

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

**PARA QUE O “PARA QUE?”?
– DA LIMITAÇÃO DO QUE É PARA A POTÊNCIA DO QUE PODE VIR A SER**

**AUTOR:
JEFFERSON MATHEUS DAHMER DE CASTRO**

**ORIENTADOR:
Prof. Dr. LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO**

JANEIRO DE 2015

JEFFERSON MATHEUS DAHMER DE CASTRO

**PARA QUE O “PARA QUE?”?
– DA LIMITAÇÃO DO QUE É PARA A POTÊNCIA DO QUE PODE VIR A SER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EDUCASAÚDE), vinculado à Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FACED/UFRGS), como requisito para a conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.
ORIENTADOR: Prof. Dr. LUIZ FERNANDO SILVA BILIBIO

JANEIRO DE 2015

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
SOBRE CERTEZAS INCERTAS E FORTES FRAQUEZAS – UM CONVITE À LEITURA.	5
SAÚDE MENTAL E CAPS – MODOS DE SE FAZER SAÚDE.....	7
UM POUCO DE HISTÓRIA.....	7
SAÚDE E A TENSÃO ENTRE MODELOS	12
OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	16
CA[U]SO-PENSAMENTO.....	19
EU BRINCAVA COM O TEMPO, MAS QUISERAM ENJAULÁ-LO: ENJAULARAM A POTÊNCIA.	19
CRIANDO-CASO(S): OLHAR PARA O QUE É POSSÍVEL	23
A QUESTÃO DO TEMPO – TENSÕES ENTRE O TESÃO E O ANTITESÃO	27
O TEMPO.....	27
CAPS, A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TEMPO E POSSÍVEIS RUPTURAS.....	28
NOTA SOBRE O TESÃO.....	34
PARA QUE O “PARA QUE?”? – POTÊNCIAS DE OUTRAS FORMAS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE	37
ÓCIO E SAÚDE – POR UM MUNDO COM MAIS TESÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

INTRODUÇÃO

O presente escrito é fruto de dois anos de reflexões intensas acerca do cuidado em saúde mental, experimentados junto à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EDUCASAÚDE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Foi do cotidiano do fazer em saúde mental que as grandes questões que são discutidas nesse trabalho emergiram: um Ca[u]so-pensamento por mim escrito dá o enredo e permite questionamentos que vão sendo abordados com base em revisões de literatura, em experiências vividas, em aforismos filosóficos, em filmes vistos e em novas perguntas, indicando um modelo metodológico que se desenha numa bricolagem. Para Nunes (2014, p. 30) “a bricolagem em termos de investigação deve ser entendida como criação”. É um tipo metodológico que permite que tantas formas metodológicas quantas forem necessárias e desejáveis entrem em cena a fim de trazer sentidos ao texto. O próprio texto ganha contornos dessa artesanaria, como uma colcha de retalhos:

Partes vão sendo produzidas e, no meio do processo são descartadas, sobrepostas, desencaixadas de modo a tentar compor algo que seja mais prazeroso ao leitor, a fim de que possa dar-lhe alguma orientação sobre o tema. (NUNES, 2014, p.35)

É com o objetivo de analisar e discutir os descompassos na questão do tempo entre o mundo do trabalho e o universo da loucura, bem como seus efeitos na produção de cuidado em saúde mental coletiva, que dou vida a tal escrito. Tomando o ócio como conceito fundamental para o trabalho em saúde mental busco questionar a estruturação do tempo nos Centros de Atenção Psicossociais, ao que chamo de *processo de oficialização dos CAPS*, a partir de uma proposição fundada na subversão da cronopolítica capitalista. Inauguro, assim, uma cronopolítica louca, na qual os acontecimentos durem o tempo suficiente para que tal momento justifique o encontro e o viver por conta do prazer que despertam e pela alegria que evocam.

SOBRE CERTEZAS INCERTAS E FORTES FRAQUEZAS – Um convite à leitura.

“*Os crentes e sua necessidade de crer.* – O quanto de fé alguém necessita para crescer, o quanto de ‘firme’, que não quer ver sacudido, pois nele se *segura* – eis uma medida de sua força (ou, falando mais claramente, de sua fraqueza). Na velha Europa de hoje, parece-me que a maioria das pessoas ainda necessita do cristianismo: por isso ele continua a ser alvo de crença. Pois assim é o homem: um artigo de fé poderia lhe ser refutado mil vezes – desde que tivesse necessidade dele, sempre voltaria a tê-lo por ‘verdadeiro’, conforme a célebre ‘prova de força’ de que fala a Bíblia. Alguns ainda precisam da metafísica; mas também a impetuosa *exigência de certeza* que hoje se espalha de modo científico-positivista por grande número de pessoas, a exigência de *querer* ter algo firme (enquanto, no calor desta exigência, a fundamentação da certeza é tratada com maior ligeireza e descuido): também isso é ainda a exigência de apoio, de suporte, em suma, o *instinto de fraqueza* que, é verdade, não cria religiões, metafísicas, convicções de todo tipo – mas as conserva. O fato é que de todos esses sistemas positivistas desprendem-se os vapores de um certo abatimento pessimista, algo de cansaço, fatalismo, decepção, temor de nova decepção – ou então raiva ostensiva, mau humor, anarquismo indignado e o que mais houver de sintomas ou mascaradas do sentimentos de fraqueza. [...] A fé sempre é mais desejada, mais urgentemente necessitada, quando falta a vontade: pois vontade é, enquanto afeto de comando, o decisivo emblema da soberania e da força. Ou seja, quanto menos sabe alguém comandar, tanto mais anseia por alguém que comande, que comande severamente – por um deus, um príncipe, uma classe, um médico, um confessor, um dogma, uma consciência partidária. De onde se concluiria, talvez, que as duas religiões mundiais, o budismo e o cristianismo, podem dever sua origem, e mais ainda a súbita propagação, a um enorme *adoecimento da vontade*. [...] Quando uma pessoa chega à convicção fundamental de que *tem de ser comandada*, torna-se ‘crente’; inversamente, pode-se imaginar um prazer e força na

autodeterminação, uma *liberdade da vontade*, em que um espírito se despede de toda crença, todo desejo de certeza, treinado que é em se equilibrar sobre tênues cordas e possibilidades e em dançar até mesmo à beira de abismos. Um tal espírito seria o *espírito livre* por excelência.” [NIETZSCHE, 2012, § 347.]

Para sambar nos abismos, longe de onde a prudência comum nos convidaria a estar, faz-se *mister* despir-se da roupagem das certezas - do como já é -, topar a brincadeira do *faz-de-conta que...* e vir ousar na criação de novos olhares sobre as coisas desse mundo. Porque sim: tentarei mexer nas coisas desse mundo. Não me preocupo com os esbravejares de “UTOPIA! UTOPIA!”. Quem bom que se pode ver além do que já é...

Permita-se comigo; invente junto; saia do lugar e ajuste novamente o foco da sua visão: liberte-se das certezas, do comum, do normal, do tradicional, e enlouqueça. O mundo é o que é; mas o que mais ele ainda pode vir-a-ser?

SAÚDE MENTAL E CAPS – MODOS DE SE FAZER SAÚDE

Um pouco de história...

Começo tal escrita pedindo perdão pela minúcia.

Escreverei a todo tempo pensando no melhor entendimento do leitor e, como de praxe, não faço ciência para cientistas: meu maior desejo está na democratização do acesso a conteúdos, informações e discussões que compreendo serem de significativa importância.

Abordar o tema saúde mental para uma sociedade recheada de preconceitos e sufocada por um moralismo exagerado é – e tenho sentido isso na escrita do presente trabalho –, tarefa para um artista: é preciso saber sambar, rebolar, virar-se do avesso para não criar inimigos. Todavia, e por isso mesmo escrevo isso aqui, acredito ser imprescindível que tal discussão seja levada ao conhecimento do maior número de pessoas, afinal vivemos inseridos na sociedade que criou os manicômios e segregou de seu seio, com motivos tendenciosamente inventados, a loucura e a pobreza, carregando junto, por conseguinte, todas as formas de diferença.

Foi lendo Michel Foucault (2012) e seus relatos acerca da História da Loucura na idade clássica, mais precisamente em seu trecho intitulado ‘A grande internação’, que comecei a entender o processo histórico de tal enredo: o imperativo social do trabalho há muito define histórias e aponta rumos de vida. Dos leprosários aos manicômios, a instituição hospitalar, que de início era muito mais uma estrutura semi-jurídica enquanto Hospital Geral, por longos anos deu destino certo a muita gente taxada como ociosa e vagabunda pelo simples fato desses não responderem à ordem social do trabalho: desordeiros, portanto, precisavam estar separados do todo homogêneo, ordenado e serializado, pois agregar a diferença dificilmente foi ou é tarefa cogitada.

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é

um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo. Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época. (FOUCAULT, 2012, p. 50)

A ideia do internamento, potencializadora da segregação social e do temor histórico que se tem acerca da figura do louco e do pobre, se associa diretamente à história econômica e ao universo do trabalho da Europa dos séculos XVII, XVIII e XIX, seguindo até os dias atuais, levemente modificada e já espalhada pelo mundo todo¹. Para além do fator econômico, porém ainda colado a ele, entram julgamentos morais e religiosos acerca da pobreza, do desemprego, do não-trabalho, da vagabundagem e da ociosidade, vinculando tais aspectos ao mundo dos vícios, do desregramento e da baixez espiritual. O imperativo social do trabalho foi e é, de maneira cada vez mais pesada, encarado como o único modo de viver dignamente. Não à toa Foucault (p. 78) coloca que

a internação é uma criação institucional própria ao século XVII. [...] na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido.

Não sei até que ponto podemos dissociar a questão da loucura e da vadiagem nesse período histórico. Contudo, a loucura tem sua entrada no espaço hospitalar em período posterior à mera oposição ao trabalho. A loucura

¹ Haja vista o fato xenofóbico contra o nordeste do país ocorrido em 2014, iniciado um dia após a reeleição da Presidente Dilma Rousseff no Brasil.

por certo tempo ainda esteve aproximada ao divino justamente pela ruptura com a linearidade lógica destes discursos.

Ao se encontrarem enclausuradas e freadas pelos muros que as separavam do todo social, a loucura e a pobreza, agora de mãos dadas, foram moralmente condenadas e passaram a ser vistas com péssimos olhos por um mundo que exaltava o vigor e a disposição para o trabalho, a riqueza material, a razão e a lógica binária de pensamento. Um modo de viver estava sendo construído como o certo, como o verdadeiro. Melhor: como o mais certo, o único certo. O mais verdadeiro – o único verdadeiro modo de viver. Apenas um! Os outros precisavam ser negados.

[...] é nesse contexto que a obrigação do trabalho assume um sentido: é simultaneamente um exercício ético e garantia moral. Vale como ascese, como punição, como signo de uma certa atitude do coração. O prisioneiro que pode e quer trabalhar será libertado não tanto pelo fato de ser novamente útil à justiça, mas porque de novo aderiu ao grande pacto ético da existência humana. (FOUCAULT, p.74)

Dada a diversidade cultural de nosso país, e aqui paro para refletir apenas sobre o Brasil, como conceber que apenas um modo de viver possa manter, sem revoltas, qualquer espécie de paz, sossego, harmonia ou seja lá o que se quiser pensar? Culturas diferentes, línguas diferentes, modos de viver diferentes. Assim, só podem conviver [viver-com] sob acordos de respeito mútuo, de troca de saberes, de reconhecimento de potências e limitações. Qualquer outra coisa é perigosa, como por exemplo o imperialismo cultural provocado em nosso mundo na atualidade.

A imposição de um projeto civilizatório sobre todos os demais automaticamente pressupõe o não diálogo, a não troca e a violência: é um estupro sócio-cultural, que existiu e existe, permitido pelo ideal capitalista tendo como ferramentas o positivismo científico e a força da lógica de consumo. A partir de então, pelas dinâmicas do poder (e do biopoder), define-se o certo e o errado; o belo e o esquizito; o céu, o inferno e *otras cositas más*; e cria-se margem, a partir de tais julgamentos, para a definição do que merece validade

nesse mundo e do que merece algum outro lugar qualquer. E para identificar aquilo que não é belo ou certo e aquilo que difere da norma, do padrão estabelecido, do que se pretende como hegemônico, ainda que tudo isso seja convencionado por uma minoria, faz-se importante a criação de novas disciplinas que possam trazer à normalidade tais desvios.

Para definir o louco precisaram de um parâmetro do que poderia ser a normalidade e de um saber que pudesse identificá-lo para posterior correção (readequação à norma). A Psiquiatria, histórica e socialmente tida como a primeira convocada para enfrentar a desviante loucura, é então criada no seio dos hospitais num processo de longos anos que culminou no que Amarante (2007) chama de medicalização do espaço hospitalar. De um lugar como o descrito anteriormente, com funções sociais específicas e já claramente segregadoras (fundadas num processo higienista), “o hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos” (p.25). Com a criação de outras instituições de assistência no período pós Revolução Francesa, o hospital abriu-se para ser o lugar médico por excelência. Ali ficaram os pobres enfermos e, dessa forma, pôde-se agrupar e isolar as pessoas, categorizá-las e setORIZÁ-las por suas patologias a fim de investigar e observar seu quadro de evolução. Dá-se possibilidade, então, com o auxílio da ciência, de se construir um arcabouço teórico sobre as doenças. Por outro lado, as ciências biomédicas, centradas no corpo físico, na matéria orgânica, ao construírem no interior do espaço do hospital suas bases fundantes para a pesquisa e intervenção, passaram também a tomar o hospital como espaço único para o tratamento/cuidado em saúde.

Com o alienismo, ciência base para o que atualmente conhecemos por psiquiatria, cria-se a noção de que “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 2007, p.29). Phillipe Pinel foi quem bradou e incentivou tal pensamento, com a intenção ligeira de poder verificar a alienação em seu estado puro. É com a intenção de instaurar o que chamamos de tratamento moral, para aparar as arestas e lapidar as gentes para o que era reconhecidamente moral e

bom, que Pinel pensa o hospital psiquiátrico. Mas o que é realmente moral e bom? Quem definiu? Pinel e seus amigos, numa mesa de bar, tomados pelos ideais de uma sociedade que pensava um modelo único de se viver?

O histórico gesto de Pinel desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2007, p.35)

A questão se modifica nas relações de poder na instituição hospitalar: o poder que antes estava debruçado sobre a violência, a prisão, o encarceramento, agora passa a vigorar numa relação de submissão e assujeitamento do paciente louco à ordem disciplinar do psiquiatra². A partir de então, o poder do médico psiquiatra passa a ser enorme no manicômio, da mesma forma como o poder do médico, de modo mais amplo e geral, se ampliou em nossa sociedade: se saúde é um aspecto fundamental de nossas vidas, como negar poder aos semideuses que tem o conhecimento para reinstaurar nossa saúde?³ Todavia, de acordo com Palombini (2005, p. 2),

Foucault vai chamar a atenção para o fato de que não há nenhum saber, nenhuma verdade estabelecida, que fundamente o exercício da sua prática. É um simulacro de saber o que se constrói como sobre-vestimento de realidade, submetendo o louco ao poder do psiquiatra. A prática psiquiátrica, portanto,

² O modelo de ciência hegemônico segue a operar com a dinâmica do poder disciplinar identificado por Foucault em várias de suas obras. Deter o saber pode se configurar, também, numa forma de poder vertical. Tal poder pode ser facilmente identificado nas ações de saúde nos diversos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, ao propor processos de cuidado usuário-centrados, visa entre outras coisas romper ou dissolver tais estratégias do poder disciplinar.

³ Saúde é um termo complexo e a discussão mais ampliada ainda virá no corpo deste trabalho. Cabe ressaltar aqui que meu entendimento de saúde não concorda com a frase-questionamento que fiz ironicamente neste trecho.

legitima-se somente de sua eficácia em produzir a disciplina esperada, em domar a força desmedida da vontade do louco.

A psiquiatria, portanto, parece começar sua lida com a loucura numa dinâmica de experimentação, tentativa e erro, aventura de invenção. Não há nada de péssimo nisso, visto que a experimentação permitiu todo primeiro passo para os avanços da humanidade. Contudo, é mister reivindicar que possamos também pensar que outras formas de fazer clínica e cuidado possam estar também autorizadas à experimentação e à aventura criativa, sem a necessidade de comprovação prévia – e ainda assim cumprindo com os procedimentos éticos que possam estar envolvidos em tal processo. É com base nisso que me permiti inventar um sem-número de possibilidades de se fazer clínica, abusando da potência das vidas que se colocavam em relação nos momentos de trabalho. É de um bom bocado de invenção de que trata esse texto.

Trazendo o papo para os dias de hoje, é imprescindível apontar que existe um tensionamento constante em jogo, uma disputa de modelos políticos-ideológicos de se fazer saúde. Tentarei ser breve, mas de pronto afirmo que este trabalho não tem por objetivo destrinchar o conceito de saúde e tampouco de abordar a ampla discussão e embate de modelos existente acerca de tal temática.

Saúde e a tensão entre modelos

Se formos caminhar pelas ruas das cidades perguntando o que é saúde, é possível que encontremos um enorme número de respostas e apontando aspectos dos mais diversos da vida humana: qualidade de vida, não ficar doente, viver com alegria, felicidade, paz de espírito, ter dinheiro, etc. É improvável que consigamos algum dia listar todos os elementos que podem ir sendo listados quando o questionamento se dirige ao entendimento de cada um sobre saúde. Por que isso acontece, afinal?

Em seu texto *O que é Saúde? O que é doença?*, Ricardo Ceccim (2012) aborda rapidamente o processo histórico de construção/constituição das ideias

sobre saúde e doença, apontando para a existência de três grandes perspectivas paradigmáticas – a saber: Medicalização, Atenção Primária em Saúde e Defesa da Vida. É interessante notar que ele inicia o texto apontando para a evolução do conceito de doença, desde a descoberta dos micro-organismos – apresentando a ideia de contágio e contaminação –, até o momento em que a medicina se apropria da doença como seu objeto científico, tendo a cura e a erradicação da doença o seu ofício maior. Historicamente, portanto, usamos a doença para definir saúde e esta como sendo um estado em que o corpo biológico não apresenta-se acometido ou contaminado por uma doença. Dessa forma, reduzindo-se a doença à invasão de um agente patógeno no corpo biológico, prevenir a doença significava controlar os modos pelos quais tais agentes acessavam o corpo: controlando-se o acesso, erradica-se a instalação da doença. Simples, não?

Não. E não mesmo! Controlar acesso de agente patógeno passou a ser encarado como controlar modos de viver. Em consonância com o já posto, Ceccim afirma que “os valores morais, intitulados de higiene social, serviram para localizar como doença tudo aquilo que escapava aos padrões sociais que se pretendia impor à população” (2012, p. 29). Retomando o que aconteceu com a pobreza, com a vagabundagem, com a loucura e ligando os pontos dessa história, podemos avançar. “Aos poucos, os próprios comportamentos dos homens foram sendo abordados como doença pela medicina”(idem). Em suma, todo aquele que diferia do padrão passou a ser visto como doente, de alguma forma. Com o que Foucault identificou como *regulação médica da sociedade*, uma conceituação mais ligeira e ainda hoje hegemônica de saúde passou a ser a de mera prevenção/tratamento de doenças. Corroborando com tudo isso, Gutierrez (?, p.1) ainda afirma que

Esse ideal de ausência de doenças aponta para um projeto de vida humana totalmente controlada, sem infortúnios e enfermidades, que além de ilusório é perverso, pois abre espaço para poderosos interesses mercantis que pretendem vender para cada mal estar um medicamento. Pensar a saúde como ausência de doenças (dolentia, dor) nos tem levado a promover a medicalização da vida.

Saúde, então, merece ser encarada como um processo complexo e bem mais amplo que a mera exclusão da doença da dinâmica do viver. Teóricos como Nietzsche e Canguilhem, entre outros tantos, rompem fortemente com essa visão de saúde centrada no desvio a um padrão e dão a ideia de um deslocamento importantíssimo a ser pensado no tema: a doença como mais uma dimensão e expressão da vida. Permito-me transcrever um trecho de Nietzsche e sua obra *A Gaia Ciência*, onde ele chega a refletir a covardia pretensiosa de se querer viver sem qualquer evento de doença:

A saúde da alma. – A apreciada fórmula de medicina moral (cujo autor é Ariston de Quios), “A virtude é a saúde da alma” – deveria ser modificada, para se tornar utilizável, ao menos assim: “A sua virtude é a saúde da sua alma”. Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende do seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para o seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. E apenas então chegaria o tempo de refletir sobre saúde e doença da alma, e de situar a característica virtude de cada um na saúde desta: que numa pessoa, é verdade, poderia parecer o contrário da saúde de uma outra. Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos prescindir da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento e autoconhecimento não necessitaria tanto da alma doente quanto da alma sadia; em suma, se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia e talvez um quê de refinado barbarismo e retrocesso(2012, p.134).

Compreender que a vida contém um processo saúde-adoecimento é, portanto, fundamental aqui. Para além disso, deslocar a centralidade da questão da doença sobre o corpo biológico compreendendo que outros fatores da vida

humana, não fisiológicos, podem desencadear processos de adoecimento significa reconhecer que diversas dimensões da existência se inter-relacionam: assim, problemas sociais, dificuldades na família, condições de vida, alimentação, moradia, trabalho, a própria subjetividade e outros temas passam a ser encarados como questões que incidem sobre a saúde de cada um e dos coletivos, de modo mais amplo. Com isso, Ceccim nos alerta que “o ponto de vista da saúde como defesa da vida coloca em questão uma atenção de saúde em que não se pode tomar as doenças como objeto da prática sanitária se não as olharmos, também, como expressão particular da construção da vida[...]” (2012, p. 37).

A disputa, a tensão e o jogo que se coloca nas questões de saúde estão configuradas, portanto, nesse embate entre perspectivas de saúde que visam controlar e normatizar as vidas de indivíduos e coletivos, ainda que sob discursos de proteção, prevenção e tratamento – e inclusive defesa da vida⁴! – (perspectiva medicalizadora de saúde); ou garantir a afirmação da vida, sem rumar a uma normalidade e tomando como fio condutor para avaliação da qualidade do viver justamente o andar da vida de cada um, encarando a doença como um fenômeno da vida que possibilita modificar nossa forma de ver, sentir e experimentar a vida (perspectiva de defesa da vida). Em resumo, é a luta entre uma saúde configurada sob um saber totalizante, que ditará o que é melhor ou pior para toda e qualquer pessoa, e outra disposta e aberta à escuta das experiências da vida e dos desejos que mobilizam ainda mais potências de vida, para o que Ceccim afirma:

Saúde é aquele estado capaz de potencializar nossa capacidade humana (orgânica, intelectual e afetiva) de estabelecer uma vida social de acordo com nossa necessidade de uma existência alegre e geradora permanente de transformações individuais e coletivas. (2012, p.37)

⁴ Sobre tal temática sugiro a Tese de Doutorado de Luiz Fernando da Silva Bilíbio.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

As tensões nos modos de se conceber saúde evidenciadas no trecho anterior obviamente adentram as portas dos CAPS desde sua concepção. É com Franco Basaglia, na Itália dos anos 60/70, que os movimentos mais sólidos de Reforma Psiquiátrica, com conseqüente desmanche da estrutura manicomial, têm início. A partir de uma vertente chamada de Psiquiatria Democrática, que de pronto aponta para uma possível Psiquiatria não-democrática e dotada de poder de controle, Basaglia, passa a combater a psiquiatria enquanto ideologia com a intenção de romper com estrutura manicomial

Entendida não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (AMARANTE, 2007, p.56)

Quando em Trieste se inicia o fechamento de pavilhões de internação e vão sendo criados serviços de base territorial focados na reinserção social dos ex-internos, no cuidado continuado das pessoas em sofrimento psíquico, na reabilitação para o trabalho por meio de associações e cooperativas, dá-se imenso salto para um efetivo processo de desinstitucionalização, principalmente no que se refere à superação do paradigma racionalista problema-solução, hegemônico até então.

Inspirados na experiência italiana, pensadores do Brasil passam a refletir sobre as mesmas questões e dão início, pouco a pouco, à reforma psiquiátrica brasileira, que se solidifica na forma de lei com a promulgação, em 6 de abril de 2001, da lei nº 10216. Já nos anos 90, entretanto, cidades como Porto Alegre e São Lourenço do Sul, em nosso Estado, já debatiam leis nesse sentido e ousavam na estruturação de serviços de base territorial para dar conta de usuários em sofrimento psíquico. Algumas portarias ministeriais, como a 189/91 e 224/92 instituíram junto ao SUS hospitais-dia, oficinas terapêuticas e os CAPS, sendo posteriormente regulamentados pelas portarias 336/2 e 189/2.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos da rede de saúde previstos pelo SUS para atender às demandas relacionadas à Saúde Mental dos cidadãos brasileiros por meio da lógica de atendimento a um dado território. Possuem equipes multiprofissionais que trabalham sob uma lógica interdisciplinar e funcionam por pelo menos 5 dias da semana, geralmente das 8h às 18h, dependendo do seu tipo⁵: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPSi e CAPSad. Atualmente, os CAPS são reconhecidos como um dos dispositivos centrais e fundamentais para o processo de desinstitucionalização que se pretende em nosso país, que prevê a reinserção social dos usuários com transtornos mentais para além da mera desospitalização.

O CAPS evidenciado no Ca[u]so-pensamento é do tipo II e como todo serviço dessa configuração cumpre com a função de atender às pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes nos modelos de cuidado pré-determinados pelas portarias que o regem: *cuidado intensivo*, *semi-intensivo* e *não-intensivo*. Isso, entretanto, não define práticas de cuidado, fato que permite um número incontável de possibilidades interventivas.

As disputas de lógicas de saúde abordadas anteriormente entram, aqui, com força total: essas disputas constituem o cotidiano dos CAPS e configuram, com extrema sutileza, os modos de fazer e as intervenções que merecem ou não ser feitas para o cuidado. A reforma psiquiátrica, de forma mais ampla, já aponta para um deslocamento abrupto que poderíamos chamar de uma transição paradigmática nos modos de se conceber a questão do cuidado em saúde mental, como nos afirma Costa-Rosa (2000 *apud* YASUI, 2010), que elenca 4 eixos principais de mudanças de concepções quanto: aos objetos de intervenção e os meios de trabalho; às formas da organização institucional; à forma de relacionamento com a clientela; e aos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. As mudanças provocadas por novos jeitos de pensar e conceber cada um desses eixos são o que configuram um *modo psicossocial* para esse autor, como contraponto ao *modo asilar*.

⁵ De acordo com a portaria 336/2, os CAPS III têm funcionamento 24h e atendem, também, nos feriados e finais de semana.

Esse entendimento, contudo, não define que as práticas dos profissionais de CAPS sejam necessariamente práticas de saúde que se pretendam libertadoras ou emancipatórias, como aquelas mais próximas à concepção de *defesa da vida*. Dado que o fazer em saúde é um fazer sempre complexo, não é tarefa simples arcar sempre com a proposta de *afirmação das vidas* dos sujeitos diante de um coletivo profissional que nem sempre concorda ou aceita alguns modos de viver. Como lidar, por exemplo, com questões como *cigarro não é saúde!*, *esporte é saúde!*, *drogas nem pensar!* ? Sob um olhar hegemônico, essas são verdades inquestionáveis e validadas por uma parte da ciência na área da saúde.

De acordo com Costa-Rosa (2000 *apud* YASUI, 2010), a transição paradigmática que embasa a reforma psiquiátrica e a proposta dos CAPS dá margem, em seus eixos de mudança no *relacionamento com a clientela* e mudança nos *efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos*, para pensarmos estratégias de cuidado que estejam ancoradas na relação mais horizontal possível entre profissionais e usuários, constituindo espaços de interlocução nos quais a instituição torne-se importante por ser ponto de fala e escuta da população necessitada, bem como focaliza a essência terapêutica da atividade na possibilidade de reposicionamento subjetivo.

Os CAPS, entretanto, para serem efetivamente espaços de cuidado que pendam para a lógica de *defesa ou afirmação da vida* (ou para quaisquer outras lógicas de cuidado em saúde), são extremamente dependentes das concepções de saúde das quais se valem seus profissionais, bem como dos tensionamentos gerados a partir do trabalho multiprofissional, do território ao qual responde, dos usuários que são atendidos, etc., sendo espaços muito dinâmicos no que tange às questões do cuidado.

O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. (YASUI, 2010, p. 115)

CA[U]SO-PENSAMENTO⁶

Eu brincava com o tempo, mas quiseram enjaulá-lo: enjaularam a potência.

Aventurando-me pela Saúde Mental e atuando em um CAPS da cidade de Porto Alegre, identifico alguns elementos que muito me incomodam: um espaço repleto de gentes, mas com uma portinhola pequena que divide as gentes. De um lado da portinhola ficam gentes comuns, às vezes maltrapilhos, às vezes bem ajeitados, às vezes cansados e às vezes cheios de gás. *Para lá* da mesma portinhola ficam gentes importantes: usam brincos bonitos, comem bem, GlutenFree, bolsas caras, roupas finas (todos os dias parecia um desfile de moda). A expressão *para lá* não está ali à toa.

Algumas gentes desse universo dividido percebem o abismo que se cria na tal portinhola, que possui uma campainha dessas de boteco. Basta bater sobre ela e um *PIIIIIIM*, chato para os de lá da porta e sempre escutado com uma revirada de olhos, ecoa no ar. Para evitar o som, a porta da sala principal *dos de lá da portinhola* vive fechada, sendo aberta quase que unicamente pela secretária, a profissional responsável por atender os *PIMs*.

Eu sou um desses que sempre adorou precipícios, mas não quando servem para criar uma impossibilidade de contato. Não uso muito os caminhos convencionais e, se der para ir achando com segurança alguns galhos e superfícies onde pisar, vou descendo pela beira da parede para conhecer o que existe lá embaixo. No caso desse CAPS e desse precipício, me joguei (não sem dor!).

⁶ A partir deste ponto o Ca[u]so-Pensamento passa a ser denominado no texto apenas como ca[u]so.

Percebendo uma equipe de profissionais que ora está trancada na *sala principal dos de lá da portinhola* e ora está em atendimento, ousei trocar de lado e vivenciar as gentes comuns, antes mesmo de precisar escutar os *PIMs* e preferindo escutar meu nome:

- “Jefferson? Vamos jogar Xadrez?”
- “Vamos fazer um som?”
- “Quero conversar contigo algo sério... Posso?”
- “Tu tens namorada? Por que tu trabalhas no CAPS?”
- “Vem aqui conversar com a gente?”

Não é simples ser um e estar em meio a muitas gentes. Ser um? Um? Um o que? Profissional? Ali no meio eu não sabia o que eu era. Eu tenho uma graduação, quase duas, faço uma residência multiprofissional... mas ali eu era gente[s]. Estava, como todas as outras gentes, como gente[s]. Despia-me, a todo instante, das insígnias de profissional que me deslocavam daquelas gentes comuns e isso era tarefa difícil. Não só para mim, mas para nós...

Viver no meio das gentes comuns não era simples, mas era muito divertido. Aprendia bastante sobre cada uma daquelas gentes, trocávamos experiências e histórias, brincávamos e ríamos juntos. Olhar para o relógio era um desprazer, dado que nosso tempo ali parecia querer ser infinito.

Certa quarta-feira pela manhã, numa rodinha de violão, surge uma voz faceira:

- “Jefferson? Tem bola no CAPS? Vamos todos jogar bola na Redenção?”, disse um dos cantadores da rodinha.

- “Bááá. Legal. Lá em cima tinha uma bola! Eu também quero jogar...”, disse outro, afinado com a música e com a proposta.

- “Não sei se tem bola, mas se não tiver fazemos uma. Papel e fita adesiva nos ajudariam, né?” - respondi.

Pronto. Olhamo-nos entre si. Uns 5 ou 6 desejavam ir até à Redenção brincar de bola, apenas duas pessoas optaram por ficar no CAPS assistindo TV. Brincar. De bola. De bola ou do que mais pudesse vir à cabeça. Brincar era a questão mais forte ali, assim como estávamos brincando de música havia alguns minutos. Não era o fato de eu ser professor de Educação Física que definia nada. O esporte e a brincadeira vinham por desejo deles. Saímos...

Suados, voltamos todos. Já eram quase 10h30min e eu teria uma Oficina de Cantoria nesse horário. Ah, a grade de horários me fazendo perder alguns gols e muitas risadas.

- “Bááá. Foi a melhor oficina que já fiz no CAPS. Muito legal...”

- “Que bom que curtiu, mas... Não era oficina! Apenas saímos.” – fiz o alerta.

- “Aham! Mesmo assim foi muito tri. Fazia muito tempo que eu não jogava bola. Semana que vem tem de novo?”

- “Podemos ver quando chegar a semana que vem. Mas e por que não amanhã de novo? Peguem a bola e venham.” – respondi.

- “*Aham!*” – foi a resposta dele, sabendo que talvez fosse difícil.

A semana que vem chegou e, novamente, a proposta ressurgiu durante uma conversa. Jogamos a nossa bolinha e retornamos ao CAPS, suados e embriagados de alegria. Jogamos junto com alguns moradores de rua que estavam por ali e que também quiseram se embriagar dessa delícia da vida. Semana após semana, por um tempo infelizmente curto de 4 semanas e com algumas falhas de algumas semanas em que havia chovido bastante na terça-feira ou nas quais a disposição para a brincadeira não era tanta, aconteceram os joguinhos com bola na Redenção⁷. A Redenção que para mim só servia, até então, para correr, ler e tomar chimarrão.

⁷ Redenção é o nome pelo qual é conhecido o Parque Farroupilha, que fica localizado próximo ao centro de Porto Alegre.

Certo dia entro no CAPS e sou chamado por uma colega:

- “Jefferson? Podemos conversar?” – pergunta ela.

- “Mas claro! O que manda?”

- *“Por que tu não crias a oficina do futebol nas quartas de manhã?”* – ela cheia de alegria e um sorriso largo no rosto, como quem descobre dinheiro na jaqueta que estava guardada há anos.

- “Para que precisamos criar uma oficina se está indo tudo super bem assim?” – perguntei realmente curioso.

- “Tendo a oficina a gente pode indicá-la para outros pacientes do CAPS...”

- “Mas pode mandar vir nas quartas pela manhã. Quando tiver futebol, joga-se futebol!” – respondi um pouco desconfiado.

- “Mas assim fica solto. E se eles vêm para o futebol e tem outra coisa? Não é terapêutico!” – agora ela estava com cara de ponto de interrogação.

- “Isso também é potente. Nem sempre todo mundo está afim de jogar futebol. Às vezes ficamos tocando violão e cantando...” – argumentei.

E a Redenção voltou a ser um lugar para correr, ler e tomar chimarrão. Por meu medo de não ser terapêutico.

CRIANDO-CASO(S): OLHAR PARA O QUE É POSSÍVEL

Partir de uma vivência que aconteceu comigo e ter de destrinchá-la em elementos possíveis de serem analisados à luz de referenciais da saúde mental coletiva, como me dispus nessa tarefa que aqui escrevo, não é simples. Estou, com isso, (re)significando um momento que foi bastante conturbado nas minhas andanças pela Residência e justamente por isso, pelos atravessamentos que incidiram diretamente sobre meu corpo, torna-se imprescindível uma criteriosa análise que precede a escrita.

São possíveis entradas por múltiplas passagens do ca[u]so com a intenção de discutir os mais variados elementos que perpassam o fazer em saúde mental coletiva: análise e questionamentos sobre os processos de trabalho instaurados/pensados pela equipe que trabalha naquele espaço; a forma como aquela equipe ocupa o espaço; a distância que parece existir na composição necessária entre residente e equipe de trabalho; entre outros. Contudo, decidi ousar e olhar para alguns outros elementos que também podem ser sacados da história, analisando outras possíveis formas de se dispor ao *mesmo* trabalho e contemplando algumas outras discussões que me mobilizam (e me imobilizam em alguns aspectos!) no meu fazer e nas minhas reflexões profissionais.

Antes que soe tudo muito estranho, preciso deixar claro que vivo neste mundo. Compreendo que os dias possuem 24 horas, que todos temos um sem-número de tarefas a cumprir, que quando nasci as gentes já haviam convencionado uma série de regras e que, no meu nascimento, eu estava assinando às cegas tais contratos. Fizeram um mundo, ao jeito deles, e só então eu cheguei. É a partir daqui que quero andar, de pronto já explicitando que o que temos em nosso mundo é convenção social e, portanto, passível de transformações ou (re)significações.

“Tempo é dinheiro!” ouve-se, lê-se, fala-se a todo instante, em uma sociedade pautada pela lógica de consumo e regida pela dinâmica do capital. Esquecemos, pois nos fizeram propositalmente esquecer, que já existiu um mundo sem dinheiro, com permutas, trocas, com economia de subsistência, etc,

e no qual as gentes ainda tinham o direito de viver sem a necessidade de ser escravos do que Marx e Lafargue chamam trabalho alienado. Difícil de entender essa grossa cortina de fumaça que nos impede de sequer pensarmos noutras possíveis formas de vida para além do capital, principalmente num mundo onde o trabalho já foi coisa para escravos e o ócio era a atividade mais nobre. E fomos do ócio à valorização extrema de sua completa negação: neg/ócio. Onde tudo se inverteu?

Nesse nosso mundo de trabalho que funciona, grosso modo, das 8h às 18h e no qual não ter tempo é motivo de orgulho – porém não sem reclamação!–, quase sempre associado a sucesso profissional, a reflexão crítica sobre o fazer profissional acaba por ficar muitas vezes sufocada em meio ao volume de informações e à velocidade dos acontecimentos: produção, produção, produção! O que deveria ser apenas mais um aspecto da vida engole-a por inteira. E a alegria é suprimida, condenada. O riso já se torna tímido... e a vida, que já deixa de ter vida, torna-se mera sobrevida.

Minha ideia, ousada e um tanto grande para um Trabalho de Conclusão de Residência, é analisar onde se encaixam essas discussões acerca da sociedade do trabalho (alienado/alienante) e do trabalho em saúde mental, aproveitando alguns elementos que o Ca[u]so nos permite olhar. Que elementos seriam esses?

Num primeiro momento podemos olhar para a instituição CAPS, seus trabalhadores, seus usuários, suas dinâmicas de existir, as formas de se trabalhar, o distanciamento de realidades entre profissionais e usuários e o distanciamento que esse abismo entre realidades provoca também entre as pessoas. Mas para não ficarmos no já corrente discurso sobre a importância da aproximação entre profissionais e usuários para potencializarmos os atos de cuidado em saúde mental, ousei olhar para uma estruturação silenciosa que acaba por permitir que isso aconteça apenas em alguns momentos pré-definidos e com tempos e espaços limitados: o quadro de horários que aponta quem faz o que, a que horas, onde e em que dia da semana. É claro que aqui estou apontando para uma realidade vivenciada (apoiado pelo Ca[u]so), mas acredito que tal discussão seja importante para a saúde mental de uma forma bastante

geral. De toda forma, não tenho por intenção condenar o estabelecimento de horários para que as coisas aconteçam; acredito, apenas, que precisamos dar uma atenção maior para a questão do tempo nos CAPS, sua força estruturante sobre os fazeres, seu poder de institucionalização e, por conseguinte, sua capacidade tolhedora de potências no encontro. Ao que parece, em alguns espaços penso estarmos experimentando um processo de *oficialização dos CAPS*, processo pelo qual o fazer em saúde mental parece só ter validade se tiver os contornos de uma Oficina Terapêutica⁸. O ca[u]so torna explícita a vontade quase incontrolável, como tendência hegemônica, da captura do movimento instituinte (*brincar de bola*) para que se torne um espaço instituído (oficina).

Num segundo movimento, que se desdobra a partir desse primeiro, podemos nos questionar a que lógica de produção de saúde corresponde essa aparente *formalidade* do espaço da Oficina Terapêutica. Que segurança é essa que permite a alguém afirmar que um ato “*solto[...] Não é terapêutico*”? O que seria ao certo *terapêutico*? Haveria algo *terapêutico em si*? Tenho lá minhas dúvidas, mas sou apenas um criador de casos que causa sempre que indaga. Tendo a crer que o espaço das Oficinas parece dar, por ter um objetivo prévio ou uma finalidade, uma certa segurança que está ancorada sob uma lógica utilitária dos atos de saúde: *faz-se isso para obter-se* aquilo. Tarefismo com destino, mas que não garante sentido. Não à toa aparece no discurso de minha colega, no Ca[u]so, a frase “Tendo a oficina a gente pode indicá-la para outros pacientes do CAPS” seguida de “Mas assim fica solto. E se eles vêm para o futebol e tem outra coisa?”. Para que, afinal, estamos nos CAPS? Controlar vidas em espaços que já possuem objetivos e finalidades pré-concebidos ou produzir saúde a partir da produção e afirmação de vidas em relações com seus desejos, inclusive de criação de novos (ou sempre novos!) espaços em se possam dar os atos de cuidado?

Como uma terceira possibilidade de análise, que também salta a partir das tensões e dos questionamentos realizados para que emergissem os dois outros pontos, surge a possibilidade de discussão do elemento ócio em sua interface

⁸ A partir daqui permito-me utilizar o termo *oficina(s)* para designar Oficina Terapêutica.

com saúde. Espaços de [com]viver – singulares ou coletivos – que podem ser criados, recriados, inventados, reinventados quantas vezes forem necessárias ou desejadas, para que a vida aconteça da forma mais bela, mais prazerosa e mais leve possível. Para tanto, defendo a posição que acabei tomando, por inclinação pessoal/profissional, ao me manter firme na posição de preservar que o desejo do coletivo desse a forma para o espaço que poderia ser sempre novamente criado a partir dos nossos encontros. Considero que essa liberdade para a criação coletiva do momento seguinte possa ser encarada como uma experiência de ócio na medida em que as pessoas se envolvem por livre desejo, pelo tempo que consideram necessário ou bom e da forma como considerarem importante sua participação, ainda que apenas assistindo e estando junto.

Para realizar tais discussões, portanto, sigo tal trabalho dividindo-o em outros três pequenos textos – a saber:

- A questão do tempo – tensões entre o tesão e o antitesão;
- Para que o “para que?”? – potências de outras formas de intervenção em saúde; e
- Ócio e Saúde – por um mundo com mais tesão.

A QUESTÃO DO TEMPO – TENSÕES ENTRE O TESÃO E O ANTITESÃO

O Tempo

Definido por Manuela Uribe como “*se deixar levar*”, faz-me um sentido enorme. Fruição de vida, vivência, experimentação, existência. Aquele ar de aventura, que não encontra vontade de parar ou deixar de existir. Está em consonância com o que diz Alejandro Suárez: “*O tempo é a vida!*”. Vida é compreendida como “*o que se toma e se perde a cada dia na terra*” por Lina María.

Mas debrucemo-nos sobre o tempo. Alguns costumam mensurá-lo – e que hábito desagradável! Enclausurá-lo sob a ordem dos números – e até sessenta, apenas! –, é matá-lo. Se essa coisa servia para facilitar, que utilizassem o número cem, pois facilitaria tudo.

Quanto é um minuto? A resposta vem de pronto: “*sessenta segundos!*”.

Acredito pouquíssimo ou quase nada nessa fragmentação do tempo: dias/meses/anos e ciclos de horas/minutos/segundos, elementos que nos permitem – apenas – organizar a agenda entre escritório, idas ao banco, estudos, horário comercial (e o horário em que o mundo não funciona!), etc. De tal hora a tal hora faço X, depois Y, afazeres domésticos, cama e um sono reparador. Tempo, assim, não é vida: é matemática para se fazer coisas! Quantas coisas de tantos minutos eu consigo fazer em tal espaço de horas? Engavetamento de tarefas. A vida? Fica para depois (se sobrarem horas! Se sobrarmos!)...

Não vim brigar com o mundo e nem sequer afirmar o erro da humanidade em ter criado o relógio ou o calendário. Vim apenas reafirmar a potência dos encontros que nos permitem transbordar a existência de um tempo contado, cronometrado e passível de qualquer geometria que o arredonde ou enquadre nos espaços vazios das agendas. Coisa boa aquele momento de *fuga da realidade* que durou bons momentos de conversa e risadas gostosas; aquele

bate-papo inesperado, que durou alguns sorrisos de alegria sincera pelas conquistas de quem tu não vias há algum tempo; aquela cervejinha reparadora com os amigos, após um dia de longo trabalho, que durou incontáveis gargalhadas. Coisa boa essa coisa do tempo descompromissado, do tempo leve, do tempo-existência, do tempo fruído, do tempo com tempo, mas sem hora.

Por dias com mais vida e menos horas marcadas, propostos por mim e baseados nos conceitos de tempo e vida de pensadores como Manuela Uribe, Alejandro Suárez e Lina María⁹, cada qual com 7, 6 e 10 anos de idade, respectivamente... porque, como afirmou Rubem Alves: “*A vida não se justifica pela utilidade. Ela se justifica pelo prazer e pela alegria*”.

CAPS, a institucionalização do tempo e possíveis rupturas

Caso o fim dos manicômios represente uma estratégia de homogeneização do social, num regime que funciona não mais por exclusão e reclusão, mas por inclusão, e não mais por manipulação prioritária do espaço, porém do tempo, o que pode representar hoje uma política de resistência, tanto no campo da saúde mental como fora dele? Não basta, evidentemente, trocar uma instituição fechada por uma semiaberta, com o que estaríamos vivendo um logro, driblados por um poder mais manhoso do que supõe nossa vã politologia. (PELBART, 1993, p. 38)

Impressiona-me a lucidez no questionamento de Pelbart. A problematização, entretanto, parte de uma análise e contraponto de Virilio sobre o pensamento de Michel Foucault, que sempre abordou a ideia de controle dos corpos pela configuração do espaço (de reclusão, etc.). Virilio, por sua vez,

9 Manuela Uribe, Alejandro Suárez e Lina María são algumas das crianças-escritoras eleitas por Javier Naranjo em uma seleção para a construção do livro *Casa das Estrelas – O universo contado pelas crianças* (2013). Naranjo guardou por 3 anos as definições que crianças davam às palavras e as reuniu na obra mencionada.

desvia seu olhar para a lógica de estruturação de tempos que também possibilitam controle.

Se passarmos novamente os olhos por sobre o Ca[u]so que dispara os problemas para refletirmos nesse trabalho veremos uma tentativa clara e forte de captura de possibilidades de exploração/uso do tempo, talvez não por má-intencionalidade, mas por mero costume ou hábito de seguir fazendo tudo como sempre se fez numa quase naturalização dos processos de trabalho. Como se ousa pensar em outra temporalidade? Como pensar no tempo sem o agendamento prévio de ações? Como saber o que será feito sem que se tenha definido, a priori, por quantos minutos tal acontecimento durará?

Compreendo que os profissionais dos CAPS (e não apenas!) vivem imersos numa relação de trabalho na qual, inclusive, o seu fazer é pago a partir de uma contagem cronometrada de tempo de trabalho por semana. Daí já parte uma boa dose de toda a problemática da estruturação do tempo em nossa sociedade: 20 horas por semana (para alguns), é o tempo a ser *doado* ao trabalho junto ao CAPS. Como se pensar numa organização desse tempo de modo que seja possível atender ou dar atenção aos usuários ou atividades que seu fazer exige? A agenda acaba sendo a ferramenta mais prontamente utilizada para resolver a situação, numa dinâmica de engavetamento sequencial de afazeres com quantidade de minutos pré-definidos – em muito independente da necessidade de cada usuário.

A lógica de agendar atividades e criar quadros de horários fechados para cada uma das tarefas, como dinâmica organizativa do trabalho num CAPS, é um fato. Se considerarmos que o fazer em saúde mental é extremamente dependente do *encontro* e se produz com maior valor *em ato*, como nos afirma Mehry (2002), esse processo de engavetamento sequencial de atividades/afazeres não atrapalharia a produção do cuidado na medida em que pode esbarrar na falta de tempo? Como descrito no Ca[u]so, eu jogava bola na Redenção, tinha um espaço super potente criado coletivamente e a partir de encontros com outros corpos, mas fui tomado de assalto pelo alarme do meu relógio que me apontava a necessidade de retorno ao CAPS para uma outra tarefa. Lá se ia a alegria que poderia durar mais e mais, tudo em detrimento de

uma lógica instaurada há anos e que responde puramente a um processo que tenho chamado de *oficinalização dos CAPS*.

A ideia de *oficinalização do CAPS* me ocorreu logo após o acontecimento que descrevi no Ca[u]so e me acompanhou durante o percurso da residência em saúde mental coletiva como questionamento sempre vinculado à estruturação do tempo nos serviços: o que nos leva a encerrar o fazer ou o cuidado em saúde mental em oficinas terapêuticas? Por que pensar que o cuidado no espaço da oficina é melhor ou mais eficaz que o cuidado praticado no território, na rua ou em andanças peripatéticas como nos sugeriu uma vez Lancetti(2012)? Sempre me questioneei, ainda, por que perpassa por alguns profissionais a ideia de que usuários que não estão vinculados a nenhuma oficina terapêutica não são cuidados. Essa insegurança, ao que tudo indica, foi o que levou minha colega a me falar, no fim Ca[u]so: “Tendo a oficina a gente pode indicá-la para outros pacientes do CAPS” seguido de um “Mas assim fica solto. E se eles vêm para o futebol e tem outra coisa? Não é terapêutico!” ao tentar desconsiderar minha recusa.

Retomando a questão de agendamentos, faço questão de mencionar que, para mim, eles acabam por sustentar uma lógica bastante complicada no serviço: o espaço de convivência, turno após turno, tinha um profissional responsável. Até aqui nenhum grande problema... creio. Contudo, na medida em que um profissional a cada turno é destacado para o espaço de convivência dos usuários, dá-se margem para que os demais não se sintam convocados a conviver com os usuários nos turnos em que não estão nomeados para tal espaço, permitindo que fiquem convivendo apenas entre si, num espaço reservado e exclusivo do CAPS, afinal *ainda não chegou a sua hora de conviver com os usuários*. É por tal motivo que aponto que *ousei trocar de lado*: vivenciar mais o cotidiano dos usuários do serviço, uma vez que suas vidas, seus laços, seus modos de pensar e agir precisavam ser de meu conhecimento para poder propor quaisquer intervenções que pudessem vir à cabeça. Se nosso cotidiano está em lidar com vidas, o que mais interessante do que conviver com tais vidas, aproximar-se delas e escutá-las a todo instante possível?

Despia-me, diariamente, das insígnias profissionais que me deslocavam do que era comum entre aqueles usuários, a fim de me aproximar de fato daquelas pessoas, independentemente de ser ou não meu turno de *estar em convivência*. Conviver com hora marcada me soa muito estranho.

É certo que não é simples a solução para tais impasses com relação à questão do tempo, principalmente numa sociedade estruturada sobre relógios. Refletir, entretanto, sobre tal questão é criar possibilidades de extrapolação do normal, do hegemônico, do comum.

O mundo da loucura lembra às vezes, por sua precariedade, essa versão de um Génesis sempre inconcluso. Os loucos, na sua fragilidade e inconsistência, com sua origem turva e nebulosa, num processo constante de reconstrução a partir dos destroços anteriores, também precisam, para sustentar-se, de muita engenhosidade, acaso e amiúde uma boa torcida desejante. Não a torcida vinda da voz cavernosa de um Deus mandão, mas aquela que nós podemos oferecer a partir dos dispositivos os mais diversos que conseguimos colocar à sua disposição para favorecer-lhes essa consistência e sobrevivência, ainda que incertas. Trata-se dos dispositivos institucionais, jurídicos, sociais, clínicos, expressivos, de escuta, até mesmo os medicamentosos, passando todos eles pelas modalidades mais diversificadas de encontro.[...] Para tanto, uma coisa aí é primordial, tal como nesta versão do Génesis, sem o que nada seria possível: Tempo. É preciso dar tempo a essa gestação com que se confronta a loucura, a essas tentativas, a essa construção e reconstrução, a esses fracassos, a esses acasos. Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o do campanário, muito menos o do computador. Um tempo sem medida, amplo, generoso. (PELBART, 1993, p. 32)

Sem refletirmos sobre a questão do tempo, como avançarmos? No mesmo texto já referido, Peter Pál Pelbart segue trabalhando a ideia do tempo em nossa sociedade. Informa que passamos, do ideal capitalista e da ideia de “tempo é dinheiro!” (proposta de maximização da produção numa crescente diminuição do tempo) para uma época em que o tempo sofre com uma ruptura abrupta: “o ideal

do tempo zero e da distância zero” (p. 33) que inaugura a proposta de uma instantaneidade e de um “eterno presente”. Aborda, ainda, um jogo de relações no mundo da velocidade das informações que instaura um processo de antecipação do que pode vir a ser, ou seja, em última análise, uma antecipação do futuro ao próprio momento presente. Com isso, rompe-se e neutraliza-se o que poderia ser imprevisível no futuro.

Nas instituições de cuidado em saúde mental e na loucura, de modo geral, o que temos é uma temporalidade outra com relação ao todo social. Talvez seja esse um dos motivos, também, para que o louco não estivesse muito apto ao trabalho numa sociedade estruturada sobre a proposta de maximização da produção e minimização do tempo. Um dos aspectos que influencia essa outra temporalidade, para o que verificamos como uma lentificação, é o próprio uso de medicamentos que tornam o louco mais controlável. Jean Oury, também citado por Pelbart (1993, p. 35) por seu trabalho *A temporalidade da psicose*, vai apontar que “deveríamos poder sustentar para os psicóticos um ponto que é ao mesmo tempo de um esquecimento e de uma espera. É um ponto que corresponde ao jorrar do tempo”. Explica dois termos gregos que fazem referência ao tempo (*aion* e *kairos*) e diz que deveríamos poder sustentar um ponto que fosse de coincidência entre esses dois termos, o que indica, em suma, um ponto onde colidissem *aion*, como sendo o tempo presente, o aqui e o agora em potência, e *kairos*, como sendo o tempo oportunidade, o momento bom para se decidir e fazer algo. Contudo, como sustentar tal possibilidade de experiência de tempo numa sociedade movida pela pressa? Pelbart segue:

Isso, no entanto, é muito difícil de fazer, porque em geral temos muita pressa. Nós não temos tempo nem paciência para sustentar este ponto, o ponto de surgimento do tempo, pois somos amantes das formas, das ordens, dos projetos, do futuro já embutido no presente. Daí nossa impaciência, nosso voluntarismo, nossa hipervalorização do trabalho, do acabamento. [...] Não é inútil lembrar que o tempo da criação artística ou do pensamento também exige algo dessa ordem. Do dar tempo e paciência para que o tempo e a forma brotem a partir do informe e do indecيدido. O desafio é propiciar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer o acontecimento

que nossas tecnologias insistem em neutralizar. [...] Pois importa, tanto no caso do pensamento como da criação, mas também no da loucura, guardadas as diferenças, de poder acolher o que não estamos preparados para acolher, porque este novo não pôde ser previsto nem programado, pois é da ordem do tempo em sua vinda, e não em sua antecipação. É quase o esforço inimaginável, não da abolição do tempo, mas de sua doação. Não libertar-se do tempo, como quer a tecnociência, mas libertar o tempo, devolver-lhe a potência do começo, a possibilidade do impossível, o surgimento do insurgente. Trata-se aí de um tempo que escaparia à presença, à presentificação, à continuidade, dando lugar a outras aventuras temporais. (ibidem, p.36)

É nessa aproximação de ideias de temporalidade da criação artística ou do pensamento filosófico com a da loucura que me permito ir andando e questionando toda a estruturação do tempo no CAPS, afirmando-a enquanto tolhedora de potências das mais diversas ordens. A meu ver, os tempos livres de qualquer exigência cronológica externa carregam em si maior potência pelo simples fato de entregar à pessoa que experimenta tal tempo o controle absoluto sobre a intensidade do seu fazer, permitindo, inclusive, que a experimentação dure na mesma medida em que o prazer e o tédio estejam instalados junto à tarefa.

A loucura parece pedir, exigir, portanto, uma nova temporalidade. Uma temporalidade que precisa romper com os padrões do universo da produção que ainda acompanham qualquer fazer no mundo de hoje, inclusive nos atos de cuidado em saúde mental. A loucura, ela mesma, já vive nessa outra dimensão temporal. Abrir-lhe, portanto a possibilidade de poder expressar-se em nosso mundo exatamente nessa sua própria temporalidade e aceitando-a livremente parece ser o desafio que se coloca, para retirá-la do intenso horror de participar de uma cronopolítica incompatível aos nossos dias e à *normalidade*. Pelbart chega a afirmar que, em certa medida, os manicômios conseguiram criar essa barricada à velocidade crescente ao mesmo tempo em que consegue não solicitar a manutenção dessa instituição. Com isso afirma o que para mim valida de vez a necessidade de pensarmos sobre o ócio como potente elemento no trabalho da saúde mental:

Nós não precisamos do manicômio para estancar o despotismo da velocidade que mata o tempo, pois o manicômio já é o despotismo do tempo morto. Mas não deveríamos abrir mão de todos os diques que conseguirmos inventar, para os loucos e os sãos, a fim de viabilizar, mesmo contra a maré cronocida, aquela vagabundagem do espírito que só é possível a bordo da nau do Tempo-rei. (p.46)

Nota sobre o tesão

Desconhecia, mas as vivências da residência junto à uma colega enfermeira me trouxeram Roberto Freire, um escritor-psiquiatra-dramaturgo-roteirista de TV e tesudo homem brasileiro que, desde então, passou a temperar com um pouco mais de pimenta meus pensamentos e reflexões.

Em escritos como *Ame e dê Vexame* e *Sem tesão não há solução*, Freire brinda-nos com críticas essenciais e libertárias com relação à nossa sociedade e nossos modos de viver e experimentar o amor, o sexo e a liberdade. Carregado de um hedonismo marcante, o autor defende a vida no aqui e no agora pautada diretamente pelo ideal anarquista de luta constante pela liberdade e pelo prazer. E o que mais poderia ser, em essência, defender a vida senão afirmá-la constantemente a partir de sua própria construção subjetiva?

A ideia de tesão chega a este escrito justamente pela sua força. Como a intenção aqui é também provocar os trabalhadores da saúde mental para um certo *ethos* profissional, para um *modus* de fazer e pensar a saúde e a sua produção/promoção, acredito que a ideia de tesão deste autor possa nos ser rica. Costumeiramente ligada à uma conotação puramente sexualizada, o tesão, para Freire, bem como para a juventude brasileira, carrega outros significados:

Tesão, agora, é muito mais do que tesão, porque de substantivo passou a ser adjetivo e está a pique de virar verbo quase completamente transitivo e pronominal: eu teso, tu tesas, ele tesa, nós tesamos, vós não tesais jamais, eles tesam. (FREIRE, 2004, p.16)

O universo vocabular de uma dada cultura é obviamente muito mais dinâmico e acelerado do que se consegue acumular nos escritos dos dicionários. Assim sendo, Roberto Freire (2004, p.18) aponta em algumas frases que

a sensualidade e o prazer passaram a ser a principal referência para indicar a qualidade, a intensidade, a beleza, a originalidade e a importância das coisas e, segundo, que tesão não significa mais algo que tenha a ver apenas com excitação sexual ou genital. Hoje, perder o tesão significa também se desinteressar. Mas trata-se de um desinteresse que não é apenas mental, existencial, mas também corporal e sensorial, mesmo que seja por coisas com as quais não entramos em contato sensual direto.

Não se trata, porém, de eliminar a carga sensual/sexual da palavra tesão, mas de carregar essa carga para auxiliar nas definições que optamos por fazer nas coisas de nossa vida. Em última análise, trata-se de colocar o amor, a sexualidade, a sensualidade mais presentes na dinâmica da vida, de nossas relações conosco, com o outro e com o mundo.

Para além do já exposto, a utilização da palavra tesão parece trazer para a cena das relações algumas sensações ligadas à beleza, à experiência lúdica espontânea e à ideia de prazer pressentido, de “se estar com os sentidos em estado de alerta, de prontidão, antenados, numa espécie de ereção vital, somática, geral” (idem), de acordo com o mesmo autor.

Trabalhar com *tesão*, colocar o *tesão* em cada ato, estar completamente antenado e vivo, sensível, à flor da pele, permitir-se, *em ato*, ao encontro com o outro, qualificando o aqui e o agora, o instante comum e único do encontro intercessor – para concatenar algumas das ideias de Freire e Mehry. A convocação que faço, após abordar as ideias de *tesão* e de *tempo*, é para um fazer profissional que busque uma ruptura com a padronização do fazer e que esteja mais comprometido com o tesão pela vida pautada no prazer e na alegria de estarmos juntos que com o fazer burocrático.

É no sentido de viabilizar tal ideia, de incentivar e de validar a potência dos encontros de cuidado em saúde mental pautados por outra lógica de tempo que tento aliar as ideias de *tesão*, como nos traz Freire, e da ruptura com a

estruturação temporal comum e hegemônica dos CAPS, como abordei anteriormente amparado por Pelbart e outros. Para mim, qualquer encontro com tesão é mais potente

O tesão, aqui, tomado como *ethos* profissional, – anteriormente um *ethos* humano necessário ao trabalho – em que haja o desejo de conviver, de trocar, de aprender, de cuidar, de estar em relação, com o outro ou consigo mesmo, enquanto o prazer e a alegria perdurarem; e o antitesão como o desmancha prazeres, do mesmo modo como o alarme do meu relógio que decretou o final do jogo de futebol na redenção, a diminuição dos sorrisos e a volta à normalidade estrutural do tempo de Chronos.

PARA QUE O “PARA QUE?”? – POTÊNCIAS DE OUTRAS FORMAS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

O psicólogo que não estiver a serviço do sistema político autoritário no qual vive e trabalha deve ser, antes de tudo, um herético. No fundo, suas teorias e, de fato, suas práticas terapêuticas, se funcionam, é porque são heréticas. Afinal, só a atitude herética posta em prática pela ciência revolucionária marginal pode “curar” a “doença” autoritária institucional e oficializada. (FREIRE, 2004, p. 73)

É ressaltando que a palavra heresia vem do grego *heresis*, indicando escolha, que Roberto Freire coloca-nos tal trecho. Aponta ele que o termo teria permanecido neutro até que a Igreja Católica, detentora da verdade absoluta em dada época, conferiu-lhe um sentido extremamente negativo. Como Freire, proponho-me também herético, portanto.

O título deste escrito é aqui retomado com a finalidade de discutir alguns aspectos que julgo fundamentais no trabalho em saúde mental coletiva e que apontam também para uma lógica que merece ser, a meu ver, superada ou questionada no trabalho em saúde: sua lógica utilitária¹⁰.

Uma dada construção social relacionada diretamente ao modelo científico-positivista versa sobre a instalação da doença nos corpos e a busca pela reinstauração da saúde por meio de controle do desequilíbrio patológico. Já discutimos que essa lógica de pensar saúde é limitada e não dá conta de todos os elementos da vida que entram em jogo e em relação no processo complexo chamado saúde-adoecimento. Assim, os atos de saúde incidem sobre os agentes patológicos e deixa de lado, na maior parte dos casos, o necessário trabalho de saúde sobre os diversos fatores, aspectos ou elementos da vida cotidiana que facilitam o aparecimento do sofrimento e das doenças.

¹⁰ Utilitarismo, aqui, utilizado como pensado dentro da dinâmica social capitalista em que algo torna-se mais valorado por ser mais útil, por proporcionar vantagens sonantes e relacionado com certo cinismo. Em Michel Onfray, no seu *A potência de existir* (2010, p. 26), entretanto, podemos ver que o princípio de utilidade, com que Bentham funda o utilitarismo, aponta para a ideia de a *maior felicidade para o maior número de pessoas*.

Sob uma lógica estritamente utilitária, passa-se a operar em saúde da seguinte forma: para febre, antitérmico; para hipertensão, atividade física regular e controle do consumo de sal; para diabetes, atividade física regular e controle dos açúcares; e etc. Um processo protocolar de queixa X e conduta Y passa a dar conta de um processo que é bem mais amplo e complexo. Fatores como a moradia, dinâmica de vida, qualidade de alimentação, relações interpessoais, volume de trabalho, níveis de estresse, dívidas, entre outros tantos fundamentais à saúde de qualquer pessoa, são desconsiderados como se fossem menores e menos importantes ao quadro clínico. O tamponamento ou a amenização dos sintomas da patologia é o que define um ato como terapêutico e para cada ato profissional, um questionamento parece vir colado: “*para que tal ação?*”; pergunta para a qual respostas como *para divertir, por prazer, para alegrar, para fazer sorrir* não podem caber. A alegria e o sorriso, ao que parece, não provaram ainda para a mãe ciência sua validade em relação ao tema saúde: o universo do trabalho, carregado do elemento *seriedade* que permeia a máxima eficácia da *necessária produção*, soa incompatível com o riso livre, com a alegria desmedida e toda intervenção dessa ordem ganha ares desprezíveis.

Para dar conta de responder aos anseios provocados pelos questionamentos levantados a partir dessa lógica discursiva de saúde, o espaço das oficinas terapêuticas, por possuir comumente uma finalidade ou um objetivo pré-definidos, parece ter bastante força dentro dos CAPS. Contudo, autores como Silvio Yasui (2010, p. 120) colocam a questão do cuidado como sendo a essência do trabalho em saúde apontando que

cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção.

Uma ruptura com a racionalidade médica hegemônica que perpassa os atos de cuidado (de saúde) faz-se, portanto, necessária a fim de contribuir para a superação da lógica intervenção-cura que configura a lógica utilitária da saúde nos CAPS. Mais que intervir sobre uma patologia, é importante que o trabalhador de CAPS busque modos de fazer saúde mais próximos daqueles que Nietzsche

nos traz com sua ideia da *grande saúde*. Afirmar a vida em suas intensidades diversas, em sua inconstância, ainda com a doença instalada, experimentando sua máxima vontade de potência e dizendo sempre sim à ideia de *eterno retorno*.

É importante afirmar que isso não significa uma condenação ao espaço das oficinas terapêuticas. A problematização gira em torno dos automatismos institucionais que, por vezes, passam sem ser questionados e configuram modos de fazer. Se nosso trabalho de cuidado, como apontam Mehry (2002) e Yasui (2010), se configura como um fazer em ato, relacional, que se dá no encontro intercessor, qual a diferença desse encontro acontecer dentro do espaço-tempo configurado de uma oficina terapêutica ou a partir da liberdade potente de um mero *bom-dia* com trocas de olhares? Existiriam diferenças?

Yasui (2010, p. 121), ao apontar que a utilização de diferentes estratégias de praticar o cuidado não necessariamente altera a lógica que perpassa tal ato, afirma que muitas vezes

“a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas na mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle, que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático”.

Foi com tal pensamento que recusei, como descrito ao final do Ca[u]so, a ideia de instituir o espaço da oficina terapêutica de futebol no CAPS. Não é a institucionalidade do espaço que o configura como mais ou menos potente, a meu ver. Costa-Rosa (2000 *apud* YASUI, 2010) mesmo já apontou que o reposicionamento subjetivo é o que importa no modelo psicossocial, em contraposição ao mero tamponamento de sintomas, que definia os atos terapêuticos no modelo asilar. Yasui também corrobora com essa ideia quando aponta que a reforma Psiquiátrica

supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico, o que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um

processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia e exclusão. (2010, p.103)

Retomando alguns marcos da filosofia de Espinosa, Yasui conduz-nos pelas ideias de *bom e mau encontro*. É nessa dinâmica que os atos de saúde se configuram e são justamente os atores envolvidos na relação que darão as possibilidades para a qualidade desse encontro.

Nesse sentido, parece-me que o ato de cuidar será sempre uma busca em produzir bons encontros. O ato de cuidar deve ser uma produção regida pela alegria, pela beleza, pela poesia. São afetos os alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que produzem vida. (YASUI, 2010, 123)

Retornos como os que me deram os usuários do serviço de saúde mental evidenciado no Ca[u]so me permitem validar, para mim e para eles, nossas experiências na Redenção como experiências terapêuticas:

- *“Bááá. Foi a melhor oficina que já fiz no CAPS. Muito legal...”*

- *“[...]foi muito tri. Fazia muito tempo que eu não jogava bola. Semana que vem tem de novo?”*

O que estava em jogo era a bola, nossas relações durante o espaço-tempo da brincadeira, os sorrisos e as comemorações de gols, as estratégias para driblar o sofrimento e o esquecimento completo das obrigações da vida, que não podem ser negadas, mas que merecem um tempo de latência em nossas mentes e corpos. A entrada numa temporalidade outra, como a do jogo, do lúdico e do ócio, configura uma intervenção que se descola daquelas presas à racionalidade hegemônica e tradicional do fazer em saúde: demanda que o profissional tope com o inesperado, com o que pode vir a ser, agindo no sentido de agregar novas e sempre novas possibilidades que deem vazão à produção de vidas na e pela diferença. No exemplo supracitado não foi a instituição que disse o que aconteceria e nem quando aconteceria: isso era mobilizado pelos desejos de cada um e de acordo com seus interesses no aqui e no agora. O que acontecia não estava afixado num calendário e sequer tinha hora marcada; a

vontade de fazer juntos era o que dava a liga aos acontecimentos. Seria isso possível numa oficina terapêutica institucionalizada?

A proposição de uma política do tempo (cronopolítica) estruturada como no modelo capitalista a partir da máxima “*time is Money*”, levada à cabo num CAPS, talvez nos leve a pensar numa lógica ligeira do tipo “*tempo é terapêutico*”. Dada a racionalidade excessiva que se coloca em nossa sociedade, em que o tempo precisa sempre ser útil e bem aproveitado, talvez caíssemos na tentação de definir essa utilidade e esse bom aproveitamento do tempo nos CAPS. Deslocar, entretanto, para os usuários dos serviços de saúde mental a definição dessa utilidade e desse bom aproveitamento é, possivelmente, ter de lidar com a *frustrante-potência ilógica* e desviante de ruptura com essa lógica mesma, ou seja: dá-se a possibilidade de inaugurar novas utilidades e novas funções de aproveitamento ao tempo ou, até mesmo, rompe-se abruptamente com qualquer lógica que venha de um *uti*¹¹ e entra-se completamente na ordem de um *frui*. Uma cronopolítica louca: no aqui e no agora, o único *uti* que se coloca é o de produção e fruição das vidas – com tesão.

¹¹ Rubem Alves, em seu texto *A Caixa de Brinquedos*, afirma que todas as coisas se dividem em duas ordens: *uti* e *frui*. *Uti* como sendo a ordem do que é utilizável, que tem utilidade, que serve para. Por outro lado, aborda o *frui* como sendo as coisas de ordem do amor: não servem para nada, apenas podem ser gozadas, vividas, fruídas.

ÓCIO E SAÚDE – POR UM MUNDO COM MAIS TESÃO

“São os ociosos que mudam o mundo porque os outros não tem tempo algum” – Albert Camus

A cronopolítica louca: é daqui que parto para tentar delinear um pouco da proposição deste texto. Tomo com potência as questões do ócio, tão condenado em nossa sociedade, para tentar agregá-las à reflexão do fazer e do cuidado em saúde mental. É justamente por sua potência subversiva à racionalidade do tempo que as escolho.

É ousadia e heresia, sim, convocar o mesmo ócio que noutros tempos provocou o enclausuramento de muitas gentes para pensarmos, atualmente, em possibilidades de libertação, de emancipação, de produção de vida. Grosso modo, o ócio é encarado com maus olhos sempre que surge como proposição: *mente ociosa é casa do diabo*.

O filme-documentário *Tarja Branca: a revolução que faltava* aborda a questão de uma necessária revolução que se dê a partir do brincar infantil, apontando para existências que se baseiem na fruição das vidas, na experimentação e usufruto do tempo, criticando fortemente a sociedade do trabalho alienado – e seus tentáculos que se estendem à dureza científica hegemônica – e validando o brincar e a ludicidade como elementos potentes para uma experiência estética da vida, possibilitando uma reinvenção de modos de viver que se funda nas experiências culturais.

A brincadeira, o jogo, a diversão e o lúdico são elementos de uma vida que corre distante do universo massificante da seriedade tomada como sisudez. Estão mais no universo do ócio, do prazer no aqui e no agora, sem querer se preocupar com o que ainda virá. São disposição para seguir num outro espaço e tempo. Em um mundo de supervalorização do *[neg]ócio*, sua potência fica limitada e extremamente restrita ao universo da infância, condenada ao ridículo quando aventurada pelas almas *loucas* de adultos que não se deixam assujeitar. Mesmo que tomemos para análise o conteúdo produzido pelos elementos lúdicos ou jogos, tomando aqui uma lógica utilitária para tal, suas funções são sempre

pejorativamente reducionistas e reduzidas à ordem do relaxamento e do descanso, elementos também condenáveis - e condenados! - numa sociedade em *que tempo é dinheiro*.

Contudo, Fortuna (2010 *apud* PRATES, 2013, p.78) aborda a relevância do brincar, dizendo que

na brincadeira somos exatamente quem somos e, ao mesmo tempo, todas as possibilidades de ser estão nela contidas. Ao brincar exercemos o direito à diferença e a sermos aceitos mesmo diferentes, ou melhor, a sermos aceitos por isso mesmo. Como brincar associa pensamento e ação, é comunicação e expressão, transforma e se transforma continuamente, é um meio de aprender a viver e de proclamar a vida. Um direito que deve ser assegurado a todos os cidadãos ao longo da vida, enquanto restar, dentro do homem, a criança que ele foi um dia, e enquanto a vida nele pulsar. Quem vive, brinca.

Tomados ainda como atividades não sérias, como se qualquer coisa que envolvesse o riso, a alegria desmedida, a felicidade e o prazer não cumprissem quaisquer funções em saúde aos sujeitos envolvidos, os elementos lúdicos do jogo e da brincadeira possibilitados pela experiência de ócio acabam relegados à invalidez numa dimensão terapêutica: não correspondem à sisudez desejada da ciência. Gutierrez, entretanto, faz uma ressalva fundamental sobre as experiências de ócio na atenção à saúde, afirmando que

o ócio é um recurso na atenção à saúde como dispositivo de fortalecimento da humanidade em cada pessoa e comunidade. Para isso, não se submete a ser uma indicação de cura pacificadora, de cura normalizadora, mas constitui-se em âmbito de desenvolvimento humano, onde a pessoa encontra um espaço de liberdade para o desfrute da cultura. A experiência de ócio promove um livre exercício do corpo e do espírito que fomenta a construção criativa de formas de vida, uma ética sobre o conduzir-se que enseja uma estética da existência, uma arte do viver. (? , p. 19)

Retomando a subversão proposta anteriormente de pensarmos numa cronopolítica louca que vise uma ruptura com a estruturação padrão que dá bases para o que chamei de oficialização dos CAPS, acredito que a proposição de Gutierrez sobre as experiências de ócio nos traz boas contribuições. É pela possibilidade da tessitura de espaços-tempos não direcionados e em que se coloquem em relação formas outras de vida que valorizo tal proposição. Ócio, entretanto, compreendido como elemento que rompe fortemente com as proposições do universo capitalista e do consumo, que não se permite dominar pela dinâmica da utilidade e que sequer concebe um usufruto do tempo que esteja desvinculado unicamente do máximo prazer para aquele momento. É a ruptura essencial com a lógica de produção.

Abordando o tema das práticas corporais em saúde, termo que configura muitas das ações experimentadas nos momentos na Redenção, Bilibio (2013) fala da possibilidade de experimentá-las em sua *dimensão dionisíaca*, tomando emprestado o termo de Nietzsche, onde elas passam a vivências

de encantamento em criar mundos paralelos; intensidade enquanto experimentação de si; alegria de criança descompromissada, a não ser com a própria alegria; viagem em dançar, jogar e lutar; surfar na brincadeira da vida.[...] dimensão difícil de ser alcançada com palavras. Sua aliança é com as forças de intensificação da vida presentes nas manifestações culturais. (p. 135)

Tal relato remete-me à essência do que proponho como sendo uma possibilidade de experiência de ócio que inaugura uma cronopolítica louca: permissividade do tempo e do espaço para que a vida aconteça em sua máxima expressão e potência, não em conformidade com o que prega uma saúde hegemônica ou a boa saúde, mas em ligação fundamental com o que é o entendimento de saúde de cada um. Na tentativa de proporcionar um espaço de liberdade em que se busque, efetivamente, afirmar a vida, tendo a acreditar, em

conformidade com o que coloca Bilibio (2013, p.136), apoiado em Alfredo Naffah Neto¹², que isso

estará acontecendo com maior potência em espaços menos controlados pelos códigos instituídos: em qualquer parte do corpo social onde alguém, por alguma razão, esteja denunciando, pondo em xeque valores que apequenem e empobrecem a vida.

Simple, tal proposição não é. Esbarra, claro, na dinâmica dos serviços de saúde que já se encontram acostumados à naturalidade dos agendamentos, pois nosso mundo é assim. Para além disso, as vidas, que sempre forçadamente se construíram diante das tarefas que o mundo as impunha, acostumaram-se com a racionalidade de concepção do tempo e tendem a relutar e sentirem-se perdidas quando propõe-se sua suspensão/abolição ou nova significação. Os profissionais dos CAPS, como dita a dinâmica da vida do trabalho, têm inúmeras tarefas a cumprir em seu cotidiano. São oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, reuniões diversas, no serviço e fora dele, espaços de convivência que tendem a *dar algumas bordas e contornos* ao que, a meu ver, merece não ter bordas para que justamente possa transbordar.

É no miúdo da micropolítica dos atos de saúde que vejo a potência do que proponho: onde pudermos executar nosso poder de controlar o tempo de um acontecimento, que permitamo-nos a simplesmente estar junto, vivenciando com o outro propostas que surjam a partir do encontro, sem qualquer pressa que convide-nos a andar num tempo que não esteja no ritmo próprio de tal encontro. E demorar-se o quanto o prazer pedir, enquanto a loucura convidar a ficar, da maneira como seu desejo mais solicitar, até que o momento se dissolva e deixe os envolvidos contaminados pela vontade de, novamente, perder-se no tempo e deixar fruir as vidas e a liberdade.

E que fique claro: não advogo pelo fim das oficinas terapêuticas, mesmo considerando que sua origem remonta, de certa forma, à ideia de [re]socialização pelo trabalho, adequação social por meio de um fazer comum, e

¹² Em caso de interesse, ver: NAFFAH NETO, A. *A psicoterapia em busca de Dionísio: Nietzsche visita Freud*. São Paulo: Escuta, 1994.

que a estruturação do tempo nos CAPS parece supervalorizar tais espaços. Advogo sim por uma reflexão profunda que toma o mesmo ócio que outrora condenou muitas vidas à segregação e à violência do manicômio para inaugurar práticas de cuidado em saúde pautadas por uma política do tempo em que a vida possa transbordar e ser acolhida em sua máxima expressão.

O direito à preguiça significa que ao *homo economicus* sucede o *homo ludens*, antecipando a mais contemporânea das realidades: crítica à ética da produção e do consumo, crítica da vida cotidiana, do tempo desperdiçado, perdido e não vivido ("o homem passa a sua vida procurando trabalho e perdendo sua vida", lia-se em um grafite dos muros de Paris em 1968), da lógica da indústria e do mercado, da ciência e da técnica em suas conseqüências anti-humanas; recusa a moral tecnocrática e da economia subtraída ao controle humano. Lafargue foi um dos primeiros - antecipando Marcuse e a Escola de Frankfurt - a romper com o caráter sadomasoquista da civilização contemporânea. (MATOS, 2008, p.28)

Que os tempos sejam de mais brincadeira, de mais leveza, de menos sisudez. Que o fazer nos CAPS esteja mais aberto para permitir experiências de ócio que sejam sempre mobilizadas pelo desejo de um coletivo que se encontra, e que tal ato tenha validade pelo simples fato de colocarem seus corpos dispostos ao encontro. Que haja mais espaços livres de um *que fazer pré-definido*, por onde as pessoas que estão no serviço possam passar, se aproximar, olhar, experimentar, topar ou não com a proposta que ocorre no momento, entrar e sair quando quiserem, propor modificações, pois assim precisa ser a vida: composição, a todo instante, ainda que com as diferenças. E se não gosto do que acontece, puxo outra intervenção e convido um e outro a compor comigo, pelo tempo que optarmos ficar. Dissolver ao máximo uma instituição para que seja mero ponto de encontros e ancoragens para a produção das vidas.

O *direito à preguiça* referido anteriormente, que adoto acoplando-o à perspectiva do ócio, permite-nos pensar em modos *anticapitalísticos* (MEHRY, 2009) de produção de saúde que subvertem a própria dinâmica do trabalho e

que encerram a proposição desse escrito: que os profissionais estejam mais dispostos ao encontro com as gentes não pela procura de doenças, de sintomas ou de trabalho, mas sim pela possibilidade de topar com a vida, de brincar, de trocar experiências, de partilhar manifestações culturais e de se divertir no tempo, que é [de] trabalho, mas que também é [de] vida; ou que não topem, se não for de seu interesse em um dado momento dispensar tal tempo para um encontro de tal ordem e intensidade; mas que, ao colocar-se em relação num encontro pautado por uma cronopolítica louca, esteja entregue por inteiro, gozando do tesão de tecer com seus desejos mais íntimos um encontro que mobilize nos atores envolvidos o desejo de *quero mais* e a certeza de que a vida, naquele momento, valeu à pena e mereceu ser experimentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CECCIM, Ricardo Burg. **O que é saúde? O que é doença?** In: Meyer, Dagmar Elisabeth Estermann et al. (Org.). *Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens*. Porto Alegre: Mediação. p.29-40. 2012.
- FREIRE, Roberto. **Sem tesão não há solução**. São Paulo : Novo Paradigma, 2004.
- GUTIERREZ, CAS. **O papel do ócio na atenção à saúde: da cura normalizadora à perspectivas de desenvolvimento humano. ?**.
- LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. SaúdeLoucura; 20. Série Políticas do Desejo; 1. São Paulo : Hucitec, 2012.
- MATOS, Olgária C.F. **Adivinhas do Tempo: êxtase e revolução**. São Paulo : Hucitec, 2008.
- MEHRY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo : Hucitec, 2002.
- _____. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle**. Lugar Comum Estud. Mídia, Cult. Democr., v.14, n.27, p.283-308, 2009.
- NARANJO, Javier. **A casa das estrelas: o universo contado pelas crianças**. [Trad.: Carla Branco]. – 1ª Ed. – Rio de Janeiro : Foz, 2003.
- NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **A gaia ciência**. – Trad. Paulo César de Souza. – 1ª Ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- NUNES, Aline. **Sobre a pesquisa enquanto bricolagem, relexões sobre o pesquisador como bricoleur**. Revista Digital do LAV – Santa Maria – vol. 7, n.2, p.30-41 – mai/ago. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5902/19837348151113>. Acesso em: 27/01/2015.
- PALOMBINI, Analice. **“O Rei está morto, viva o Psiquiatra!” – dispositivos de poder, psicanálise e loucura**. IN: Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. A masculinidade. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 28, abril 2005. Porto Alegre, RS: APPOA, 1995, ---, p.86-92.
- PELBART, Peter Pál. **A nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- PRATES, Camila Camargo. **Bri(n)coleur: uma experiência de pesquisa e**

formação em pedagogia hospitalar. Dissertação de Mestrado, UFRGS, 2013.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Coleção Loucura & Civilização – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.