, insegurança, impotência e vitimização, provocando intenso sofrimento. Segundo esse autor, a contradição e a intensidade dos sentimentos que emergem nos episódios de adoecimento mental grave de um dos membros da família, associados ao despreparo da nossa sociedade em acolher e cuidar dessas pessoas acarreta o isolamento social não só dos PTM's como também dos seus familiares.

Naqueles casos em que a gravidade do quadro é maior e a duração dos sintomas se prolonga por muito tempo, os repetidos fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, os freqüentes insucessos nos tratamentos produzem mais frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária. Suas próprias vidas ficam esvaziadas, muito aquém de suas possibilidades existenciais. (MELMAN, 2001, p.20).

Assim, os portadores de transtorno mental severo e seus familiares têm vivido à margem do contexto social porque passam a viver em torno da chamada doença mental e porque a organização social vigente exclui as diferenças. É um duplo exercício de isolamento. Em pesquisa recente acerca das famílias usuárias da rede de saúde mental, Romagnoli (2006a) pontua que a baixa renda familiar, a cronicidade da doença mental e sua respectiva dependência, a necessidade de cuidado ininterrupto e a crise que advém da eclosão da doença, integram um

território existencial marcado pela dor e pelo sofrimento, que tem na doença mental seu eixo de sustentação.

3.2.1 Em torno da família 1

A ACS 1 foi nossa companheira nas visitas à família¹ e o primeiro contato com ela foi feito por telefone. Ela pareceu-nos receosa, como se estivesse em uma posição defensiva, apesar de ter consentido em participar da pesquisa, quando conversamos pelo telefone. Na primeira vez em que nos encontramos, essa agente mostrou-se muito simpática, mas um pouco tensa. Conversamos novamente sobre os objetivos desse estudo, respondemos às suas perguntas sobre o mestrado em psicologia e, quando ela estava mais tranqüila, solicitamos a confirmação da sua participação. Como essa agente ainda não havia visitado a residência da PTM selecionada por nós, apesar de ser a última semana do mês, após esse segundo contato, partimos para a primeira visita domiciliar. No caminho, a ACS foi advertindo-nos de que em muitas visitas as pessoas conversam pouco. Pareceu-nos que tinha uma expectativa relacionada à quantidade e não aos aspectos qualitativos dos dados a serem coletados, o que se confirmou no campo com a extensão do tempo da visita, provocada por ela.

Essa família que fomos visitar reside na periferia de Matozinhos e é composta por vários membros. Na mesma casa moram o pai, a mãe, seis filhos e dois netos. Uma das filhas, a quem chamaremos de Arlete, tem o diagnóstico de esquizofrenia, sendo atendida no CAPS-Cidadi. Apesar de morarem em casa própria, construída em parceria com a prefeitura municipal [sistema de mutirão], a renda familiar é baixa. O pai é jardineiro e não tem emprego fixo. A mãe trabalha no lixão, catando e vendendo produtos recicláveis para conseguir, no máximo, duzentos reais (R\$ 200,00) mensais. Uma das filhas trabalha como faxineira uma vez por semana e tem dois filhos menores de cinco anos, que moram nessa mesma casa. Outra filha é dama-de-companhia de uma senhora idosa, dorme no serviço e recebe um salário mínimo por mês. Um filho está desempregado e outro nunca trabalhou. Segundo a ACS, ele está envolvido com uso de drogas. Arlete não tem nenhuma fonte de renda e não temos informações sobre os outros filhos. No mesmo terreno, há um barracão

onde mora um filho casado, sua esposa e a filha deles. Eles utilizam a energia elétrica proveniente da casa dos pais.

A casa é muito simples: dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro. Uma das paredes está escorada por uma tora. Os poucos móveis estão velhos e enferrujados, mas há uma televisão colorida na sala. O quintal é de terra batida e nele há um cubículo sem porta e com um fogão à lenha, o barracão de um cômodo onde mora o filho casado e uma pequena horta que divide espaço com uma bananeira e uma mangueira. O material recolhido pela mulher no lixão [plásticos, ferros, alumínio e papelão] fica encostado no muro, coberto e organizado de forma que não atrapalha a circulação. O chão, mesmo sendo de terra, estava varrido. A impressão é de pobreza não só pela quantidade e qualidade do mobiliário, como também pela má conservação do imóvel [parede escorada, vidros quebrados, falta de portas internas].

No primeiro contato que tivemos com essa família, sem a companhia da ACS 1 e com o objetivo de solicitar o consentimento para as futuras visitas, encontramos as crianças descuidadas, como se estivessem entregues à própria sorte, sem que alguém lhes penteasse os cabelos, lavasse seus rostos ou trocassem suas roupas, apesar de estarem em companhia da mãe. Pareceu-nos que além da pobreza material, há uma pobreza subjetiva nessa residência, talvez decorrente de trocas afetivas insuficientes e precárias. Nesse sentido, sem a intenção de culpabilizar a família, percebemos uma postura dominante, mantida pelo plano de organização de nossa sociedade, de insistência na precarização da vida, na falta de cuidado, no desleixo com o cotidiano.

Ao estudar as famílias em situação social vulnerável, o livro *Família brasileira: a base de tudo* apresenta vários artigos que nos permitem mapear a forma dominante do plano de organização, embora os autores não utilizem essa terminologia. Nesse sentido, sob diferentes enfoques, há a denúncia da hegemonia da percepção da família burguesa, construída historicamente pelas elites, sobre as classes populares. De acordo com Neder (2000), tal enfoque trata as famílias das classes populares sempre em relação à díade pobreza/família irregular, que geralmente se associa aos maus cuidados dos filhos no cotidiano, por pais desprovidos de afetividade. Ainda nesse contexto e segundo Vicente (2000), os pais passam a ser vistos como incapazes de estabelecer vínculos afetivos com suas crianças. Esses autores também enfatizam a importância da manutenção dos vínculos familiares, ressaltando

que não são somente as famílias pobres que apresentam dificuldades, conflitos e tensões no decorrer de sua existência.

Com esse estudo queremos salientar que, embora haja um cotidiano de pobreza que possui suas especificidades, este não deve necessariamente se enquadrar em um cotidiano de pobreza de invenção, podendo se estabelecer como um território em que a vida pode circular. De acordo com o que está estabelecido no plano de organização, as famílias pobres são quase sempre desqualificadas quando comparadas às famílias de classe média. Sem dúvida, possuem organizações e arranjos distintos, que não necessariamente devem ser julgados, mas sim respeitados.

Retornando à família em questão, não consideramos que o descuido que presenciamos em relação às suas crianças tenha sido naturalmente determinado pela pobreza material. Pensamos que o atravessamento das condutas assistencialistas voltadas para as famílias pobres, pode ter afetado especificamente essa família, por propiciar encontros que despotencializam as ações, capturando-as através de um discurso instituído no plano de organização e que separa os potentes dos incapazes, baseando-se em critérios dualistas, rígidos e transcendentais. Acreditamos que essas condutas imobilizam as pessoas em caracteres opostos tais como potente/impotente, capaz/incapaz, doador/receptor, ativo/passivo, reduzindo os fluxos e a expansão da vida.

Nessa família, a mãe de Arlete é quem responde como referência familiar. Apesar de ter se mostrado disponível para conversar, a sua fala é desarticulada e tem um tom de embotamento afetivo e *déficit* intelectual. Parece preocupada com o bem estar de todos, preferindo arcar com a porção mais difícil do cotidiano [enfrentar sozinha o trabalho no lixão] para preservar os outros membros da família, inclusive o marido e Arlete. O pai de Arlete [que conhecemos na segunda visita] pareceu receptivo à nossa presença e falou um pouco sobre as suas queixas orgânicas. Os filhos desse casal conversaram pouco e parecem viver ensimesmados, com exceção do filho casado que é falante e tem um emprego razoável e da Arlete que não estava em casa em nenhuma das duas visitas e a quem não pudemos observar nesse contexto.

Nas duas visitas que fizemos a essa residência em companhia da ACS 1, vimos desenharem-se diferentes paisagens. No decorrer da primeira visita, por mais que tivéssemos dito a ACS que acompanharíamos uma visita rotineira, a agente

insistiu em manter o foco na PTM, o que muito provavelmente não acontece em outras ocasiões, tendo em vista que os indicadores de saúde mental não constam no relatório a ser elaborado pelas unidades de saúde da família, exceto quando há internação psiquiátrica [apenas para notificação]. Ficamos um tempo razoável em pé, ao lado da porta lateral da casa, enquanto a ACS fazia perguntas relacionadas ao bem estar de Arlete, muitas delas repetidamente. A certa altura da conversa, a mãe de Arlete, como que percebendo uma diferença nessa visita, devido tanto à nossa presença quanto ao prolongamento dela, convidou-nos para entrar. Essa conduta nos levou a pensar que se a ACS estivesse sozinha, essa visita seria mais curta e esse convite não teria acontecido, já que normalmente os agentes comunitários fazem visitas rápidas o suficiente para coletar os dados a serem utilizados nos relatórios ou para informar datas de consultas e exames, tendo em vista que eles cumprem uma rotina de aproximadamente dez (10) visitas diárias.

Durante grande parte do tempo que estivemos nessa casa neste dia, presenciamos a insistência da agente em repetir várias vezes as mesmas perguntas sobre a saúde e principalmente sobre o comportamento da Arlete. Por mais que a mãe da Arlete tentasse ser ouvida em suas queixas relativas aos seus próprios sintomas orgânicos, a agente parecia menosprezar essas colocações. Pensamos que isso se deu devido ao fato da agente ter comentado conosco que desconfia que a mãe da Arlete tenha algum *déficit* cognitivo, além dela não dar continuidade aos tratamentos clínicos quando os sintomas melhoram. Nos momentos em que a ACS 1 voltou a sua atenção para uma criança que estava febril há dois dias e para averiguar como estava a organização do material a ser reciclado e que a mãe da Arlete retira do lixão da cidade, pareceu-nos que ela estava cumprindo a rotina do agente comunitário e que faria isso da mesma forma, se não estivéssemos presentes. Mas quando essa mesma mãe falou das fases em que Arlete fica “com a cabeça ruim”(sic), a agente ouviu em silêncio ou fez comentários banalizadores da situação, talvez por não possuir outros recursos para lidar com o afetamento que o transtorno mental pode ocasionar no ambiente familiar e na sua própria subjetividade. Sabemos que acontece uma exacerbação dos sintomas dos portadores de transtorno mental, nos momentos denominados de crise, que pode comprometer o autocuidado, provocar uma oscilação do humor e incomodar os outros moradores da casa, como nos falou a mãe da Arlete:

MÃE DA ARLETE: A hora que ela tá com a cabeça ruim, ela não lava roupa, não. Não lava, não toma banho, não troca de roupa...

Além de incomodar, esses episódios podem provocar na família um sentimento de incapacidade em reverter essa situação, sem ajuda especializada. Essa postura foi percebida também na família 4, que analisamos mais adiante. Muitas vezes, nesses momentos, a família sente dificuldade até em conduzir o PTM às instituições onde buscarão essa ajuda. A mãe da Arlete percebe essa variação no humor da filha, mas se coloca à margem disso, como que aceitando passivamente a inevitabilidade dos fatos e a sua impotência diante deles [consequência da paixão proveniente, provavelmente, de maus encontros anteriores], empobrecendo ainda mais o cenário subjetivo familiar, por não permitir que o afetamento que vivencia nesses momentos seja problematizado. Retornando ao que foi apresentado teoricamente no segundo capítulo, afirmamos que a subjetividade encontra-se em relação permanente, marcada pela conectividade e pelo afetamento, possuindo o poder de afetar e se afetado. Dessa maneira, quanto mais nos colocamos à mercê das influências externas, o que caracteriza o estado de paixão e que é o caso da mãe da Arlete, mais estamos separados da nossa essência, do nosso poder potência, que nos conduz à ação. Esse estado faz a subjetividade sofrer de um modo passivo, inerte, sendo convocado pelos maus encontros. Talvez um desses maus encontros entre essa família e o serviço de atenção à saúde tenha ocorrido quando, segundo a sua mãe, Arlete recorreu a USF por ter machucado um dedo, não sendo atendida porque não estava acompanhada de um familiar.

MÃE DA ARLETE: O dia que ela foi lá no posto, né?, acho que ela tava com um negócio no dedo, né? Aí ela falou assim... Ela voltou aqui e falou: - Ô mãe, eles falou que é procê ir comigo. Lá as pessoas que tem problema, a pessoa vai e é quase como se fosse de menor, né? Eu fui lá. Aí eles foi e falou assim, que ela tá... Você é que passou o negócio no pé dela? Que era prá levar ela no P.A.

No primeiro capítulo, discutimos a necessidade de articulação da rede de atenção básica com a rede de atenção à saúde mental, visando minimizar ao máximo as dicotomias existentes entre as ações voltadas para o cuidado da saúde das pessoas, por acreditarmos que essas dicotomias ferem o princípio da integralidade proposto pelo SUS, ao fragmentar a pessoa que demanda atenção e

cuidados, ferindo também a proposta de desinstitucionalização. Além disso, apresentamos alguns esforços das atuais políticas públicas para sanar essa cisão. Contudo, durante as visitas domiciliares que acompanhamos, percebemos que no dia-a-dia dos serviços de saúde, essa desarticulação entre o PSF e o CAPS ainda persiste e afeta os usuários do CAPS-Cidadi e seus familiares. Nessa visita, a mãe da Arlete, ao relatar esse episódio, confirma a existência dessa desarticulação. Ao não atender Arlete, a USF tolheu uma importante oportunidade para que ela exercesse a sua cidadania sem o jugo da tutela, considerando-a irresponsável. Cabe aqui lembrar que essa necessidade de tutelar e desconsiderar a potência do PTM em responder pelas próprias iniciativas e escolhas, denuncia uma postura rígida em relação ao transtorno mental, sustentada pelos “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001). Isso produz submissão e infantilização, em lugar de promover a construção de novas formas de circulação da vida. Por outro lado, a equipe do CAPS tem trabalhado para que Arlete reconstrua a sua autonomia e independência, utilizando para isso vários recursos disponíveis nas oficinas terapêuticas, exigindo o cumprimento das normas de funcionamento da instituição e incentivando as atitudes que demonstram autocuidado e responsabilidade social. Percebemos, assim, objetivos e formas opostas de atuação, que geram um descompasso e que confirmam a desarticulação entre a rede de atenção básica e a atenção à saúde mental. O mesmo foi percebido na família 2, examinada a seguir.

Pensamos, também, que o fato da ACS 1 não demonstrar muito interesse em apontar alternativas que pudessem ser percebidas como resolutivas dos problemas de saúde da mãe de Arlete ou que demonstrassem, pelo menos, uma consideração maior com o seu sofrimento, contribuíram para a passividade dessa mulher. Percebemos a passividade perante o transtorno mental, quando essa mãe relata as mudanças de atitude da Arlete quanto ao fato dela deixar de dormir na rua e voltar a dormir em casa, como se essa mãe não pudesse interferir nisso de alguma forma, como se não acreditasse na potência dos encontros entre ela e a filha. Percebemos a passividade perante a própria saúde, quando a agente relata que as queixas se repetem e essa mulher não dá prosseguimento aos cuidados orientados pela equipe de saúde da família, repetindo o abandono dos tratamentos por não encontrar novas formas de romper as barreiras econômicas. Ela queixa-se dos sintomas à agente que a encaminha a USF, consulta-se com o médico da unidade, traz para casa a prescrição dos medicamentos e não faz uso deles quando não os recebe

gratuitamente [não tendo condições de comprá-los e não criando outras alternativas para resolver esse problema], ficando presa a condutas assistencialistas que fixam as pessoas no lugar de vítimas e impotentes. Pensamos que essa passividade é desencadeada pelas paixões provenientes dos encontros com as condutas assistencialistas e que ela encerra a relação com a exterioridade em uma mesmice que impede sua ruptura através das linhas de fuga, interferindo não só nas relações com os serviços e profissionais da saúde, como também na relação com o transtorno mental.

Nesse dia, a agente teve dificuldade em finalizar essa primeira visita e, quando o fez, colheu a assinatura da mãe da Arlete. Dos agentes que acompanhamos, percebemos que quase todos [com exceção do ACS 2] se preocupavam muito com o preenchimento dos formulários exigidos pelo protocolo de funções gerais dos agentes comunitários de saúde. No procedimento padrão exigido por esse protocolo, os agentes precisam anotar se houve internações familiares [data e motivo], se as pessoas que fazem uso de alguns medicamentos continuamente estão fazendo isso de forma adequada, se as gestantes estão fazendo o acompanhamento pré-natal, se os menores de cinco anos estão satisfatoriamente vacinados, se a hipertensão e o diabetes estão controlados e se há alguém doente em casa. Essas anotações são feitas em um caderno e transferidas para um relatório mensal de produtividade que cada USF encaminha para a coordenação municipal do PSF que, por sua vez, o reencaminha à Gerência Regional de Saúde, objetivando garantir a continuidade do repasse de verbas para manutenção do programa. Da manutenção desse programa dependem os empregos de toda a equipe de saúde da família que, comparados aos outros funcionários municipais da saúde, têm salários muito acima da média. Assim, a preocupação com os dados estatísticos e com a questão financeira vem em primeiro lugar, comprometendo, muitas vezes a qualidade dos encontros.

No caminho de volta a USF, a ACS 1 perguntou-nos como havia se saído, confirmando a opinião da enfermeira, citada no início desse capítulo¹⁰, no que se refere à sensação de estar sendo avaliada em sua conduta profissional. Essa preocupação parece ter permeado toda a visita, uma vez que essa agente prolongou-a bastante, privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade,

¹⁰ Fato relatado na página 59 desse capítulo.

insistindo em focar sua atenção nas perguntas referentes à Arlete, deixando escapar a possibilidade de um encontro mais potencializador com essa família, apesar do prolongamento do tempo da visita. Foi como se, há todo momento, buscasse nossa aprovação ao priorizar o transtorno mental, insistindo no atrelamento a questões transcendentais tais como julgamento de valor e hierarquização profissional.

As duas (02) visitas que realizamos foram agendadas em comum acordo, com um intervalo de três semanas. Na segunda visita a essa mesma residência, encontramos a mãe, o pai e o irmão casado da Arlete, conversando na parte lateral da casa, que funciona como lavanderia. Ficamos por ali, junto com eles e, dessa vez, a agente não direcionou a conversa apenas para questões relativas a Arlete. A ACS 1 estava menos tensa, seguindo mais fielmente o seu protocolo, apesar da nossa presença.

Arlete não estava em casa e havia saído sem que ninguém visse ou soubesse aonde teria ido. Apesar disso, a mãe contou que ela estava acompanhando diariamente uma irmã que temia ir andando para o trabalho noturno, além de continuar freqüentando a escola [Educação de Jovens e Adultos]. Tanto a mãe quanto o irmão elogiaram a comida que Arlete faz e pareceu-nos que haviam ocorrido novas conexões que potencializaram o surgimento de novas formas relacionais no seio dessa família e essa PTM, em lugar de incomodar, colaborava com o grupo familiar, estando mais integrada a ele. Entendemos essas mudanças como indicativas de desinstitucionalização, por elas apontarem para uma nova forma dessa família relacionar-se com Arlete, considerando e valorizando a sua potência de agir e contribuir para o bem estar do grupo familiar, sem mantê-la atada ao estigma de incapaz, culturalmente atribuído aos portadores de transtorno mental. Acreditamos, ainda, que a própria Arlete tenha uma participação importante nessa mudança, uma vez que se deixou afetar pela exterioridade, rompeu com o estabelecido até então e ousou experimentar novas formas de conviver com a sua família e com a comunidade, saindo do papel de andarilha e arriscando-se no papel de estudante, cozinheira e acompanhante. Ao trilhar novos caminhos, Arlete deu novos passos rumo à sua própria desinstitucionalização.

Nessa visita, a agente perguntou pela saúde de todos os membros da família, não focando a visita apenas em Arlete. A mãe voltou a queixar-se da dor de cabeça que a acompanha desde que entrou na menopausa e o pai queixou-se de dores na coluna e contou sobre o seu diagnóstico de “bico-de-papagaio”(sic). O

irmão, muito falante e animado, deu opinião em todos os assuntos conversados e, como de costume, a visita terminou com a assinatura no caderno [comprovação da visita]. Essa visita demandou bem menos tempo, o que nos pareceu mais próximo da realidade cotidiana das visitas domiciliares.

Após essa visita, realizamos a entrevista e a ACS 1 mostrou-se cooperativa e tranquila ao responder às perguntas. Ela é considerada uma agente que desempenha bem o seu papel, de acordo com a enfermeira que lecionou em um curso de capacitação para ACS's, do qual ela participou. Pensamos que o olhar do PSF sobre o que seja um bom agente, é guiado pelo plano de organização que abarca as questões mecanicistas e os papéis sociais. Talvez um outro tipo de olhar para a mesma prática, um novo encontro, fizesse com que a ACS1 se sentisse vulnerável a desterritorializações, em função da possibilidade de não se confirmar o que estava anteriormente caracterizado como traço da sua identidade profissional. Como veremos adiante, com a colaboração de Noronha (no prelo), há pessoas que se protegem das intensidades caóticas experimentadas no encontro com o novo, agarrando-se às suas características já conhecidas, devido a um grau elevado de ansiedade que o desconhecido provoca nelas. Assim, pareceu-nos que essa agente se sentiu avaliada em sua conduta, tentando agradar a pesquisadora que trabalha no mesmo município e em um nível superior em hierarquia, convocando a transcendência, que no nosso entender foi convocada e sustentada a partir de sentimentos de inferioridade e pelo medo do julgamento. Ao se instalar, a transcendência dificulta a emergência do plano de composição, que propicia a invenção, insistindo no plano de organização que distribui as funções e os papéis, classificando quem sabe mais e quem sabe menos, determinando as hierarquias. Percebemos o quanto essa agente direcionou a primeira visita para questões relativas a PTM, esforçando-se para parecer interessada e zelosa. Porém, percebemos que o seu discurso difere da sua prática. Na entrevista ela disse sentir necessidade e facilidade para conviver e conversar com outras pessoas:

ACS 1: Eu acho que tenho facilidade, sabe? E necessidade também. De conviver no dia-a-dia com as pessoas, sabe? Trocar idéias... Eu gosto. Eu gosto sim.

No entanto, durante as visitas que acompanhamos essa agente não conseguiu acolher o inusitado que o outro apresenta quando foge do protocolo,

quando aborda questões que não interessam ao relatório para produtividade e para as quais os ACS's não estão preparados para lidar, por não receberem orientação. Deixar que os fluxos da vida abandonem o plano de organização, se conectem e se agenciem em um vir a ser indeterminado assusta a ACS 1 e a faz agarrar-se aos procedimentos burocráticos, que podem funcionar aqui como um escudo frente aos encontros e o que eles podem promover. Ao analisar as dificuldades de se trabalhar com família na rede de atenção à saúde mental, Romagnoli (2004) pontua que um desses empecilhos é a subjetividade dos próprios técnicos, que encontram-se “[...] receosos de inovar, frente ao desconhecido, de habitar novos territórios. Esse receio reflete uma tendência a validar e reproduzir recursos já existentes e já institucionalizados, portanto aceitos e valorizados.”(ROMAGNOLI, 2004, p.77). De certa maneira, presenciamos esse mesmo receio nesse caso.

Além disso, em outro momento da entrevista, percebemos que a ACS 1 coloca-se numa posição passiva, à espera de que a família a ser visitada ofereça uma oportunidade para aproximação, em lugar dela mesma desenvolver estratégias para isso. Em certo sentido, essa passividade denota uma separação do poder potência e uma imersão na paixão também da agente e não só da mãe de Arlete, como vimos acima. Mesmo que o ACS não tenha participado de nenhum programa de capacitação para o exercício da função [o que ocorre com muita frequência], parece que algumas subjetividades demonstram possuir mais recursos subjetivos para se agenciar e traçar linhas inventivas, sem ficarem presas ao protocolo de funções a ser cumprido. No caso dessa agente, no entanto, percebemos tanto na entrevista quanto nas visitas domiciliares, um atrelamento às questões burocráticas como forma de autoprotger-se contra o desconcerto proveniente das afecções vivenciadas nos encontros com a família visitada. O estar à mercê do convite e da permissão do outro, coloca o ACS vulnerável às afecções passivas, à deriva da ação de um corpo sobre o seu, assujeitando-se às circunstâncias. Essa postura, no nosso entender, mantém a transcendência e os lugares fixos de agente e família, de técnico e usuário, estabelecidos pelo plano de organização.

ACS 1: Porque tem casa que você vai, e tá tudo bem. Inclusive eles nem pedem pra gente entrar, né? Ah, não. Eu falo: tudo bom? Aquela coisa assim bem formal, que você fica... você fica procurando umas coisa prá perguntar porque eles não te dão entrada.

Essa agente deixou transparecer, ainda, que se sente responsável pelo bem estar das pessoas a quem visita e que o fazer para e pelo outro é pensado como uma forma de cuidado. Consideramos esse assistencialismo como sendo despotencializador, uma vez que ele confere um estatuto de dependente àqueles que sofrem suas influências, escondendo a idéia de incapacidade que sustenta essas condutas. Não que todo cuidado em si seja despotencializador, pelo contrário, em muitas circunstâncias essa atitude pode significar uma abertura para a alteridade. Contudo, nesse caso e nessas visitas, entendemos que talvez a ACS 1 desconsiderasse a potência do outro no processo de construção e manutenção do seu próprio bem estar, insistindo em colocá-lo no lugar de incapaz e dependente dela e da sua atuação profissional para que isso fosse alcançado.

ACS 1: E eu, o que eu puder fazer por um paciente meu, sabe, que não tem uma medicação, se tiver doação no posto, corro atrás. Eu quero vê-los bem, sabe? Eu faço o possível para que eles fiquem bem, sabe?

Entretanto, como o limite entre cuidar e superproteger é muito tênue e a nossa imersão no campo foi limitada por apenas duas visitas e uma entrevista, não pudemos problematizar essa questão com a ACS citada para concluir, de forma mais contundente, o que realmente sustenta esse aspecto de sua conduta.

Pensamos que o desejar ou precisar ser imprescindível ao outro é uma forma de se satisfazer com a submissão do outro, alimentando os próprios “desejos de manicômio”. Não se trata, aqui, de julgar o outro bom ou mau, mas de apontar que esses desejos existem e muitas vezes estão travestidos de benevolência, enganando até quem os detém.

4.2.2 Em torno da família 2

Visitamos a família 2 em companhia da ACS 2 que, desde o nosso primeiro contato, pareceu-nos tranqüila e disposta a participar da pesquisa, embora tenha tido dificuldade em compreender porque escolhemos visitar uma PTM que “[...] não dá problema nas visitas”(sic). Aliás, isso foi um comentário geral na unidade de saúde da família em que ela trabalha. Nessa USF há outros PTM's que incomodam

quando não querem receber os agentes, quando agridem algum familiar ou quando não conseguem cuidar da própria higiene. Pensamos que essa estranheza seja fruto de um incômodo que advém do olhar sanitaria dos profissionais de saúde que ainda pensam a saúde como ausência de doenças e a sanidade como cordialidade e passividade. Pensando assim, esses PTM's que "dão trabalho" deporiam contra a eficiência da equipe de saúde responsável por essa área de abrangência, desestabilizando o plano de organização, atrapalhando o cotidiano do trabalho e causando desconforto nos profissionais.

A ACS 2 deixou a nosso critério a escolha da data das visitas, uma vez que não faz um planejamento rigoroso para o seu trabalho mensal. No dia da primeira visita, não encontramos a agente na USF na hora anteriormente marcada, mas ela chegou logo e disse que havia confundido a data, pensando que seria no dia seguinte. Deixamos à sua escolha adiarmos a visita, mas ela prontamente se dispôs a fazer a visita nesse mesmo dia. Disse ao recepcionista da USF que pegaria o aparelho para medição de pressão [esfigmomanômetro], como se estivesse fazendo algo às escondidas, falando baixo e agindo sorrateiramente. Depois, contou-nos que há apenas um desses aparelhos na USF e ele não deve ser retirado da unidade, mas que a PTM e a sua mãe, a quem iríamos visitar, gostam muito de medirem a pressão e, por isso, ela o levaria.

Acreditamos na necessidade da criação de dispositivos que, ao conectarem interioridade e exterioridade, propiciem uma abertura para a experimentação de novas formas de viver, de trabalhar, de relacionar, enfim, de encontrar. Entendemos que a ACS 2 busca essa conexão quando, afetada pela alegria que essa atitude provoca nas pessoas a quem visita e percebendo que essa alegria facilita os encontros, cuida para que essa potência continue existindo. Noronha (no prelo) considera a potência da alegria como revolucionária, devido ao seu poder de ativar a capacidade de criação de novas possibilidades de vida. Se Deleuze (2006) aponta que os bons encontros são aqueles que aumentam a potência de ação, Noronha (no prelo) reafirma que é a alegria proveniente desses encontros que permite conquistar essa potência e fazer uso dela para inventar novas formas de subjetivar-se. "No caso de pacientes psicóticos, a alegria constitui peça fundamental no processo de reconstrução de si, de recuperação do papel de protagonista na criação de uma nova maneira de estar consigo e com o mundo."(NORONHA, no prelo, s/p). Além disso, pensamos que a escolha da função de agente comunitário de acordo com as

características da subjetividade e com o desejo em exercer essa função, parecem influenciar a implicação desse profissional no processo de encontro com o outro, potencializando esse envolvimento e possibilitando conexões. Quando há uma disponibilidade para essa função que envolve a alteridade, parece que o trabalho traz mais realização e há uma probabilidade maior de que aconteça um bom encontro. A ACS 2, por exemplo, deixa claro a sua satisfação em exercer a função de agente comunitário e, por isso, visita as famílias muito mais vezes do que o exigido pelo protocolo, mostrando-se mais aberta ao inesperado que pode encontrar em cada visita, sem se deixar capturar totalmente pela aspecto burocrático da sua profissão:

ACS 2: [...] eu pensei que seria bom, né? [ser ACS] E principalmente que a minha área tem um pessoal assim, igual eu falei, mais idoso e eu gosto muito, eu gosto muito de conversar com eles... [...] Então é uma coisa que me faz muito bem, eu prefiro trabalhar com esse tipo de pessoa. Eu prefiro essas pessoas que gosta de conversar com a gente.

Além disso, ela burla o regulamento, ao levar consigo o aparelho de pressão da USF, às escondidas, porque “eles gostam” (sic). Percebemos, aqui, um deslocar-se em direção ao outro, ao fora, movido pelo desejo de estabelecer conexões. Um deslocar-se que busca promover alegria e aumentar a potência dos encontros. Essas características da faceta sensível das subjetividades, parecem repercutir na forma do ACS conduzir as visitas, facilitando ou dificultando as conexões [convocação ou não da imanência]. Na fala abaixo, observamos que o agente utiliza esse aparelho como recurso para aproximar-se do PTM:

ACS 2: É que geralmente moram com outras pessoas, né?, então muito raramente é que eles [os PTM's] chegam perto da gente. [...] geralmente não fica perto. É só a Sônia que fica perto. Sônia, ela sempre pede [para ser visitada] por causa da pressão. Ela acha importante olhar a pressão, por isso que ela pode demorar, mas ela vem.

Na primeira visita, essa agente pareceu-nos muito à vontade, sem intimidar-se pela nossa presença, demonstrando ter intimidade com a mãe da Sônia, o que talvez facilite esses encontros. Além disso, essa residência que visitamos fica bem

próxima a USF, o que também parece facilitar que ela seja visitada com mais frequência.

A família 2 reside na área central do município, em casa própria, pertence à classe média e é composta pela mãe, uma filha de meia-idade solteira e Sônia, que tem o diagnóstico de esquizofrenia e é usuária do CAPS-Cidadi. A casa foi subdividida para dar lugar a um estabelecimento comercial que está alugado. A porção ocupada pela família é simples, de alvenaria e laje, tendo em torno de seis (06) cômodos [não sabemos quantos quartos há na casa]: vimos a sala de visitas, onde fomos recebidos e que foi transformada em um ateliê de costura da mãe de Sônia, uma copa, um banheiro e uma cozinha. Na área externa há uma pequena varanda coberta, uma pequena área de serviço com tanque e lavadora de roupas e vários vasos com plantas no terreno cimentado e pequeno que fica na lateral esquerda da residência. É uma casa aberta, onde o portão fica destrancado e as pessoas conhecidas e os familiares entram e saem com frequência, ou para conversar com a mãe da Sônia ou para levar donativos para o trabalho social desenvolvido por ela. A própria ACS e a mãe dela, colaboram com esse trabalho. A impressão é de um lugar dividido em uma porção pública [entrada, área externa, sala, banheiro e cozinha] e em uma outra porção privativa, onde se localizam a copa e os quartos. O portão quase sempre fica destrancado, como que convidando as pessoas a entrarem. Apesar do amontoado de material utilizado no trabalho social e que fica na área coberta e na sala, a casa é organizada e limpa.

A mãe de Sônia é uma mulher idosa, professora aposentada, com problemas articulares e hipertensão, mas que assume uma postura ativa perante a vida, desenvolvendo trabalhos voluntários em prol das pessoas de baixa renda. Demonstrou ser afetiva, sofrendo pelas perdas de entes queridos [um há nove anos e outro recentemente] e preocupando-se com a saúde e o bem-estar de todos os seus familiares, mesmo os agregados. Parece ter uma convivência pacífica com Sônia, respeitando a sua individualidade e desenvolvendo estratégias para um bom relacionamento com ela, embora tenha confidenciado que algumas atitudes dessa filha a preocupam e deixam-na sem saber o que fazer. Parece temer discussões e desavenças entre as duas. A outra filha apareceu apenas na segunda vez em que estivemos lá e colocou-se à margem da nossa visita, como se a nossa presença não modificasse em nada o cenário familiar. Sônia, que estava em casa nas duas visitas que acompanhamos, conversou pouco, mas se interessou em saber qual era o

motivo da nossa presença ali, perguntando sobre isso para a ACS, o que demonstrou que a mãe não tinha lhe avisado sobre a pesquisa.

Não sabemos qual é a renda familiar, porque além da aposentadoria da mãe não temos informações sobre a possível renda da filha mais velha e nem sobre o recebimento de outros benefícios, como pensões em função da morte do marido quando o casal ainda possuía filhos menores de dezoito anos ou auxílio doença. Mas, sem dúvida, essa parece ser uma família da camada média, com arranjo nuclear, forma dominante social, composta por pais unidos em matrimônio e os filhos decorrentes dessa união.

Ao visitarmos a residência da Sônia, acompanhando a ACS 2, fomos recebidas pela mãe dela, que convidou-nos a entrar. Essa senhora ficou feliz, quando a agente disse que havia levado o aparelho para medir a pressão dela. Após conversar um pouco, foi acordar a Sônia, solicitando que ela escovasse os dentes para que a ACS pudesse medir também a sua pressão. Até que a filha se juntasse a nós, a mãe sussurrou alguns segredos referentes a ela. Confidenciou-nos, por exemplo, que Sônia gostava de tomar banhos muito demorados, o que dificulta o convívio familiar, já que na casa há apenas um banheiro. Essa mãe percebeu que quanto mais pedia à essa filha que não demorasse, “mais ela pirraçava”(sic). Passou, então, a dizer-lhe que ficasse à vontade durante o banho e, com isso, conseguiu que Sônia reduzisse o tempo do banho sem que ficasse irritada. Assim, percebemos que a oposição frontal entre essa filha e essa mãe, deu lugar a uma conexão que produziu uma outra maneira de relacionar com o banho e com a doença, possibilitando a criação de uma nova forma de conviver e de co-habitar o mesmo ambiente doméstico.

Além disso, essa mãe contou-nos ainda que teme que a filha faça “alguma coisa errada”(sic) na rua, à noite, por ela sair às escondidas, mas não tem coragem de acompanhá-la e averiguar o que de fato está acontecendo nesses momentos, como também não conversa com ela sobre essas saídas. Vemos, aqui, o plano de organização capturando os fluxos da vida em estratos, fazendo com que a mãe da Sônia fique presa aos aspectos formais da sua subjetividade, ou seja, aos adjetivos [representação] de benfeitora, cuidadora, amável, benevolente, que poderiam ruir em função de uma briga com a filha considerada doente. Isso interfere no relacionamento entre mãe e filha, que fica atravessado pelo medo dessa mãe de perder a segurança que o traço identitário – “mãe bondosa” – confere, promovendo

um distanciamento entre as duas, ao bloquear o livre fluir das intensidades que poderiam advir da problematização da questão dessas saídas. Ainda no que se refere ao plano de organização, percebemos também que a preocupação dessa mãe é influenciada pelo estigma de incapacidade atribuído ao portador de transtorno mental, como se ele não tivesse condições de avaliar os riscos e benefícios das suas próprias ações, necessitando ser tutelado em função disso. Aparece, também, o temor de reações agressivas por parte dessa filha, sustentado pela generalização [plano de organização] de que os PTM's não conseguem controlar as próprias emoções, reagindo violentamente quando frustrados. Melman (2001) nos lembra que o questionamento das identidades e da loucura abre possibilidades para que sentidos pré-estabelecidos sejam rompidos, através da exploração de novas formas existenciais. É esse movimento que parece interrompido pela recusa da mãe da Sônia em ousar trilhar novos caminhos no relacionamento com essa filha. Pensamos que essa também é uma maneira de institucionalizar o PTM, desta vez não mais em hospitais: Sônia fica presa ao instituído para portadores de transtorno mental, através de relações permeadas ora pelo assistencialismo, ora pela infantilização [submissão], ora pelo temor da agressividade [estereótipo].

Quando a usuária do CAPS entrou na saleta em que estávamos, a mãe interrompeu os relatos sobre ela e a agente convidou-a para sentar e medir a pressão. Apesar da Sônia não ser hipertensa, a agente mensura também a sua pressão arterial, dizendo que faz isso porque sabe que ela fica feliz. Sônia perguntou à agente se estávamos trabalhando no posto e respondemos que não, percebendo que a mãe não havia lhe contado sobre a pesquisa e explicando-lhe o motivo da nossa presença ali. Só então a mãe contou-lhe sobre o nosso pedido prévio de consentimento, para acompanhar a ACS.

Nessa visita, a agente conversou com as duas sobre as respectivas medicações [se estão fazendo uso adequado, se os têm encontrado na farmácia municipal ou se têm comprado]. A mãe da Sônia mostrou parte do trabalho voluntário que realiza em prol de pessoas carentes, esclarecendo que tanto a ACS quanto a mãe dela contribuem com essa iniciativa assistencial. O clima entre a agente e a dona da casa pareceu ser de intimidade, cordialidade e cumplicidade. Essa visita não foi demorada e, ao final dela, a ACS não colheu a assinatura da mãe da Sônia, esclarecendo depois que visita essa casa com frequência e já havia feito a visita obrigatória esse mês. Como essa assinatura é a comprovação que os agentes

têm por terem visitado as residências em determinada data e como a ACS 2 já havia colhido uma assinatura durante esse mês, dessa vez ela pôde dispensá-la, mais uma vez não se deixando prender ao regulamento.

Percebemos nessa visita que ao confidenciar-nos algumas questões que apontam para a dificuldade que sente em estabelecer limites entre cuidar e invadir a privacidade, a mãe da Sônia deixa escapar, nas entrelinhas, o medo de reações violentas por parte da filha, se esta perceber que está sendo vigiada pela mãe. “Tenho medo dela brigar” (Informação verbal)¹¹, sussurra a mãe. Pensamos que há, nessa família, atravessamentos do plano de organização que permeiam essa questão e fazem esse temor sair do seio do grupo familiar e lançar-se no social. Por ser essa uma família de classe média, que possui certa visibilidade devido ao fato da genitora ser uma professora aposentada muito conhecida e que lidera um trabalho social reconhecido por vários moradores dessa cidade, por ser composta também de alguns médicos [família extensa] que trabalham nesse mesmo município e por morar no epicentro da cidade. Consideramos que essa visibilidade social, conferida pelo *status* do grupo familiar na cidade e pela faceta formal da subjetividade da mãe de Sônia, restringe os fluxos da vida e contribui para o endurecimento dos relacionamentos familiares com o seu membro portador de transtorno mental, porque expõe a singularidade desse PTM. Ao tornar-se visível pela sociedade, o transtorno mental dessa usuária do CAPS-Cidadi pode acarretar um sentimento de vergonha nessa mãe, caso a filha se irrite e faça um escândalo público que, de maneira alguma, é esperado socialmente desse grupo familiar. Isso revela a estratificação das subjetividades, as linhas duras que a integram, que não se movimentam, mas que repetem condutas e atitudes que represam o fluir da vida e dificultam agenciamentos que poderiam propiciar a invenção de novas formas de ser e conviver.

Observamos, ainda, que essa composição estabelecida insiste em manter a filha no lugar de mais incapaz do que de fato o é. Ao não compartilhar o incômodo das saídas noturnas com a filha, a mãe impede que Sônia se coloque como capaz de conversar sobre a questão, através da busca conjunta de uma solução para o problema e da experimentação do arrebatamento por novas forças exteriores provenientes da explicitação da queixa da mãe. Podemos pensar, ainda, como a

¹¹ Dados obtidos em visita domiciliar, durante a pesquisa de campo realizada na residência da Sônia.

mãe da Sônia compartilha do imaginário social ainda reinante, no qual o PTM carrega consigo a marca histórica de um ser perigoso, por ser agressivo. Essa visão é estigmatizante e aponta para uma generalização dos portadores de transtorno mental, em detrimento da singularidade de cada caso e das circunstâncias que evocam essa reação. Ao estudarmos a história da loucura, encontramos registros que apontam para a construção desses juízos de valor relacionados ao louco e que, durante essa pesquisa, percebemos como sustentáculos de algumas condutas.

A história da loucura é a história de um juízo e, portanto, da gradativa evolução dos valores, das regras, das crenças, dos sistemas de poder sobre os quais se fundamenta o grupo social e sobre os quais se inscrevem todos os fenômenos no processo de organização da vida associativa. (BASAGLIA, 2005, p.259).

Notamos a diferença da postura da mãe da Sônia, quando a questão está restrita ao ambiente doméstico [banho] e quando ela tende a ultrapassar os muros de casa [saídas noturnas], podendo afetar o espaço público. Em casa, estando resguardada dos olhares alheios, pelo espaço privado, essa mãe arrisca-se na tentativa de resolver o problema dos banhos demorados, sem temer a opinião pública, respeitando a singularidade de sua filha. Mas quando a filha sai de casa, a mãe teme segui-la, evitando possíveis atritos no espaço público que ameacem a sua imagem de benevolente, traço integrante da faceta formal da sua subjetividade e a que a faz ser vista como benfeitora dos pobres e necessitados. Ou ainda, busca evitar atritos que denunciem a existência do transtorno mental no seio dessa família que possui um certo *status* social, denunciando a forma em que os fluxos da vida são capturados pelo plano de organização vigente. Percebemos, assim, que nas ocasiões em que as subjetividades se deixam guiar apenas pela sua face formal, as relações com a exterioridade são neutralizadas, tornando-se reprodutoras do modo de existência estabelecido até então, boicotando a criação, repetindo estereótipos, atitudes, idéias e afetos. A mãe da Sônia, por temer a repercussão de possíveis desentendimentos entre ela e a filha, que abalam a sua própria posição social e também a do seu grupo familiar, na forma como estes se inscrevem no plano de organização, detém o movimento desencadeado pelas atitudes da filha e por suas próprias emoções em relação a elas, despotencializando os afetamentos.

Na segunda visita a essa residência, realizada três (03) semanas após a primeira, a ACS pareceu pouco à vontade diante do ambiente encontrado. O cenário

estava totalmente modificado: a mãe da PTM estava visivelmente abatida, com olhos marejados de lágrimas, em função de uma notícia recente de uma doença grave que havia acometido um familiar. A família havia recebido a informação, nesse mesmo dia, de que esse familiar estava em estado grave no hospital, correndo risco de morte. Várias pessoas entravam e saíam: jardineiro, vizinho e familiares. Alguns traziam donativos para o trabalho assistencial desenvolvido pela dona da casa, outros vinham saber notícias do familiar adoentado.

A mãe da Sônia demorou a aparecer, porque estava ao telefone. Esteve bastante inquieta durante esse encontro e quase não conseguiu nos dar atenção, porque estava comovida pelos novos acontecimentos familiares. A agente comunitária pareceu incomodada diante do sofrimento dessa senhora, tendo dificuldade inclusive em conduzir a visita, como se estivesse à mercê do novo que se apresentava. Baseando-nos nas considerações teóricas apresentadas no capítulo dois, vimos que Deleuze (2006) distingue os efeitos que as afecções advindas dos encontros produzem em cada corpo. Quando alguém tem um mau encontro, essa pessoa sofre a influência das afecções passivas, que diminuem a sua potência de agir e existir. Estando afetado pelas paixões, a tristeza resultante desse encontro produz sentimentos de impotência que podem levar à entrega passiva às forças presentes nesse acontecimento e ao fechamento sobre si mesmo. Na entrevista que realizamos posteriormente com a ACS 2, ela confirmou a dificuldade que sente em lidar com o sofrimento alheio, apontando que os encontros com esse sofrimento são vivenciados por ela como maus encontros, que convocam nela tristeza e passividade e, algumas vezes, ocasiona o seu distanciamento das famílias nesses momentos de dor.

ACS 2: [...] porque enquanto a gente tá vendo todo mundo bem, com seus remedinhos, tá tudo bem. Mas quando a gente vê que a pessoa tá ali com aquele problema, aí não melhora ou então que não tem solução, que muitos pacientes mesmo até já faleceram, a gente fica... a gente quer ajudar e não tem como. Muitas vezes porque...às vezes a gente quer...passa prá enfermeira, passa pro médico [...]às vezes ela [a enfermeira] fala: ó, esse aí a gente vai ter que esperar prá ver, ou não tem jeito. A maioria das vezes quando é grave assim, a gente fica... eu fico assim...fico só **um pouquinho** com eles.[grifo nosso]

Nessa segunda visita, Sônia apareceu despenteada porque havia acabado de acordar. Justificou a sua demora explicando que não haviam avisado a ela que estávamos lá. Ela se dispôs a medir a pressão, mas pareceu ignorar a presença da pesquisadora. Ficamos pouco tempo, mas o suficiente para a mãe da Sônia nos confidenciar que havia aberto um bilhete que a filha mais velha havia deixado no presépio, em um natal passado, o que nos fez pensar que poderia se tratar de uma mãe que tenha dificuldade em lidar com o desconhecido e o desconforto que ele pode provocar, invadindo a privacidade das filhas na tentativa de se proteger, como aponta Noronha (no prelo), das forças caóticas surgidas no encontro com o inusitado. Assim, a tentativa de controlar todo o entorno familiar, seria reflexo da busca de manter, mais uma vez, as referências identitárias. Ao final dessa rápida visita, a ACS pediu à mãe da Sônia que assinasse o caderno, finalizando formalmente o nosso encontro.

Na tarde desse mesmo dia, entrevistamos a ACS 2, que se mostrou um pouco constrangida com a gravação, embora tenha respondido às perguntas da mesma forma como conversa rotineiramente. Se na segunda visita percebemos o medo que a mãe da Sônia sente das reações da filha, nessa entrevista conhecemos o medo que essa agente vivenciou em alguns momentos da sua prática profissional, quando tinha que visitar um PTM, como podemos constatar na fala abaixo.

ACS 2: Eu tinha medo, assim, de chegar na casa, se tivesse problema. Que eu já fui em visitas quando trabalhei no outro posto que a pessoa tinha problema...de bater. [...] Comigo não. Com a menina [outra ACS]. Eu ia de companhia com ela, só prá ajudar ou... [...] Não, não era da minha área, eu ia de companhia com ela porque ela tinha medo **também** [grifo nosso]. Então a gente ia prá entregar [medicamento] ou marcar consulta ou falar com alguém.

O medo de visitar um portador de transtorno mental pode ser pensado como um entrave àquilo que Deleuze (2006) intitulou como um bom encontro, porque ele pode provocar uma recusa em se conectar ou um endurecimento da subjetividade através da crença e da reprodução do estereótipo da agressividade do louco. Vimos que a filosofia da diferença privilegia o conhecimento da alteridade através das afecções, como forma não só de conhecer como também de inaugurar o singular. Vimos ainda que os encontros podem promover afecções que aumentem ou diminuam a potência de existir. Assim, entendemos que o estereótipo e o medo

derivado dele podem ter a função de proteger o ACS do encontro com a alteridade, uma vez que ele generalizaria o PTM, impedindo um encontro com o singular. O PTM sendo considerado uma pessoa agressiva, justificaria a recusa do agente em não se aproximar dele [reprodução de estereótipos endurecendo e dificultando as conexões].

Além da agressividade, há também uma tendência em considerar o portador de transtorno mental um incapaz de cuidar de si, gerando condutas assistencialistas do fazer para o outro, como já foi apontado no caso anterior. Ao analisarmos os dados obtidos nos encontros com a Família 1, percebemos como a ACS 1 reforça a noção de que o PTM não tem capacidade de zelar pelo seu próprio bem estar, ao considerar que cuidar é fazer pelo outro. Talvez essa seja uma visão dos profissionais de saúde, que são considerados os detentores do conhecimento e das técnicas de controle e tratamento das doenças. Aqui está implicado, subliminarmente, a antiga idéia de saúde como ausência de doenças. No que se refere aos transtornos mentais,

[...] o problema já não é a doença em si, mas sobretudo a relação que com ela se estabelece. Mas nessa relação estão envolvidos, como partes em causa, tanto o doente com sua doença quanto o médico e, por conseguinte, a sociedade, que a julga e define: a objetificação não é a condição objetiva do doente, mas reside dentro da relação entre doente e terapeuta, e portanto dentro da relação entre o doente e a sociedade, que delega o tratamento e a tutela do doente ao médico. (BASAGLIA, 2005. p.104).

Esses encontros que são permeados pela lógica sanitaria, reproduzem formas de ser e de agir pertencentes ao plano de organização, que ainda é atravessado por “desejos de manicômio”, em lugar de inaugurar novas formas de ser e estar no mundo. Essas crenças parecem tão arraigadas nas subjetividades que a agente 2 afirma que, mesmo descumprindo ordens, continua buscando medicações para Sônia, apesar dela conseguir fazer isso quando outra pessoa não se dispõe a fazer por ela.

ACS 2: [...] antes eu até levava, pegava receita, agora que não tá podendo mais, a gente tem que... o pessoal tem que vir até o posto e pegar. Mesmo assim quando dá, eles ainda... Ainda leva ainda prá eles. Chega lá, marca na receita, marca...e a gente vai e [...]

Basaglia (2005) discute o diagnóstico psiquiátrico como um “etiquetamento que codifica uma dada passividade como irreversível.”(BASAGLIA, 2005, p.103).

Parece-nos que o assistencialismo aproveita-se dessa passividade para justificar suas condutas, sem questionar os efeitos dessa relação passividade/assistencialismo nos processos de subjetivação.

A idéia que os agentes têm da loucura parece ser outro componente que afeta as conexões entre eles e as famílias dos PTM's. Nos encontros que tivemos com os ACS's, percebemos o medo, a banalização e a incapacidade como atributos conferidos à loucura e ao portador de transtorno mental [componentes do plano de organização]. Nesse plano são as representações e as generalizações que sustentam as relações à custa de uma rigidez conceitual que empobrece todas as possíveis conexões com as singularidades. Pensamos que isso se deve à dificuldade que algumas subjetividades têm de perder o controle da situação ao experimentarem as intensidades caóticas que ainda não foram capturadas pelo plano de organização, utilizando os estigmas instituídos como um escudo protetor contra o caos. Não é difícil presenciarmos nos serviços de saúde e nos serviços substitutivos ao manicômio, profissionais se protegendo da loucura atrás das classificações do Código Internacional de Doenças (CID-10) ou de outros parâmetros diagnósticos que continuam privilegiando a doença e os sintomas em detrimento da pessoa que sofre e que é singular em sua forma de existir. No caso da ACS 2 é importante ressaltar que ela tem um familiar portador de transtorno mental e se referiu a isso durante a entrevista, falando de como esse membro demanda uma atenção especial em função da agente trabalhar na saúde pública [solicitação de favores e benesses]. Talvez por isso tenha demonstrado muita dificuldade em opinar sobre a loucura.

ACS 2: Ai. Não sei... Eu acho que eu penso na loucura, eu acho assim, eles tem um outro mundo, eles pensam de outra forma. Eu acho que eles, né? Não quero falar que eles são diferentes, né? Eles tem assim, acho que o mundo deles é outro. Acho que não é esse nosso aqui que a gente... acho que a gente também... Ah, eu acho só isso, que eles têm outro mundo, assim [...]

Discutimos, nesse mesmo capítulo, as mudanças pelas quais passaram as famílias que possuem membros portadores de transtorno mental. Vimos como Rosa (2003) aponta que, após a experiência basagliana, essas famílias passaram a ser vistas como interlocutoras no processo terapêutico. Vimos como o Ministério da Saúde em consonância com o Sistema Único de Saúde vigente em nosso país,

instituiu as famílias como importantes parceiras na implementação das novas políticas públicas que giram em torno delas. Mas vimos, também, que tanto Melman (2001) quanto Romagnoli (2006a) lembram que a existência do transtorno mental no seio de uma família ainda resulta em desestabilizações e sofrimento. Assim, a ACS 2 parece viver entre o instituído que se apresenta a ela através do aparato técnico-burocrático da função que exerce e a singularidade do seu familiar PTM e dos encontros que se dão entre eles. Talvez por isso tenha sido difícil falar da loucura como uma questão abstrata, uma vez que ela vivencia em família a experiência diária da convivência com um portador de transtorno mental em seus desafios e sua potência.

4.2.3 Em torno da família 3

Visitamos a família 3 em companhia da ACS 3. O primeiro contato com essa agente foi feito por telefone e ela prontamente consentiu em participar da pesquisa, parecendo disposta e extrovertida. Disse-nos que, nesse mês, ainda não havia visitado a residência da PTM selecionada por nós. É necessário pontuar que apesar de estarmos no final do mês e dos agentes terem que visitar mensalmente as residências, essa ACS ainda não havia visitado a casa da Carla. Nos questionamos porque isso estaria acontecendo, uma vez que a mãe da Carla disse-nos que há muito tempo não recebiam a visita de um agente comunitário. Não conseguimos responder a essa pergunta; isso poderia tanto ser em função da inexperiência da agente quanto pelo fato de Carla ir freqüentemente a USF para a dosagem da glicemia, onde talvez pudesse ser colhida a sua assinatura mensal.

Como não havíamos ainda obtido o consentimento da família, combinamos que voltaríamos a conversar assim que tivéssemos esse consentimento, para agendarmos as visitas. Tão logo isso aconteceu, agendamos a primeira visita por telefone; esse seria também o primeiro contato pessoal com essa agente, quando ela assinaria o seu termo de consentimento. No dia marcado, encontramos-nos com a ACS 3 na USF e conversamos a sós. Foi explicado a ela, novamente, os objetivos e a metodologia da pesquisa. Ela pareceu-nos introvertida, o que diferiu bastante da forma em que se colocou nos contatos telefônicos, mas optou por participar desse

estudo. No decorrer dos nossos encontros, soubemos que essa agente não participou no curso de capacitação que as outras fizeram, por ter sido contratada quando ele já estava em andamento. Ao perguntarmos como ela teve acesso às informações necessárias ao exercício da função de agente comunitário, obtivemos a seguinte resposta:

ACS 3: Ué, os outros foram me ajudando, o povo daqui [USF] foi me ajudando, minha irmã já trabalhou e ela foi falando comigo como que era.

Aliás, das quatro agentes acompanhadas, essa é a única que não é efetiva, podendo ter o seu contratado revogado a qualquer momento. Talvez em decorrência disso, da pouca orientação recebida sobre como exercer a sua função no dia-a-dia e da pouca prática, ela temesse a nossa avaliação. Além disso, como já dissemos, é também dos dados fornecidos pelos agentes comunitários que é feito o relatório mensal de produtividade, que garante a continuidade do repasse de verbas para a manutenção desse programa. Na fala transcrita abaixo, a ACS 3 confirma essa rotina.

ACS 3: Quando tem internação, anota no caderno e fala: internação dia tal, tal dia. E anota tudo no caderno. Tudo. E depois passa tudo pro relatório e, no final, prá fechar a folha [de produtividade]. Aí **anota tudo direitinho**. [grifo nosso]

Vimos como essa questão perpassou as visitas da ACS 1 e da ACS 2 durante a pesquisa de campo e como é um fator de afetamento nesses encontros. Esse fato, de certa forma, interfere não só na avaliação do agente como no de toda a equipe de saúde da família, o que pode propiciar um fechamento da subjetividade em si mesma em uma postura defensiva, o que endureceria os encontros. As cobranças instituídas pelo plano de organização do PSF que, no nosso entender, a agente associou à nossa presença, parecem atravessar as visitas, de forma a evocar seus aspectos transcendentais na forma do julgamento. Com isso, a agente parece estar mais presa a estas questões do que, de fato, às possibilidades de criação de novas formas de conduzir as visitas. Além disso, segundo a ACS 3, essa conduta afeta algumas famílias a ponto delas criticarem a ênfase nas questões burocráticas que permeiam as visitas domiciliares e, algumas vez, recusarem-se a serem visitadas.

ACS 3: Ah, tem muita gente que chega perto assim e fala assim: -“Que que agente de saúde faz? Como que é o seu trabalho? Porque você faz as perguntas, como é que tá a casa, como que tá isso e aquilo, manda assinar o caderno e pronto, acabou”.

Assim, confirmamos que quando as visitas domiciliares são constituídas basicamente da repetição de perguntas-padrão que visam o preenchimento de formulários, elas provocam ora o impedimento da ruptura do estabelecido através das linhas de fuga, propiciando passividade [como discutimos na análise dos encontros com a família 1], ora a recusa das famílias em participarem do programa de saúde da família.

Essa família que visitamos mora em um bairro simples da periferia da cidade, mas que tem saneamento básico, além de ser um lugar tranquilo e de fácil acesso, devido à proximidade com a rodovia. É composta por Carla, que é usuária do CAPS-Cidadi e tem um diagnóstico de esquizofrenia paranóide, por seu filho, sua mãe, irmãos e cunhada. É uma família de baixa renda, mas que mora em casa própria, muito limpa e organizada, apesar da simplicidade do imóvel: telhado de amianto sem laje e pouquíssimos móveis. A impressão que tivemos foi de um ambiente organizado e acolhedor, apesar da simplicidade da edificação e do escasso mobiliário. No mesmo terreno está a casa do filho casado, separada apenas por uma parede da casa principal [parede-meia] e um quarto sem reboco e sem janela, onde Sônia fica deitada na maior parte do tempo que está em casa.

Parece que o filho da Carla mora na casa da avó, porque não se relaciona bem com a mãe. Segundo a mãe da Carla, ele “dá trabalho”(sic) e sempre teve problemas na escola. Atualmente não quer estudar e, às vezes, nem trabalhar, mas a avó exige que, de alguma forma, ele ajude a família para que possa garantir a sua alimentação.

A dona da casa conversou muito conosco, quando fomos convidá-la a participar desse estudo, demonstrando naquilo que dizia uma valorização do encontro com o outro e afirmando, inclusive, o efeito terapêutico que o fato de apenas conversar com determinado médico tinha na sua vida [... às vezes eu nem comprava o remédio e sarava, por causa da atenção” (Informação verbal)¹²]. Percebemos, assim, uma abertura para a exterioridade, para os encontros, e a

¹² Dados obtidos em visita domiciliar, durante a pesquisa de campo realizada na residência da Carla.

intensidade de forças que os acompanha, o que se confirmou durante as visitas domiciliares. Nelas, essa senhora conversou muito conosco, falando sobre vários assuntos que extrapolavam as questões levantadas pela ACS e que não incluíam apenas Carla, como outros integrantes da família e ela mesma [rotina e projetos].

A mãe da Carla é a referência familiar. É viúva, participa de movimentos religiosos, parece dinâmica e dita as normas do funcionamento da casa e da convivência familiar. Apesar de simples e de ter estudado pouco, parece ser uma pessoa sábia. Carla gosta de conversar, tem o passe-livre que possibilita o uso do transporte coletivo gratuito, mas teme sair de casa sozinha por medo de desmaiar. É diabética não controlada sendo, por isso, atendida com mais frequência na USF, onde recebe orientações nutricionais e acompanhamento da dosagem glicêmica. Em uma das visitas que acompanhamos, Carla contou-nos que a baixa renda familiar dificulta que tenha uma dieta adequada porque há dias em que “[...] no almoço e na janta a única coisa que tinha era macarrão.”(sic).

Observamos nessa família uma dinâmica de funcionamento similar à descrita por Sarti (2003), que estuda os grupos familiares das camadas baixas paulistas. Para a autora, essas famílias são grupos hierárquicos, caracterizados pela precedência do homem sobre a mulher, dos pais sobre os filhos, dos mais velhos sobre os mais novos, seguindo um padrão de autoridade patriarcal. Esses papéis são claramente delimitados e desempenhados complementarmente. Geralmente o marido é o provedor, responsável pelo pagamento das contas da casa, e a mulher responde pelo serviço doméstico. No caso da família da Carla, a responsável é a mãe, que se coloca como a matriarca dessa família. Nesses grupos há também uma forte preocupação moral, sendo a família um grande valor. De acordo com Romagnoli (2006a), “Nas famílias dos portadores de transtorno mental, esse valor é solidificado, sendo que o cuidado e atenção ao membro doente são vistos como um dever a ser cumprido.”(ROMAGNOLI, 2006a, p. 309). Notamos isso tanto nessa família, quanto nas famílias da Sônia [família 2] e do João [família 4].

Na primeira visita que fizemos, a agente insistiu em focar a conversa na usuária do CAPS, apesar de termos esclarecido que o objetivo era acompanhar uma visita rotineira e pensarmos que, em nossa ausência, isso não acontece dessa forma. Repetiu-se, assim, o mesmo que aconteceu com a ACS 1, reforçando a nossa impressão de que a nossa companhia afetou as agentes, fazendo com que duas delas [ACS 1 e ACS 3] ficassem capturadas pelos aspectos transcendentais de

juízo e hierarquia. Apesar do CAPS-Cidadi não ter uma estratégia de abordagem consistente em relação ao PSF, os profissionais sempre ligam para as USF's quando algum PTM deixou de frequentar o CAPS, sem explicações. Uma das características desse serviço é o cuidado com aqueles que são atendidos lá. Em decorrência disso, é solicitado ao agente comunitário que visite a família desse PTM, para que possa informar ao CAPS sobre as suas condições de saúde e comportamento. O CAPS-Cidadi trabalha na tentativa de fazer entender que o PTM não é responsabilidade apenas da saúde mental, mas sim do município em geral e, portanto, deve ser cuidado e respeitado por todos. Talvez esse olhar atento do CAPS possa ser percebido como persecutório, por ser vigilante. E, nesse sentido, o efeito que essa postura provoca nos agentes pode ser um efeito defensivo e não de abertura para conexões, embora não seja essa a intenção.

Nessa primeira visita, a agente desceu do carro em que estávamos rapidamente, antes que pudéssemos terminar de estacionar e iniciou a visita entregando um papel a Carla. Ao perguntarmos do que se tratava, a ACS disse-nos que era o registro da data de uma consulta ortopédica, agendada para Carla pela USF. A mãe da usuária do CAPS ficou envergonhada com a desorganização da casa, porque era dia de lavar roupa. Como a ACS 1, essa agente também insistiu em focar a conversa em Carla, dizendo que o pessoal do CAPS havia ligado para a USF, perguntando o motivo dela não estar indo para a permanência-dia. Pareceu-nos, mais uma vez, que isso se deu devido à nossa presença ali.

Como Carla estava ajudando a mãe a lavar as roupas, ficou o tempo todo no contexto da visita, que teve lugar na área de serviço. Ela conversou conosco e demonstrou o desejo de conseguir um passe-livre que a permitisse passear em Belo Horizonte, contando-nos as estratégias de ação que já havia iniciado para obter esse benefício. A mãe falou muito sobre Carla [desmaios, filho problemático e que vê a filha como doente]. Disse-nos que não se incomoda de ajudar a filha, “porque ela é doente”(sic) e por não ter conseguido aposentar-se, já que havia contribuído apenas três anos com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Vimos, aqui, como essa mãe parece acreditar na eternização do transtorno mental e na incapacidade da filha em reverter a situação de dependência em que hoje se encontra. Mais adiante, percebemos a ambigüidade das expectativas dessa mãe, que apesar de considerar a filha uma portadora de transtorno mental, fala, insiste e instiga Carla a reagir quando ela está deprimida e querendo ficar deitada o dia todo,

tentando estabelecer conexões entre as forças existentes na situação e que possibilitem novas formas dessa filha transitar pelo mundo, apesar dos sintomas que acompanham o transtorno mental. Nesse caso, a exterioridade é convocada, possibilitando a atualização do plano de consistência, criando a oportunidade de afetar a subjetividade da Carla ao tentar arrebatá-la a outras conexões, que talvez permitam a ela sair de si mesma e da doença, tornando-se outra, ressubjetivando-se. Percebemos assim, a coexistência do que está estabelecido [diagnóstico de transtorno mental] com a possibilidade de vir a ser [para além do transtorno], embora o primeiro, de forma alguma, determine o segundo.

Durante todo o tempo da visita, a ACS 3 limitou-se a fazer as perguntas-padrão [como está a saúde dos moradores, se houve alguma internação, se as pessoas estão tomando os remédios prescritos...] e a fazer comentários vagos e pouco esclarecedores às questões levantadas pela família. Dessa forma, as colocações feitas pela agente a essa família pareceram-nos lacunares e simplórias, como que denunciando um despreparo para o exercício da função e até uma precarização dos recursos na relação com a alteridade. Na entrevista isso se confirmou, uma vez que essa ACS exercia essa função há apenas seis (06) meses, sem ter recebido nenhum treinamento ou orientação sistematizada antes de começar a trabalhar. Além disso, ela ficava muito presa às informações que teria de coletar para o relatório a ser repassado a USF, insistindo nos aspectos reprodutivos da função. Percebemos, novamente, como a insegurança advinda desse despreparo para lidar com o inusitado que acontece nas visitas, mina a possibilidade de invenção dos encontros familiares e propicia a utilização do aparato técnico-burocrático como defesa diante dessa dificuldade.

Em certa altura da visita, a ACS colheu a assinatura da mãe da PTM, o que normalmente é feito no final dessas visitas, mas não conseguiu encerrá-la, voltando a questões que já haviam sido discutidas. A impressão que tivemos nesse encontro foi que a agente sentiu grande dificuldade em encerrar a visita, como se esperasse que nós fizéssemos isso, talvez por ter feito a visita em função da nossa pesquisa. Como não fizemos o que ela esperava e aguardamos até que a agente tomasse a iniciativa de concluir a visita, após um longo tempo em que ficou conversando amenidades com a mãe da Carla, ela encerrou o encontro. Lembramos que essa mesma dificuldade em encerrar as visitas também aconteceu na primeira visita à

Família 1, que discutimos no tópico anterior. Ao sairmos da casa, agendamos a próxima visita para três semanas após esta data.

Na segunda visita, apenas Carla estava em casa e a agente conduziu a visita rotineiramente, considerando a PTM uma moradora a ser visitada e capaz de prestar as informações necessárias, fazendo as mesmas perguntas-padrão. Percebemos, aqui, que o transtorno mental não impossibilitou as conexões: se, por um lado, a agente abriu-se ao encontro com Carla, por outro lado a usuária do CAPS nos recebeu e conversou conosco. Carla, entretanto, estava despenteada e malcheirosa, demonstrando uma diminuição do autocuidado, comum em determinadas fases do transtorno mental. Queixou-se da troca da medicação feita pela nova psiquiatra, dizendo que estava insone à noite e dormindo durante o dia. Apresentou as cartelas de comprimidos e as receitas para a agente, que não soube o que fazer com elas. Em função disso e vendo o agravamento dos sintomas da Carla [incluindo a questão do autocuidado], fomos afetadas pela situação e tomamos a iniciativa de orientá-la. A ACS enfatizou a questão da alta da taxa de glicose acusada na última dosagem feita por Carla na USF, orientando-a apenas quanto à necessidade de restringir a ingestão de açúcar, privilegiando os aspectos clínicos da PTM, principalmente referentes aos indicadores de saúde que regem as ações da atenção básica. Mais uma vez, percebemos a falta de recursos dessa agente para lidar com as questões emergentes nas visitas domiciliares a essa residência, durante os dois encontros que presenciamos.

Ao final da visita, que transcorreu no tempo que imaginamos ser utilizado em nossa ausência, a agente colheu a assinatura da Carla, oficializando e encerrando a visita. Pensamos que, se por um lado, as formalidades garantem a continuidade do Programa de Saúde da Família, por outro lado protegem as subjetividades de outros agenciamentos que diferem da simples reprodução, operando como um escudo frente aos fluxos da vida. Assim, elas protegem tanto o referido programa, garantido sua continuidade, quanto as subjetividades, mantendo-as estáticas. Protegem contra a morte [extinção do programa], mas protegem também contra a vida que, segundo a filosofia da diferença, diz respeito à variação dos fluxos [movimentos] em decorrência dos encontros que acontecem.

4.2.4 Em torno da família 4

O primeiro contato com a ACS 4 foi feito na USF, na tarde em que ela havia visitado a família que visitaríamos juntas. A agente consentiu prontamente em participar da pesquisa e disse que não tinha nenhum problema em visitar a residência que havíamos escolhido. Novamente percebemos um estranhamento por escolhermos visitar alguém que, apesar de portar um diagnóstico de transtorno mental, não causa problemas aos serviços de saúde. Pensamos que essa visão pode estar sustentada no papel, que historicamente a psiquiatria assumiu, de mantenedora da ordem social pela exclusão da diferença e que foi discutido por Basaglia (2005).

Como as outras agentes dessa USF, a ACS 4 parece ter um planejamento prévio mais organizado das visitas que deve realizar, dividindo as residências a serem percorridas nas quatro (04) semanas do mês. Como havia visitado o João pela manhã, propôs que a nossa primeira visita ocorresse três semanas depois, e assim foi feito.

Ao chegarmos a USF para encontrar a agente e sairmos para a primeira visita, ela pediu-nos que esperasse porque todos [com exceção do médico] fazem uma oração conjunta antes de iniciarem os atendimentos. A enfermeira, que é a pessoa que iniciou essa rotina, disse-nos que o ambiente de trabalho melhorou muito desde que os profissionais começaram a se encontrar, durante a oração matinal. Novamente percebemos a força que os encontros podem ter na promoção da vida, mesmo que isso esteja capturado na religião. Na verdade, como vimos no capítulo dois, a imanência permite que o plano de organização e o plano de composição coexistam e se justaponham, que o instituído pela religião não impeça o aflorar da potência dos agenciamentos. Pensamos, ainda, que o médico não participa desse momento em função do *status* de superioridade que gira em torno dele na hierarquização dos serviços de saúde brasileiros. Hierarquização que, ao ser abalada por novas formas de relacionar-se, teima em se manter sustentada e propõe, a nível nacional, a aprovação do “ato médico” constante no Projeto de Lei nº 268, que tramita no Senado Federal, dispõe sobre o exercício da medicina e implica em um retrocesso na ampliação do atendimento à saúde para além da noção de atendimento médico, ao prever a retomada da hierarquização [verticalização] dos

profissionais de saúde, tendo a figura do médico em seu ápice. No caso desse médico especificamente, não sabemos se ele não foi convidado ou se recusou a participar, mas, seja como for, pensamos ser a hierarquização também a responsável por isso. Nesse dia, fomos convidadas e participamos da oração. Aceitamos o convite por acreditarmos que estar junto é possibilitar os afetamentos que propiciam a criação da energia necessária à invenção. Em seguida, nos dirigimos à residência do João.

A família 4 reside em um bairro próximo ao centro da cidade, em casa própria e é composta por João, que é usuário do CAPS-Cidadi e tem o diagnóstico de transtorno do humor [afetivo] não especificado, e por sua companheira, também de meia-idade. Tanto João quanto a sua companheira têm filhos de outros relacionamentos, mas nenhum deles mora com o casal. Antes de morar com a atual companheira, dona da casa onde residem, João morava em um barracão próprio, em outro bairro, que ele está disponibilizando para aluguel.

A casa é toda murada e tem seis cômodos: três quartos, uma pequena copa utilizada também como sala de visitas, uma cozinha e um banheiro azulejados. É coberta por laje e telhas de amianto. Em nossa primeira visita, a casa estava bastante desorganizada, com muitos objetos espalhados sobre as mesas e cadeiras da copa e da cozinha. Quando retornamos, o cenário estava modificado e a casa estava organizada. No canto esquerdo da entrada da casa há uma pequena horta que, segundo a ACS 4, foi plantada e é cultivada por João. O casal tem ainda um cachorro de estimação. A impressão é de um lugar tranquilo e aconchegante e, apesar da dificuldade de relacionamento que o João demonstra ter, o casal acolheu-nos nas duas vezes em que estivemos lá, demonstrando satisfação em receber-nos. Pensamos que o acolher a alteridade pode apontar para uma abertura à exterioridade, caso as circunstâncias a favoreçam, fator imprescindível à promoção dos encontros e à circulação da vida.

A companheira do João é uma mulher muito falante, hipertensa e poliqueixosa. Apesar de apontar para a dificuldade de relacionar-se com João quando ele está “nervoso”(sic), trata-o pela carinhosa alcunha de “bem”(sic). Parece que o casal tem um relacionamento harmônico, respeitando as singularidades um do outro. Além disso, João não se deixa colocar no lugar de tutelado e a sua companheira partilha com ele as decisões cotidianas, tendo demonstrado o cuidado de informá-lo com antecedência sobre a nossa visita.

A nossa primeira visita a essa residência, acompanhando a ACS 4, foi feita à pé por sugestão da agente. No caminho, ela tomou a iniciativa de conversar sobre o João, falando do cuidado que ele tem com a horta que ele mesmo plantou e cuida. A agente mostrava-se admirada com isso, dizendo que ela mesma acha muito difícil cuidar de uma horta. Ao chegar à casa do João, fomos recebidas por sua companheira e convidadas a entrar. Como já dissemos, a casa estava muito desorganizada: roupas, papéis e outros objetos estavam espalhados pela mesa da sala onde ficamos. De lá, podíamos ver a mesa da cozinha que também estava repleta de coisas. Uma vez que havíamos feito o contato anterior com essa senhora apenas por telefone, nos apresentamos e lembramos do termo de consentimento que deveria ser assinado, caso ela ainda estivesse disponível para participar da pesquisa. Ela preferiu assinar no final, colocando-se novamente à disposição para o que fosse necessário.

Pouco depois, João saiu do quarto e sua companheira nos apresentou a ele, lembrando-lhe sobre a solicitação que nós havíamos feito para acompanhar as visitas domiciliares. Percebemos, assim, que ela teve o cuidado e a atenção de compartilhar com ele o nosso telefonema. Através das duas visitas, percebemos a importância desse comunicado para tentar preservar a estabilidade do humor do João, que se altera muito quando ele se depara com situações novas. No processo do transtorno mental, há momentos em que os sintomas ficam exacerbados e o humor altera-se consideravelmente, o que pode dificultar os relacionamentos familiares, como pudemos perceber na fala dos familiares visitados e nessa fala da companheira do João:

COMPANHEIRA DO JOÃO: Porque quando ele tá agitado é difícil demais... Nossa!... Quando ele tá mais calmo é mais fácil docê levar, né?, no hospital, mostrar... Mas se tiver muito agitado, não tem como não! Porque quando a gente tá nervosa, a gente gosta que os outro fala alguma coisa?

Entretanto, vimos que alguns familiares conseguem adaptar-se a essas mudanças com maior flexibilidade, o que entendemos como acolhimento à singularidade e respeito às diferenças, sendo que essas atitudes facilitam encontros promotores de vida. A fala abaixo exemplifica o que estamos dizendo, ilustrando uma das ocasiões em que percebemos essa mobilidade:

COMPANHEIRA DO JOÃO: Meu marido ia sozinho pro médico e tudo. Eu não tinha recurso médico; eu trabalhava de segunda a sexta, então era muito difícil. (...) Agora que eu tô em casa, às vezes eu vou com ele. Que às vezes ele não gosta que eu vou não, sabe? Aí se ele tá nesses dias, eu fico bem quietinha, né?(...) Mas tem dia que a gente não quer companhia mesmo não, né? Nem muita conversa.

Dessa forma, a companheira do João acompanha as suas oscilações e instabilidades, permitindo-se misturar-se e vibrar junto a elas não só para não criar atritos, como também para manter a conexão com o companheiro, contribuindo para a boa convivência desse casal. O cotidiano penoso e sofrido, sustentado pela sensação de fracasso e de não saber o que fazer, das famílias dos PTM, como foi analisado por Melman (2001) e Rosa (2003), em pesquisas em universos semelhantes ao nosso, parece amenizar-se através desses pequenos gestos.

Tanto no que ouvimos na casa do João, quanto no que disse a mãe da Sônia em relação aos banhos da filha, notamos uma incorporação da diferença no cotidiano familiar, para que este não seja tão árduo e pesado, como o é para a maioria das famílias que têm membros portadores de transtorno mental. Segundo Melman (2001), os valores e as representações acerca da loucura são influenciados pelo momento histórico e afetam os aspectos objetivos e subjetivos da relação entre os familiares e seus membros portadores de transtorno mental. Apesar disso, ele observou que as pessoas que vivem em uma mesma casa podem não compartilhar das mesmas representações e significados sobre os transtornos mentais. Essas diferenças produzem formas diversificadas de agir e vivenciar os problemas relacionados a esses transtornos. Mas, apesar das diferenças, a família pode criar uma atmosfera que comporte as singularidades, desde que não as negue ou as persiga. Pelo contrário, o autor aponta a necessidade de entrar em contato com o incômodo provocado pela exterioridade/alteridade, para que o novo possa ser inventado:

Ao problematizar a loucura, os familiares podem produzir deslocamentos, colocar em questão a própria identidade, explorando territórios inusitados, encontrando formas mais genuínas de exercitar a subjetividade, abrindo-se para o devir, para a multiplicidade, resgatando o valor da alteridade [...] (MELMAN, 2001, p.149).

Assim, percebemos que através da face sensível das subjetividades, que permite a conexão com outras intensidades, com o que vem de “fora”, é possível a circulação dos afetos e da potência criativa, favorecendo que o encontro com a exterioridade crie novos agenciamentos. Na fala abaixo, podemos perceber como a companheira do João altera a forma de fazer o café para que ele possa continuar a desfrutar de um hábito que ele considera prazeroso, após o diagnóstico da hipertensão. Consideramos ser essa uma atitude que demonstra o sair de si em direção à exterioridade, para garantir que o encontro traga algo novo, além do cuidado com o outro, independentemente de ser portador de um transtorno mental.

COMPANHEIRA DO JOÃO: Ah, tem a pressão alta, [do João] né? Eu dou mais chá, né? e passei a dar ele um café mais fraco, prá deixar o café, porque meu café era muito forte, sabe? E eu tive que tirar um pouco do pó do café prá ele, que ele gosta demais de café, né?. Aí eu passo um cafezinho assim mais líquido, porque [assim, ele] pode tomar café...

No decorrer dessa visita, João entrou e saiu várias vezes da sala em que estávamos e dos outros cômodos da casa; estava muito inquieto. Apesar de ter sido comunicado pela companheira sobre as nossas visitas e de já conhecer a pesquisadora, o fato de estarmos na sua casa pela primeira vez, parece ter sido percebido por ele como uma novidade categorizada como desconhecida e persecutória, o que normalmente o desestabiliza. Nesse dia, ele entrou e saiu várias vezes da sala onde estávamos, andando de um cômodo para outro da sua casa, em um vai-e-vem que durou todo o tempo da nossa visita, o que pareceu-nos sinal de grande ansiedade e uma tentativa de neutralizar o “fora” e a intensidade que o acompanha. No final da visita, ele sentou-se à mesa onde estávamos, disse que estava sem a medicação psiquiátrica e consultaria com o neurologista naquele mesmo dia. Apesar da ansiedade, pediu à companheira que nos servisse um café, o que entendemos como uma tentativa de aproximação e abertura para conectar-se conosco.

JOÃO: Arruma um café prá elas.

A companheira do João falou muito durante todo esse encontro, mostrando-se solícita, querendo parecer agradável e dirigindo-se a João pela alcunha de “bem”

(sic). A impressão que tivemos foi de um ambiente afetivo, embora João pareça muito impaciente e a companheira tente contê-lo. A ACS 4 pareceu-nos muito segura e tranqüila em relação às visitas que deve fazer a essa residência, desempenhando o seu papel rotineiro, apesar de que o comentário na USF é de que João é uma pessoa nervosa e impaciente. Parece que essa agente convive bem com essas características do João. Ao sairmos da casa, ela propôs agendar a segunda visita para uma data que sugeriu um intervalo de tempo próximo de trinta dias, para que pudesse dar prosseguimento ao seu planejamento costumeiro.

Um dia antes da segunda visita a residência do João, ligamos para a USF, para confirmá-la com a ACS 4. A recepcionista disse que ela não tinha ido trabalhar porque, em função das horas extras acumuladas, havia tirado uma semana de folga para viajar com o marido sem, contudo, avisar-nos sobre isso. Por se tratar de uma pessoa que segue rigorosamente o seu planejamento, nos surpreendemos com essa atitude. Agendamos outra data com essa recepcionista e pedimos que avisasse à agente, tão logo ela voltasse a trabalhar. No dia marcado por nós, nos encontramos na USF e de lá fomos para a casa do João, mas não encontramos ninguém lá. A ACS propôs que voltássemos no dia seguinte e assim fizemos.

Encontramos-nos novamente na USF e a agente ACS 4 convidou outra agente para nos acompanhar, sem consultar a nossa opinião sobre isso. No caminho, as duas foram conversando como se nós não estivéssemos ali. Nessa segunda visita, a agente desempenhou as suas funções de maneira ainda mais objetiva do que havia feito na primeira vez em que estivemos lá. Perguntou pelo PTM mas, de acordo com o que está no protocolo gerais de funções do ACS, privilegiou as questões referentes à hipertensão, exames de rotina e medicação dos membros da família, cumprindo o papel esperado para um agente comunitário de saúde, independente da nossa presença. A presença da outra agente parece não ter interferido em nada, uma vez que ela passou quase despercebida, entrando e saindo calada.

Fomos recebidas pela companheira do João, que também estava em casa. A casa estava bem mais organizada do que estava na nossa primeira visita. João logo sentou-se perto de nós, tomou os comprimidos matinais em nossa presença e falou muito, fornecendo informações e dando opiniões sobre os assuntos conversados. A agente perguntou como ele estava, mas foi bastante objetiva em suas colocações, desempenhando sua função conforme o protocolo de funções gerais do agente

comunitário de saúde que não privilegia o portador de transtorno mental. Apesar de não ter sido o centro das atenções da ACS 4, João falou muito sobre as suas dificuldades e sintomas.

O portador de transtorno mental também tem dificuldades em lidar com a sua singularidade e isso, muitas vezes, dificulta as conexões e endurece os encontros, quando ele insiste em se agarrar às suas características identitárias relacionadas à doença mental, que acabam por encerrá-lo nela. Percebemos que com o João isso também acontece. Apesar da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica em andamento em nosso país, o imaginário social ainda representa o PTM como perigoso, incapaz ou cômico. Em nossa experiência profissional, no decorrer da nossa prática clínica, nos deparamos muitas vezes com discursos que reiteram esses estigmas. Eles aparecem na fala das próprias pessoas que buscam atendimento no CAPS e que repetem o que dizem a respeito delas, nos relatos familiares, nas discussões de caso pelas equipes técnicas que compõem a rede de atenção à saúde mental e em outros espaços e relações permeados pelos “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46), como salientamos no capítulo um. Nesses casos, é como se o PTM acreditasse na naturalização e na eternidade do seu transtorno mental, esforçando-se para não se deixar afetar pelo novo, pelo estranho, preferindo a certeza dos sintomas conhecidos à desorientação inicial provocada pelas forças caóticas provenientes do encontro com a exterioridade. Assim, muitas vezes, o próprio PTM se institucionaliza, mantendo-se atado ao estereótipo de incapaz que ainda faz referência ao transtorno mental e criando uma muralha que o separa das outras pessoas, em um esforço de inacessibilidade. Esforço que não isola totalmente, porque a muralha tem fissuras... Percebemos isso, tanto na inquietação do João durante a nossa primeira visita, quanto na sua fala transcrita em seguida:

JOÃO: [...]eu não posso ficar no meio de gente estranha, não. Ali no Bretas mesmo eu não posso ir. Às vezes na Saúde Mental eu sinto bem. Mas quando aquele rapaz novato entrou lá, aquele baixinho que tá lá, eu tinha medo dele também. É que eu não sabia que ele trabalhava lá. [...] Aquela moça também eu fui e fiquei com medo dela também. Aquela moça que tem o cabelo emendado, agarrado. Uma que faz caminhada, uma escurinha... Porque eu não sabia que ela trabalhava lá também não. É, depois você falou comigo que ela trabalhava lá. Porque não dá pra mim ir, não. Que me dá uma suadeira fria assim e me dá uma suadeira e eu começo a tremer e caio.

Na fala acima, percebemos também que o próprio CAPS, algumas vezes, desconsidera as diferenças, o que pode comprometer o trabalho que ele se propõe a desenvolver, ou seja, ser promotor de saúde mental e operar em prol da desinstitucionalização. Essa desconsideração parece apontar para a existência de “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46) no interior desse serviço. Lembramos que esses desejos carregam em seu cerne a satisfação em submeter o outro, fazendo com que os especialistas tratem os PTM's como marionetes ou objetos, desconsiderando as implicações das oscilações dos campos de força que podem afetá-los. Não se trata, aqui, de defender que se deva poupá-los dos encontros com novas intensidades, superprotegendo-os. Mas há que se considerar as especificidades de cada um, atentando para o fato de que alguns deles são pessoas que, por algum motivo, sentem dificuldade em conectar-se com o inusitado, sofrendo muito quando isso acontece. Noronha (no prelo), aborda algumas manobras psíquicas como invenções a serviço da ordem interna, por mais insensatas que elas possam parecer. “[...] o psiquismo, diante das intensidades caóticas experimentadas, desenvolve um território onde possa se reordenar, território este que o paciente teme, agora, perder no processo de interação e questionamento coletivo”. (NORONHA, no prelo, s/p).

Assim, ao forçar a subjetividade em direção ao deciframento da sensação que a acompanha, a exterioridade ameaça essa interioridade e sua segurança, construídas muitas vezes, no caso das psicoses, às custas de um grande dispêndio de energia, na tentativa de minimizar o sofrimento. Mas, em contrapartida, ela pode também ser produtiva, inventiva, criando novos sentidos. Talvez seja esse um dos grandes desafios dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: cuidar sem superproteger ou idealizar, acolher a singularidade sem reforçar o transtorno e, acima de tudo, não alimentar os “desejos de manicômio”(MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46). Apesar do CAPS-Cidadi se auto-refenciar como um dispositivo antimanicomial, pensamos que entre a implantação desse serviço e a implementação das práticas que sustentarão a desinstitucionalização, há muito trabalho a ser desenvolvido, incluindo nele o combate às expressões dos “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46) que ainda possam existir no interior do próprio serviço.

Além disso, o CAPS não tem informado ao PSF, com antecedência, sobre mudanças em seu horário e forma de funcionamento. Muitas vezes isso dificulta a vida do PTM, como veremos na fala do João que, por não ler, encontrou o portão do CAPS fechado devido à mudança do horário de funcionamento, não conseguiu entender o que estava escrito no cartaz afixado nele e deixou de freqüentar as oficinas terapêuticas por algum tempo. Pensamos que se houvesse uma maior articulação entre CAPS e PSF, situações como essas poderiam ser evitadas pelo trabalho conjunto e articulado das duas instituições. O ACS poderia ficar encarregado de auxiliar o CAPS na divulgação das alterações necessárias.

JOÃO: (...) mas esses dias eu fui lá e tava fechado. Tinha uma faixa lá escrito; eu peguei e fui embora. Só sei que tava marcando era oito horas. (...) É porque eu sabia ler, né? Mas depois me deu aquele negócio, como é que chama? Aí me deu amnésia, aí eu fui e esqueci e não tinha ninguém pra ler. Eu não cheguei a entender o que tava escrito lá.

Mais uma vez, percebemos que embora o CAPS considere a necessidade de trabalhar de uma maneira mais integrada com o PSF, no cotidiano isso não tem acontecido, o que tem afetado principalmente o atendimento ao PTM. Parece-nos que alguns profissionais da saúde mental ainda têm dificuldade em se livrar da idéia que têm da loucura e que possa estar arraigada nos manicômios internalizados.

Por outro lado, vimos também que a idéia de saúde como ausência de doenças, ainda permanece. Os próprios indicadores de saúde que guiam o Programa de Saúde da Família denunciam isso: a preocupação com as complicações decorrentes do diabetes, da hipertensão, da não vacinação e da ausência de acompanhamento pré-natal ainda são muito mais importantes do que os aspectos subjetivos do bem-estar.

Se por um lado o CAPS não tem ido ao encontro do PSF, por outro lado os agentes comunitários de saúde muitas vezes nunca foram ao CAPS e não conhecem seus objetivos e funcionamento. Ou seja, o CAPS não tem um trabalho de abordagem sistemática dirigida ao PSF, que facilite a articulação entre eles e as USF's também não buscam uma aproximação maior com o CAPS. Alguns membros das equipes de saúde da família manifestam o desejo de proximidade quando

conversam ao telefone com um técnico do CAPS, mas esses são fatos isolados, como veremos na fala da ACS 4, durante a entrevista.

Retornando ao João, apesar da dificuldade que ele apresenta de relacionar-se, demonstrou que quando se sente seguro em um ambiente conhecido, deseja e busca estabelecer conexões. Um exemplo disso aparece na fala abaixo, pronunciada na segunda visita, quando ele se abre às conexões e demonstra a vontade de retomar o cuidado da horta do CAPS, apesar da queixa da falta de aviso da mudança do horário de funcionamento.

JOÃO: [...] até eu quero ver se eu converso com alguém lá [do CAPS], pra ver se nós conserta aquela horta. Que aquela horta eu trabalhei muito nela; ela era muito bem arrumadinha. E aquilo ali é fácil de arrumar. Aí eu quero conversar com alguém lá que olha essa parte, né? Pra eu pedir as ferramentinhas que precisa, né?

É importante realçarmos que as especificidades do PTM não inviabilizam as conexões com a exterioridade, mas é preciso conhecer as singularidades para que seja possível um arranjo que não intensifique ainda mais o sofrimento, o endurecimento, a estratificação que se sustenta nos binômios louco-incapaz e família-sofrida, e que seja promotor de saúde mental. João nos apontou a sua dificuldade em lidar com pessoas desconhecidas e mostrou-nos que o simples fato de lhe apresentarem as pessoas e as mudanças, faz com que ele sinta o ambiente menos persecutório e haja possibilidade de encontros promotores de vida e de saúde mental.

Entendemos que mesmo sendo diagnosticado como portador de transtorno afetivo e temendo o encontro com a exterioridade, as visitas domiciliares que fizemos à casa do João possibilitaram a ele sair de uma postura defensiva diante do que não conhece, enfim, perante a circulação dos fluxos da vida e arriscar-se a pensar na idéia de deixar o seu porto seguro e reestabelecer conexões com o CAPS, através de uma relação que não privilegie a doença mental. O cuidar da horta é de outra ordem: ele aponta para a potência, vivenciada por João na segunda visita domiciliar, de transformar passividade [paixão] em potência de vida [ação]. Podemos pensar que para um portador de transtorno afetivo, que sente como uma grande dificuldade o lidar com as afecções, o afetamento produzido nessa visita pode ter possibilitado o vislumbre de novas formas de ser voltadas para a produção de vida e,

conseqüentemente, de saúde, porque criou um excedente energético a ser utilizado na criação do novo. E é o próprio João que direciona essa energia, propondo consertar a horta [melhorar a qualidade da vida existente ali] com o seu próprio trabalho [ação] junto a outras pessoas do CAPS [alteridade]. Percebemos essa abertura para novas conexões como efeito dos encontros que tiveram lugar durante as visitas que fizemos à sua residência e que foram vivenciadas pelo João como bons encontros, segundo as idéias Deleuze (2006) baseado em Espinosa. Nesses encontros, em função dos afetamentos que são produzidos, a potência de agir/existir é aumentada, possibilitando o surgimento de novas formas de circulação pela vida, mais autônomas e mais agradáveis.

Nessa visita apareceu, ainda, a dificuldade que a companheira do João tem em cuidar da própria saúde [exames periódicos atrasados há bastante tempo]. A ACS insistiu que ela fosse a USF para realizar esses exames [incluindo a prevenção ginecológica do câncer de útero e mama] e essa senhora prometeu que iria.

No final dessa visita, João e a companheira convidaram-nos a conhecer a horta plantada pelo casal e que parece ser motivo de orgulho, apesar de pequena e simples. Foi como se quisessem compartilhar conosco uma alegria. Noronha (no prelo), fundamentada nas idéias de Deleuze e Guattari, considera a potência da alegria como revolucionária, devido ao seu poder de ativar a capacidade de criação de novas possibilidades de vida. Se Deleuze (2006) aponta que os bons encontros são aqueles que aumentam a potência de ação, Noronha (no prelo) reafirma que é a alegria proveniente desses encontros que permite conquistar essa potência e fazer uso dela para inventar novas formas de subjetivar-se. “No caso de pacientes psicóticos, a alegria constitui peça fundamental no processo de reconstrução de si, de recuperação do papel de protagonista na criação de uma nova maneira de estar consigo e com o mundo.”(NORONHA, no prelo, s/p). Assim, entendemos que na segunda visita à casa do João aconteceu um encontro desencadeador de alegria e de possibilidades, apontando para nós que as visitas domiciliares podem ser um dispositivo a serviço da desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

Assim que saímos dessa casa, nos dirigimos a USF e lá entrevistamos a ACS 4. Nessa entrevista, soubemos que ela escolheu trabalhar como agente comunitário na tentativa de livrar-se de uma depressão e do isolamento social que a acompanhava. Talvez por isso, hoje, ela assuma uma postura de quem precisa estar

no controle das situações, como se precisasse neutralizar as intensidades caóticas vindas da exterioridade e que forcem a subjetividade a lançar-se no desconhecido. Percebemos, também, que talvez mais uma vez em uma postura defensiva, ela banaliza a loucura ao inverter a lógica ainda presente no imaginário social, como podemos ver na fala abaixo:

ACS 4:[...] louco, todo mundo é louco, né? Só que algumas pessoas, eu acho, o meu modo de pensar é assim, essas pessoas que eles chamam de louco são os normais, que têm coragem de falar tudo. A gente que é louco, que esconde as coisas, que finge pra poder viver. Eu penso isso da loucura. [...] porque eu acho que uma pessoa que mente, ela é louca. Uma pessoa que finge, ele é louca, sabe? E a gente que faz isso, porque eles não fazem isso não. Que eles, deu vontade de falar alguma coisa pra gente, se vai magoar ou não eles tão falando. A gente, não. A gente vai pensar antes de falar as coisas pros outros, pra ver se vai magoar a pessoa ou não. Então a gente é louco, eles são normais. São pessoas especiais; a gente que fica aí fingindo pra vida ser boa.

Além disso, percebemos que resquícios da dificuldade em abrir-se para os encontros, que acompanhou essa agente durante a depressão ainda parecem existir. Ela inclusive nos relatou que não conversava com ninguém além da própria mãe e do marido, antes de se tornar uma agente comunitária de saúde. Há uma preocupação grande sobre o efeito que sua fala terá nas outras pessoas e, talvez por isso, ela se proteja na rigidez do planejamento e da burocracia a ser cumprida. Mas esse endurecimento em nada garante a contenção dos fluxos da vida, e não sabemos até que ponto as visitas podem, em algumas circunstâncias, afetá-la e produzir bons encontros.

A ACS 4 falou-nos também do tipo de conexão que o CAPS tem buscado estabelecer com os ACS's, segundo a sua opinião, queixando-se disso:

ACS 4: Porque a gente, quando precisa da gente é só pra entregar alguma coisa, algum bilhete; ou se vai ter alguma festa de aniversário, pra gente entregar o bilhete pra eles irem. É só assim e...(...)eu penso que se tivesse uma reunião com os agentes de saúde pra explicar o que acontece, o horário, o que é feito lá, ou então chamar cada dia um PSF pra poder conhecer lá. Porque eu, antes da minha parente começar a trabalhar lá, porque (...) era casada com o irmão do meu marido, antes dela começar a trabalhar lá, eu nunca tinha ido lá. Porque eu não conhecia. Então o pessoal me perguntava na rua e eu não sabia informar. Aí eu acho que também era bom a gente ter uma aproximação maior.

Ela opinou, ainda, sobre o tipo de conexão que o CAPS deveria estabelecer com as famílias dos PTM's, dizendo que são elas quem mais os conhecem, tendo muito a contribuir com o tratamento deles, além de sofrerem no dia-a-dia com os sintomas do transtorno mental, muitas vezes sem o apoio técnico necessário. Como ela, também acreditamos que “[...] o momento atual da reforma psiquiátrica brasileira necessita dessa postura e da atuação direta com a família dos portadores dos portadores de transtorno mental.”(ROMAGNOLI, 2004, p. 80).

ACS 4: Porque eles ficam a maioria do tempo é em casa; eles não ficam todo o dia lá no CAPS.

Essa fala aponta tanto a falha do CAPS em relação ao não atendimento a essas famílias [mencionada nos capítulos anteriores], quanto o desconhecimento da agente de que vários PTM's passam o dia todo no CAPS, em função de participarem da permanência-dia. Essa é uma dupla constatação da desarticulação CAPS/PSF. E essa desarticulação torna-se mais uma vez evidente nessa entrevista, quando a ACS 4 aponta a existência de uma possível PTM na área de abrangência da sua USF, que tem a sua sexualidade exacerbada [erotomania] quando em crise, sem que os profissionais da atenção básica saibam o que fazer e sem que os profissionais do CAPS sequer tenham conhecimento sobre esse caso.

4.2.5 Em torno das unidades de saúde da família

Após o consentimento do secretário municipal de saúde e da coordenação do Programa de Saúde da Família, entramos em contato com as unidades de saúde da família, tanto por telefone quanto pessoalmente. No primeiro contato, conversamos com as enfermeiras, que são responsáveis pelo gerenciamento das USF's, no intuito de nos apresentar e fazer conhecer o estudo que seria desenvolvido com a participação dos agentes comunitários de saúde. No decorrer desses encontros, presenciamos um pouco do cotidiano das USF's e conversamos informalmente com alguns dos seus profissionais. Novamente, encontramos paisagens diferenciadas.

É preciso assinalar que não é nosso objetivo, nessa pesquisa, analisar as USF's, mas não pudemos deixar de considerar algumas colocações feitas por médicos e enfermeiras, por pensarmos que elas afetam a paisagem por nós cartografada. Apesar de termos sido bem recebidas nas quatro (04) unidades, constatamos uma diferença no fluxo, na organização desses serviços e na maneira de lidar com o transtorno mental. Para melhor compreensão, chamaremos de unidade 1 a que atende a família 1 e, assim, sucessivamente, até a unidade 4 que atende a família 4.

Na unidade 1, que atende a família da Arlete, soubemos pela enfermeira que eles atendem também a um PTM grave, que já incendiou a própria casa e se recusa a ser atendido no CAPS. Nesse caso, eles dispensam a medicação psiquiátrica diariamente e mantém um bom vínculo com essa pessoa, que aceita essa forma de condução do seu tratamento. Percebemos, assim, uma abertura para a alteridade e procedimentos que fogem às normas técnicas exigidas para confecção do relatório mensal [produtividade]. Por outro lado, confirmamos a desarticulação PSF/CAPS, uma vez que o CAPS-Cidadi não tinha conhecimento desse fato. Perde-se, em casos como esse, uma boa oportunidade para oferecer ao usuário um atendimento menos fragmentado, além da possibilidade de se trabalhar no sentido de minimizar a dicotomia ainda existente, apontada por Dimenten et al. (2005) e também encontrada em nossa pesquisa, entre saúde e saúde mental.

Na unidade 2, que atende a família da Sônia, fomos surpreendidos por algumas falas da médica, por elas denotarem um forte desagrado em fazer as visitas domiciliares previstas nessa função. Ressaltamos que os ACS's devem visitar mensalmente todas as residências incluídas no território de uma USF, mas que também é dever do médico visitar essas residências, em conformidade com a determinação do Ministério da Saúde. “[... o médico] realiza consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio.”(BRASIL, 2001a, p.75). Pensamos que a qualidade do atendimento prestado às famílias dessa unidade pode ser comprometida, em função dessa oposição veemente a um importante recurso previsto pelo referido programa.

Na unidade 3, que atende a família da Carla, conversamos longamente com a enfermeira sobre outra usuária do CAPS-Cidadi que pertence a essa unidade. Nessa conversa, a enfermeira reclamou da não obtenção das informações e orientações referentes a esse caso e solicitadas ao CAPS. Novamente encontramos fatos que

denotam a desarticulação PSF/CAPS. Aproveitamos a oportunidade para informar sobre o funcionamento do atendimento à saúde mental no município.

Na unidade 4, que atende a família do João, conversamos com o médico porque ele perguntou sobre o PTM em questão. Na sua fala, ele se referiu a João como “um que é nervoso”(sic), comentou sobre o fato de se surpreender ao perceber a afetividade existente entre o casal [João e sua companheira], questionando a possibilidade de relações sexuais entre eles em função da medicação utilizada pelo PTM. Da forma como essas colocações foram feitas, pareceu-nos que ora elas sugeriam uma descrença na existência do amor entre um casal que possui um membro portador de transtorno mental, ora um questionamento sobre as bases de sustentação desse amor. Como mencionamos no decorrer de todo esse trabalho, os estereótipos relacionados ao PTM e que tentam fixá-lo em um modo de ser que não lhe permita viver todas as nuances e intensidades que compõem a vida, por considerá-lo incapaz, parecem sustentar também a desconfiança desse médico quanto à potência do João em vivenciar relacionamentos afetivos, ser amado e exercer sua sexualidade independente do diagnóstico que lhe foi imposto. Assim, confirmamos que não há limites para as tentativas de captura da vida pelo plano de organização, considerando a classificação e o julgamento das vivências amorosas dos PTM's como parte dessa estratégia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os manicômios há doidos malucos com tantas certezas! Eu, que não tenho nenhuma certeza, sou mais certo ou menos certo?

Álvaro de Campos

Em nosso estudo, pudemos perceber que as visitas domiciliares realizadas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde são, de fato, o sustentáculo do modelo de atenção à saúde proposto pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente em nosso país, entendendo saúde como reflexo das condições de vida das pessoas e como direito de todos e dever do Estado. Através dessas visitas, os agentes cadastram as famílias, mapeiam as necessidades de cada uma no tocante aos cuidados de prevenção e promoção da saúde, descentralizando as ações [que não giram mais em torno dos hospitais] e considerando as famílias aliadas importantes para realização dessa nova maneira de estabelecer e executar as metas e ações orientadas pelos indicadores de saúde da população.

Constatamos que essa mudança no paradigma da saúde e a conseqüente busca da desospitalização dos doentes estendeu-se também ao transtorno mental, através das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apoiadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial e pelas ações de saúde mental sustentadas pela legislação brasileira em vigor. Atualmente, acreditamos que o desafio seja integrar as ações da rede de atenção básica às ações da rede de atenção à saúde mental, visando a desinstitucionalização da loucura [e não apenas a sua desospitalização] e a reinserção social do portador de transtorno mental, fato que confirmamos durante a pesquisa de campo.

Considerados pelo Ministério da Saúde como o elo integrador entre a comunidade e as Unidades de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde são pensados como importantes atores na articulação entre a atenção básica e a atenção à saúde mental. Partindo desses pressupostos pautados pelas diretrizes que estão instituídas e que regem as políticas de saúde, problematizamos a questão dos efeitos dos encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental nos processos de subjetivação e desinstitucionalização da loucura, sob a ótica da filosofia da diferença, buscando

mapear as intensidades e sensações produzidas no decorrer das visitas domiciliares que acompanhamos. Nesse sentido, ressaltamos não somente o que está hoje estabelecido institucionalmente nessas políticas de saúde que sustentam tal prática, mas privilegiamos sobretudo o aspecto micropolítico dessa desinstitucionalização.

Em nossa pesquisa de campo, ao buscarmos conhecer as singularidades e o cotidiano em que se dão essas visitas, encontramos especificidades e semelhanças nas subjetividades, nas práticas profissionais dos agentes comunitários e nas configurações e vivências familiares, o que tem provocado efeitos também diversificados.

Notamos que as famílias visitadas por nós diferem em vários aspectos. Em relação às condições sócio-econômicas, embora todas morem em casa própria, a Família 1 é a que tem menor poder aquisitivo e a Família 2 é a única que não vive na periferia da cidade, podendo ser considerada pertencente à classe média. As configurações também variam, apesar de não termos visitado nenhuma família monoparental. A Família 1 é constituída pelo casal, vários filhos adultos e dois netos que são filhos de uma das filhas solteiras. As Famílias 2 e 3 são constituídas por mães viúvas e filhas solteiras, sendo que com a Família 3 mora também um neto adulto, filho da portadora de transtorno mental. A Família 4 é composta pelo casal que não têm filhos dessa união, embora os dois cônjuges tenham filhos adultos de relações anteriores. Todas as famílias visitadas têm um membro diagnosticado como portador de transtorno mental [psicose], que é usuário do CAPS-Cidadi.

Percebemos maneiras diferenciadas das famílias lidarem com as oscilações de humor que muitas vezes acompanham o transtorno mental, principalmente nos momentos de crise, e que essas oscilações interferem no autocuidado do PTM e na rotina familiar. A Família 1 relata como Arlete descuida-se da higiene pessoal e dorme fora de casa, quando não está bem mentalmente. Apesar disso, essa família acompanha passivamente essas mudanças, esperando que elas passem ou que as instituições de saúde façam alguma coisa, o que entendemos, a partir do nosso referencial teórico, como uma despotencialização de recursos próprios do grupo, denotando passividade frente às questões enfrentadas. A Família 2 busca evitar possíveis desentendimentos com a Sônia, principalmente no cenário público social, mas arrisca-se a criar soluções para problemas que interferem no cotidiano familiar dentro de casa, tentando encontrar uma saída que respeite a singularidade da PTM e as necessidades familiares. A Família 3 incomoda-se com os sintomas

depressivos da Carla e apesar de compreender que eles fazem parte do percurso do transtorno mental, buscam afetá-la para que ela tente encontrar novas formas de viver mais voltadas para a saúde do que para a doença. Nessa família, percebemos uma ambivalência referente à possibilidade de superação da doença mental, ora percebida como eterna, ora considerada como passível de modificações. A Família 4 acolhe a singularidade do João, respeitando as suas freqüentes oscilações de humor e os seus temores e, apesar dele ser diagnosticado como PTM, considera as suas opiniões e respeita as suas decisões, facilitando que ele assuma uma postura ativa perante a própria vida.

Quanto aos agentes comunitários de saúde, concordamos com a menção feita pelo Ministério da Saúde quanto à possibilidade deles atuarem como elos integradores entre a comunidade e os serviços de saúde, mas pensamos que para a sustentação dessa prática no cotidiano, seja necessário que esses agentes participem de programas de treinamento e capacitação para a função, bem como de grupos de discussão propostos pelos Centros de Atenção Psicossocial, com o objetivo de construir novas formas de relacionamento com o transtorno mental. Em nossa pesquisa de campo, constatamos que isso não acontece, apesar de previsto na legislação brasileira.

No que diz respeito às especificidades dos ACS's e que foram percebidas por nós como pontos que afetam as visitas domiciliares, podemos citar a relação com a alteridade. A ACS 1, embora tenha dito que escolheu a função de agente comunitário por considerar que tem facilidade em relacionar-se com o público, mostrou-se receosa e tensa sempre que a mãe da Arlete fazia referência a questões inesperadas, que fugiam ao protocolo, bem como pareceu-nos temerosa da nossa avaliação quanto à sua conduta profissional, demonstrando dificuldade em lidar com o inusitado que acompanha o encontro com a alteridade. Já a ACS 2 demonstrou uma abertura maior para relacionar-se com outras subjetividades, criando recursos que facilitassem a abordagem à família e, principalmente, à PTM que visitamos, através de ações que propiciassem satisfação a essa família. Quanto a ACS 3, percebemos uma precarização dos recursos utilizados na relação com a alteridade que, durante as visitas acompanhadas, restringiram-se a perguntas-padrão, respostas lacunares e superficiais, além de uma postura passiva perante as questões levantadas pela família, como por exemplo a queixa da Carla relativa à alteração da sua medicação psiquiátrica. A dificuldade que a ACS 4 mencionou ter

em relacionar-se com outras pessoas e que ela associa a uma depressão anterior, pareceu-nos vinculada muito mais ao controle que demonstra no planejamento das ações de saúde que executa, do que ao contato direto com a família por nós visitada. Mesmo assim, pensamos que essa dificuldade aponta para uma postura defensiva, através da padronização das atitudes, denunciando tentativas de controlar qualquer coisa que coloque a própria subjetividade vulnerável a desterritorializações/deestabilizações produzidas pelo encontro com a exterioridade. Cabe ressaltar que, embora na fala dos agentes a questão da alteridade apareceu, na maioria das vezes, como referente à relação com outras subjetividades, entendemos alteridade como todas as forças e fluxos que nos forçam a ser de outra maneira, que vêm de fora e nos convocam a processos de subjetivação inventivos.

Outro ponto percebido foi que, com exceção da ACS 2, as outras agentes que acompanhamos estão bastante capturadas pelo plano de organização, ficando muitas vezes presas à manutenção da rotina e ao cumprimento das normas técnicas que devem obedecer, preocupando-se excessivamente com a coleta dos dados adquiridos por meio de perguntas padronizadas e com as assinaturas que comprovam as visitas, como está instituído formalmente para essa função. Em nosso entendimento, essa postura mantém as identidades fixas, calcadas no papel profissional, desviando para essas questões grande parte da energia que poderia estar circulando nos encontros, a favor da vida.

Com base nesses dados, podemos arriscar-nos a responder a uma questão levantada por nós no início desse estudo: Como os profissionais das equipes de saúde têm circulado entre as exigências burocráticas a serem cumpridas, que determinam o repasse de verbas para a manutenção do referido programa, e o plano de consistência que traz consigo o desconhecido? Entendemos que ainda há uma prevalência do atrelamento às exigências burocráticas como uma forma de proteção da própria subjetividade contra as forças caóticas advindas do encontro com a exterioridade, em detrimento do mergulho nas intensidades presentes no plano de consistência, que traz consigo não só o desconhecido como também a possibilidade de produção de devires por meio da invenção. Ainda assim, testemunhamos com ajuda da ACS 2, a existência de atitudes que contrariam os regulamentos e que possibilitam a invenção de formas inéditas de relacionamento

com a alteridade, que são propiciadoras de alegria e, conseqüentemente, de vida mais potente.

Outra questão que norteou esse estudo refere-se à possibilidade dos encontros ocorridos durante as visitas domiciliares serem desencadeadores de novas formas de acolhimento e convivência com os portadores de transtorno mental, indicativas e potencializadoras da desinstitucionalização da loucura. Nesse aspecto, presenciamos encontros que, na maioria das vezes, insistiram na repetição de condutas que mantêm o instituído, através da reprodução de papéis, atitudes e estereótipos, durante aquelas visitas em que as ACS's limitavam-se a coletar dados e transmitir informações padronizadas, além de insistirem em manter condutas assistencialistas direcionadas às famílias visitadas e aos seus membros portadores de transtorno mental. Por outro lado, na segunda visita feita à residência do João, testemunhamos um encontro que gerou alegria e um excedente energético que ele investiu na idéia de executar um projeto [consertar a horta do CAPS], trocando uma postura passiva, sustentada pelo medo do encontro com a alteridade, por uma proposta de ação que o lançaria justamente ao encontro com a exterioridade e à possibilidade da construção de novos sentidos para a sua vida.

Concluimos, a partir dessas análises, que as visitas domiciliares podem ser dispositivos a serviço da desinstitucionalização do transtorno mental, quando elas propiciam o experimentar de novas formas de ser e circular pela vida, através da atualização do virtual, do que existe em potência e que se desprende do aglomerado de forças que acompanha as situações, a partir dos encontros. Pensamos que as subjetividades, sempre singulares, interferem nessa questão, muito mais do que as capacidades técnicas dos agentes. Entendemos também que as subjetividades sofrem influência dos valores sociais e do conhecimento científico a que estão submetidos, planos de organizações da sociedade em que vivemos, e que a adequação das atitudes às transformações paradigmáticas podem não ocorrer no mesmo ritmo. Contudo, consideramos que a discussão do novo paradigma que norteia as ações de saúde e a desinstitucionalização do transtorno mental, possam afetar os profissionais [sejam eles da atenção básica ou da atenção à saúde mental], instigá-los a repensar suas práticas e sua potência na opressão ou libertação do PTM, bem como fomentar a invenção de novas formas de relacionamento com essas pessoas e seus familiares.

Além disso, constatamos que ainda persistem, aninhados nas subjetividades, desejos de manter os portadores de transtorno mental presos aos estigmas de incapazes e agressivos, que justificariam as condutas assistencialistas e tutelares, mantendo-os encarcerados em rótulos e institucionalizados em uma prisão conceitual, mesmo que disfarçada de liberdade física. A incapacidade e a agressividade [periculosidade] são pontos percebidos por nós como circulantes entre os ACS's, os PTM's, os familiares deles e o CAPS, bem como vislumbrados na fala de um dos médicos das USF's visitadas. Não queremos, de forma alguma com essas colocações, fazer julgamentos morais e transcendentais, mas apontamos que apesar das propostas e políticas que visam a desinstitucionalização do transtorno mental, que, de fato, constituíram um avanço no campo da saúde mental, ainda encontramos marcas dos valores construídos e disseminados a partir de uma lógica de se pensar a loucura anterior ao início da reforma psiquiátrica brasileira, que continua presente na cultura, apesar de coexistir com outras formas diferentes de pensamento e ação.

Atribuímos a permanência dos “desejos de manicômio”, aos momentos em que as subjetividades deixam-se guiar apenas por sua faceta formal, reproduzindo estereótipos, atitudes, idéias e afetos, independente dessas subjetividades estarem inseridas nas instituições de atenção à saúde, nas famílias dos portadores de transtorno mental ou na sociedade em geral. Pensamos que é a faceta sensível dessas mesmas subjetividades que poderá facilitar a criação de novos dispositivos para a desinstitucionalização discutida, através das desterritorializações das subjetividades que, a partir daí, terão a possibilidade de atualizar a sua potência criativa, inventando novos sentidos para a loucura e para o portador de transtorno mental. Percebemos, assim, que os intercessores nessa mudança paradigmática não nascem necessariamente da normatização regulada pela legislação que vigora em determinada sociedade, o que em si foi uma conquista, mas da forma como as subjetividades se colocam frente ao encontro com a exterioridade. Portanto, não basta ocupar um cargo, exercer uma função, participar de cursos de capacitação ou obedecer às normas; o essencial, nessa ótica sustentada pela filosofia da diferença, é ser capaz de afetar e deixar-se afetar pela exterioridade e pelo desconhecido e inusitado que acompanha esse encontro.

Confirmando essa nossa maneira de pensar, surge a constatação de que o combate aos referidos “desejos de manicômio” fazem parte dos desafios que os

CAPS ainda têm que enfrentar, para se solidificarem como dispositivos a serviço da lógica antimanicomial. A nosso ver, é esse combate que possibilitará cuidar do PTM sem superprotegê-lo ou idealizá-lo e acolher a sua singularidade sem reforçar o transtorno mental, passos importantes na reinserção social e na desinstitucionalização da loucura.

Outro desafio percebido nesse estudo, diz respeito à necessidade de consolidação da articulação das redes de atenção à saúde, que embora seja regulamentada pelas atuais políticas públicas, desejada pelas equipes de saúde da família que encontramos e prevista nas metas do CAPS-Cidadi, ainda não se sustenta no cotidiano, mantendo a dicotomia entre saúde e saúde mental.

Surge, aqui, uma nova questão: como fazer de nossos modos de vida um permanente desafio às fixações que nos tornam consumidores do já registrado, em lugar de produtores de novas formas de existência, marcadas pela amizade, solidariedade e alegria? Acreditamos que essa maneira de conduzir a vida, guiada pela recusa em prender-se somente ao plano de organização e pela busca da invenção de novas formas de circulação e potencialização da vida é que irá, de fato, permitir e sustentar a desinstitucionalização do portador de transtorno mental.

Finalmente, cabe pontuar que esse estudo não pretendeu esgotar a temática proposta, mas lançar questionamentos e desafios, além de começar a elucidar os efeitos que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde às residências dos portadores de transtorno mental têm nos processos de subjetivação e na desinstitucionalização da loucura. Sem dúvida, esse é um campo em que muito ainda se tem a conhecer.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 45-66.

AMARANTE, Paulo. Nascimento do Hospital Psiquiátrico: Sob o signo da exclusão. In: ABOUD-YD, Miriam Nadym (Org.) **Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim**. Belo Horizonte: FHEMIG, 2002, p. 39-46.

AMARANTE, Paulo. **Políticas públicas em saúde mental e movimentos populares**. Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2005. Palestra proferida no IV Congreso Internacional salud Mental y Derechos Humanos, em Buenos Aires, em 12/11/2005.

BAREMBLITT, Gregório. **Introdução à Esquizoanálise**. 2 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2003.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 2 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

BRASIL, Constituição (1988a). Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em 10 abr. 2006.

BRASIL, Constituição (1988b). Senado Federal. **Emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os incisos 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/30/2006/51.htm>> Acesso em 20 abr. 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8.142_281290.htm> Acesso em 06 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224/92, de 22 de janeiro de 1992.** Normatiza o atendimento em saúde mental na rede do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html>> Acesso em 10 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 251/GM, de 31 de janeiro de 2002.** Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar-texto.cfm?idxt=23200>> Acesso em 05 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Destina incentivo financeiro para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Disponível em <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336_2002pdf> Acesso em 15 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.** Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as Equipes de Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em 30 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.** Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivos/16_Decreto_1232.pdf> Acesso em 10 out. 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.thm> Acesso em 18 mar. 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080, de 19 de fevereiro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição Federal. Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em 06 set. 2005.

CHAUÍ, Marilena. Paixão, ação e liberdade em Espinosa. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 ago. 2000. Caderno Mais, p.07.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – CRP. **Conselho apóia a inserção do psicólogo em Programa de Saúde da Família**. Disponível em:
<<http://www.pol.org.br/noticias/materia.cfm>> Acesso em 21 abril 2006.

DELEUZE, Gilles (2006). **Curso sobre Spinoza**. Disponível em:
<<http://imagnet.fr/deleuze/TXT/ESP/170381.html>> Acesso em 02 ago. 2006.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix . 28 de novembro de 1947. Como criar para si um corpo sem órgãos. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 1996, v. 3, cap. 9, p. 9-29.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: rizoma. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, v. 1, cap. 1, p. 11-37.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. **Mental**: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC. Barbacena, v.3, n.5, p.24-40, novembro 2005.

GARCIA, Raúl. **La anarquía coronada**: la filosofía de Gilles Deleuze. Buenos Aires: Ediciones Colihue S.R.L., 1999.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C., BARROS, Maria Elizabeth B. de. (Orgs.) **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993. cap.1, p. 9-29.

NEDER, Gizlene. Ajustando o Foco das Lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvia Manoug (Org.). **Família Brasileira, a base de tudo**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000, parte I, cap. 2, p. 26-46.

NORONHA, Patrícia Ayer de **Micropolíticas da alegria na clínica coletiva da saúde mental pública** In: I CONGRESSO LATINO-AMERICANO DA PSICOLOGIA. Anais... [recurso eletrônico] São Paulo: ULAPSI, 2005, s/p --- Dados eletrônicos. (NO PRELO).

PARPINELLI, Roberta Stubs; SOUZA, Edmilson Wantuil Freitas de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722005000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2006.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.

ROLNIK, Suely. **Novas figuras do caos, mutações da subjetividade contemporânea**. Disponível em

<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/TEXTOS/SUELY/novascaos.pdf>> Acesso em 27/11/2005.

ROLNIK, Suely. O mal estar na diferença. **Psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, nº 3, p.97-103, 1995.

ROLNIK, Suely. **Uma insólita viagem à subjetividade**. Disponível em <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>> Acesso em 02 set. 2006.

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na rede de saúde mental e esquizoanálise: uma aproximação possível. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. **Família e casal**: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2005, p. 251-265.

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, v. 11 n. 2, mai/ago 2006a, p. 305-314.

ROMAGNOLI, Roberta C. Os encontros e a relação familiar: uma leitura deleuziana. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, dez. 2003. Disponível em< <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>Acesso em 02 de set. 2006b.

ROMAGNOLI, Roberta C. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional**. São Paulo, v. XVII, n. 180, p. 71-80, dez. 2004.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Nunca fomos humanos**: nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p.137-204.

SALES, Alessandro. Gilles Deleuze; breve prelúdio a uma filosofia. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n.36, p.289-298, out. 2004.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SCHÖPE, Regina. **Por uma filosofia da diferença**: Gilles Deleuze, o pensador nômade. Rio de Janeiro/São Paulo: Contraponto/EDUSP, 2004.

VAITSMAN, Jeni. **Flexíveis e plurais:** identidade, casamento e família, circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VICENTE, Cenise Monte. O Direito à Convivência Familiar e Comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). **Família Brasileira, a base de tudo**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000, parte I, cap. 3, p. 47-59.

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde

- 1) Quantos anos você tem?
- 2) Há quanto tempo você é um agente comunitário de saúde (ACS)?
- 3) Você já trabalhava na área da saúde antes de se tornar agente comunitário?
- 4) Você mora em algum bairro que é atendido pela USF em que você trabalha?
- 5) Por que você escolheu ser um ACS?
- 6) Conte um pouco do que você faz.
- 7) O que você pensa sobre o seu trabalho?
- 8) O que acontece durante as visitas?
- 9) Com relação às visitas que você faz às residências onde vivem portadores de transtorno mental que são usuários do CAPS-Cidadi:
 - Você faz essas visitas sozinho(a)?
 - Como é recebido(a) nessas residências?
 - Com quem você conversa e a quem você atende durante essas visitas? Por que?
 - Você tem contato direto com o PTM durante essas visitas?
 - O que acontece durante esses encontros?

- 10) Que efeitos você acha que essas visitas promovem nos portadores de transtorno mental e em seus familiares?
- 11) O que você pensa sobre a loucura?
- 12) O que você gostaria de acrescentar sobre o contato com os usuários do CAPS?
- 13) Há mais alguma informação ou comentário a respeito da sua prática como agente comunitário de saúde que você queira acrescentar?