

Foto de Luís Eduardo Achutti (Exposição Bispo do Rosário – Porto Alegre, 1990)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Águas da Pedagogia da Implicação:
intercessões da educação para políticas públicas de saúde**

Sandra Maria Sales Fagundes

Porto Alegre
2006

Sandra Maria Sales Fagundes

**Águas da Pedagogia da Implicação:
intercessões da educação para políticas públicas de saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação
da Faculdade de Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul (Grupo
Temático de Educação em Saúde)

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre

2006

F156a Fagundes, Sandra Maria

Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde/ Sandra Maria Fagundes. – Porto Alegre: 2009.

248f.

Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

Orientação: Ricardo Burg Ceccin.

1.Políticas Públicas-Brasil- Saúde Pública-Saúde Mental-Educação Permanente em Saúde. I.Ceccin, Ricardo Burg, orient. I.Título.

CDU 614(81):613.86:32:37(043.2)

Ficha catalográfica elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Malvina do Amaral Dorneles
Programa de Pós-Graduação em Educação, da UFRGS

Profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Instituto de Saúde da Comunidade, da UFF

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da UFRGS

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva, da UCS

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi
Centro de Ciências da Saúde, da Unijuí

Prof. Dr. *Honoris Causa* Mário Testa
Universidad Nacional de Lanús - Argentina

Celebración de las bodas de la razón y el corazón

*Para qué escribe uno, si no es para juntar sus pedazos? Desde que entramos en la escuela o la iglesia, la educación nos descuartiza: nos enseña a divorciar el alma del cuerpo y la razón del corazón. Sabios doctores de Ética y Moral han de ser los pescadores de la costa colombiana, que inventaron la palabra **sentipensante** para definir al lenguaje que dice la verdad.*

Eduardo Galeano

El libro de los abrazos



Foto do Encontro das Águas do Rio Amazonas (Acervo Pessoal, 1999)

Dedicatória

Dedico essa produção
A quem vive comigo
com o contrato de ficarmos juntos enquanto houver desejo;
A quem me disse, no aeroporto de Guarulhos, vindos de Cuba,
que não faria a revolução comigo, mas não seria um obstáculo na minha vida;
A quem me provocou para que assumisse a coordenação da Política de Atenção Integral à
Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 1987, com 28 anos
de idade, indagando tens propostas? Tens o que fazer? Então?!...
a **Abraham Turkenicz**
por saber ser companheiro de mulher com vida própria;
por não ser obstáculo;
por produzir desejo há 22 anos.

Agradecimentos

Agradeço a todos que possibilitaram a constituição dos itinerários das águas da minha vida e desse percurso destaco:

- a vó Celsa, os pais Oscar e Adelaide, os irmãos Tânia e Oscar Filho, os padrinhos Eliseu e Marina e a Neuza, babá, que não foi mencionada no texto, mas que nos últimos meses tem me ligado de Bela Unión, Uruguai, para dar e receber notícias, reafirmando em mim o quanto minhas nascentes foram produzidas nos encontros das águas da Bacia do Prata;
- os amigos de Uruguaiana, que hoje nos reunimos no grupo *Expresso 57*, cuja convivência foi laboratório da travessia para as experiências da vida adulta;
- os professores psicóloga Clarice Morrone Averbuck, com quem aprendi sobre o prazer e a dor de ser pioneira e ser autônoma, e psiquiatra Ellis D'Arrigo Busnello pela aprendizagem de vãos enraizados e do exercício da discordância radical sem desqualificar o outro;
- o companheiro de todas as navegações da saúde mental coletiva com o qual inventamos e reinventamos cursos e rotas de vida, psiquiatra, professor mestre Rubén Oscar Ferro;
- os *mentaleiros* itinerantes Delvo Cândido de Oliveira, Olinda Lechman Saldanha, Teresinha Eduardes Klafke, Hélio Possamai, Flávio Resmini e Elsa Timm que além de abrirem caminhos das rotas da saúde mental coletiva, contribuíram na reconstituição dos itinerários percorridos, são produtores de novos traçados e são amigos de hoje;
- as irmãs de raízes, militância e vida, as alegretenses Maria Judete Ferrari, Maria de Fátima Mullazani, Maria do Horto Salbego e Márcia Falcão Fabrício pelo que construíram, por continuarem sustentando sonhos e projetos de presente;

- os que aceitaram o desafio de compor a equipe da Política de Atenção Integral de Saúde Mental (Paismental) e a direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em 1987: Maria de Fátima Bueno Fischer, Régis Antonio Cruz, Ana Marisa dos Santos, Gabriel Neves Camargo, Miriam Thaís Dias, Carmen Silveira de Oliveira, Irene De Bem, Mariângela Sedrez Pinto, Alfano Moreira, Jane Machado, Assunción Caputti e Débora Andreolli;
- os que bancaram na Secretaria Estadual da Saúde as invenções da Paismental: Lúcia Silva e Silva, inicialmente, e depois, Jussara Mendes e Paulo Oliveira.

Agradeço a todos que apostaram e participaram ativamente no meu processo de elaboração da dissertação, em especial:

- ao meu orientador professor doutor Ricardo Burg Ceccim, que aceitou a incumbência da orientação, que com sensibilidade e competência soube extrair do *memorial descritivo* e dos escritos o tema da *pedagogia da implicação* e que com firmeza e delicadeza marcou os ritmos para que a viagem da escrita chegasse a termo;
- ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que me acolheu como aluna e sua coordenação foi compreensiva com a incompatibilidade entre as tarefas do mestrado e da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- à professora doutora Malvina do Amaral Dorneles que me instigou a escrever de um modo mais protagonista e a incluir o sentido de “intocar” na implicação.
- às professoras doutoras Liane Beatriz Righi e Bernardete Dalmolin que compuseram a banca examinadora do projeto da dissertação cujos pareceres contribuíram para precisão e qualificação do texto produzido;

- à professora doutora Simone Mainieri Paulon pela disposição em ler e reler o projeto e indicar autores e textos produtores de *encontros* prazerosos e desestabilizadores;
- ao professor doutor Emerson Elias Mehry que ousadamente escreveu sobre o desafio de reconhecer o saber militante do sujeito implicado como saber válido;
- aos *mentaleiros* do Brasil que contribuíram com textos e indicações e que incentivaram a produção como Domingos Sávio do Nascimento Alves, Fernanda Nicácio, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta e Regina Benevides;
- aos que possibilitaram a correção, a formatação, a ilustração e a configuração do texto de acordo com as normas técnicas: Rebeca Litvin, Letícia Menezes, Daniele Trevisol, Mariana Bertuol, Laura Turkenicz, Ruth Sant’Helena e Cristianne Rocha;
- à direção do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 7ª região, através das presidentes Neuza Guareschi e Maria da Graça Jacques que me indicaram para o Prêmio Destaque em Saúde 2005, conferido pela Assembléia Legislativa do Estado e que recebi na categoria de Pesquisa em Saúde;
- aos professores doutores Alcindo Antônio Ferla, Silvina Malvarez, Maria Ceci Misoczky, Helena Scarparo, Cláudia Perrone e à cineasta Flávia Selligman que reconheceram autoria nas minhas produções e as publicizaram por meio de publicações, tese de doutorado e curta-metragem (Ilhas Urbanas);
- à equipe de condução da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, representada por Ana Consentino Müller, Heloisa Helena Alencar, Marta Caminha, Celso dos Anjos, Roberto Chamis e Arlete Fante, com a qual foi possível criar dispositivos qualificadores do Sistema Único de Saúde na cidade.

Agradeço a todos que compuseram uma rede de suporte capaz de cuidar, tolerar ausência, substituir no trabalho e na militância, nominadamente:

- Marco Aurélio Rosa, meu analista;
- Simone Chandler Frichembruder, Maria Cristina Carvalho, Rebeca Litvin, Analice Palombini, Károl Cabral, Márcio Mariath Belloc e Marta Marcantônio, companheiras e companheiros da vida;
- Paulo Michelon, *mentaleiro* do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e demais militantes antimanicomial;
- João Motta, Gilberto Barichello, Rogério Amoretti, Ana Consentino Müller, Alcindo Antônio Ferla, Maria Letícia Pellegrini, Marta Fert, Lisiane Boer Possa, Júlio Hocsman, Luis Ribeiro, Jarbas Fagundes, Maria da Glória Accioly, José Maurício de Oliveira, Everton Soeiro, Omar Rösler e Christiano Schuch, superintendente, diretores, assessores e consultores, assim como os gerentes do Grupo Hospitalar Conceição, onde trabalho como assessora desde 2005;
- companheiros do Partido dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul e da Setorial de Saúde da qual integro a coordenação;
- Abraham, Laura e Mariana Turkenicz, minha família nuclear.

Resumo

Esta dissertação reporta a construção e apresenta a defesa de uma *pedagogia da implicação*, proposta que configura o ensino-aprendizagem como a gestão de processos de mudança de si e dos entornos, detectada na realização de cursos de aperfeiçoamento e especialização componentes de um projeto político de saúde. A formação aparecia como eixo estrutural de uma inovadora e ousada política de saúde mental, mas, ao tempo em que rejeitava uma operação pedagógica da transmissão de informações e habilidades, inventava (punha em curso) singularizações e invenções. A organização e os métodos de educação escolhidos tornavam a ação de formação muito mais ousada que a habilitação de pessoas para uma prática técnica, política ou administrativa diferente, funcionavam como agregadores de coletivos, disparadores de desejo e ativadores de processos de mudança, mobilizando atos e estratégias políticas no interesse do acolhimento de pessoas em projetos de vida e de presente, da democracia, da cidadania e da autoria. Essa organização e métodos educacionais permitiram pensar e estudar a proposta de intercessão da educação para as políticas públicas de saúde, em especial, de saúde mental.

Para o percurso da escrita, na procura de uma teoria, foi utilizada a imagem das águas e das navegações, coerente com o componente sensível da história, geografia e sentidos vividos pessoalmente, inventariados na realidade e examinados como produção de conhecimento; coerente, também, com uma ilustração metafórica aos aprendizados extraídos do estudo (nascentes, vertentes, cursos das águas, rotas de navegação, âncoras e carta náutica) e, por fim, coerente com as várias imagens que visitam a loucura em sua segregação e dessegregação: a gestação, a nau dos insensatos, o barco do Bispo do Rosário, a terceira margem do rio, a travessia de corredeiras e a nau da liberdade.

Os grandes itinerários estão nos cursos de saúde mental coletiva e no “curso” da saúde mental coletiva em sua história, geografia e sentidos nas políticas públicas de saúde; no

“curso” da educação permanente em saúde e no “curso” dos movimentos sociais que preenchem uma educação da cidadania. Esses “cursos” produziram a “correnteza” da saúde mental coletiva, modos coletivos de gestão e de atenção em saúde, processos de educação permanente em saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

As âncoras de uma Pedagogia da Implicação são categorias analisadoras, conceitos caixa-de-ferramenta e o encontro com a invenção/criação de dispositivos operadores singulares, tendo em vista propiciar um *poder-aprender-saber-fazer* no cotidiano dos percursos, bem como na (re)definição das rotas. A saúde mental coletiva não existia antes desse percurso, ela se fez em percurso de desejo molhado pelas vidas singulares de trabalhadores, gestores, participantes e seus familiares e formadores implicados com a despsiquiatrização da loucura e com a gestão de processos de mudança de si e dos entornos. Somente uma pedagogia para dar sustentação a esse movimento, pelo seu caráter de coletivo, de cidade, de pensamento, de aprendizados. Não poderia ser a clínica individual de nossas aflições, porque esta não alcançaria o tempo mesclado dos coletivos, da cidade, dos pensamentos e dos aprendizados.

A dissertação emite uma *Carta Náutica* ou uma carta-leitura *das Intercensões da Educação para uma Política Pública de Saúde*, com os traçados entrelaçados por matriciamentos e transversalizações, com pontos de sustentação, com vazios de incompletude, produtora de devir e com outras vontades de potência: convite à implicação. Uma carta náutica das transformações da *Nau da Liberdade* Saúde Mental Coletiva navegando nas águas da pedagogia da implicação.

Palavras chave: pedagogia da implicação, políticas públicas de saúde, saúde mental coletiva, educação permanente em saúde, fórum gaúcho de saúde mental.

Resumen

La presente disertación se refiere a la construcción y presenta la defensa de una *pedagogía de la implicación*, propuesta que configura la enseñanza-aprendizaje como la gestión de procesos de cambios de sí mismo y de los entornos, detectada en la realización de cursos de perfeccionamiento y especialización, componentes de un proyecto político de salud. La formación surgía como eje estructural de una innovadora y osada política de salud mental pero, a la vez que rechazaba una operación pedagógica de la transmisión de informaciones y habilidades, inventava (ponía en marcha) singularizaciones e invenciones. La organización y los métodos de educación elegidos hacían la acción de formación mucho más osada que la habilitación de personas para una práctica técnica, política o administrativa distinta. Las personas se desempeñaban como agregadores de colectivos, disparadores de deseo y activadores de procesos de cambio, poniendo en marcha actos y estrategias políticas en el interés de la acogida de personas en proyectos de vida y de presente, de la democracia, de la ciudadanía y de la autoría. Esa organización y métodos educacionales han permitido pensar y estudiar la propuesta de intercesión de la educación para las políticas públicas de salud y, en especial, de salud mental.

Para el recorrido de la escrita, en la búsqueda de una teoría, se utilizó la imagen de las aguas y de las navegaciones, en sintonía con el componente sensible de la historia, geografía y los sentidos vividos personalmente, inventariados en la realidad y examinados como producción de conocimiento; en sintonía, también, con una ilustración metafórica a los aprendizajes extraídos del estudio (nacientes, vertientes, cursos de aguas, rutas de navegación, anclas y cartas náuticas) y, por ende, en sintonía con las variadas imágenes que visitan la locura en su segregación y disgregación (rescatado de la segregación): la gestación, la nave de los locos (*stultífera navis*), el barco de Bispo do Rosario, la tercera margen del río, la travesía de correderas y la nave de la libertad.

Los grandes itinerarios se encuentran en los cursos de salud mental colectiva y en el “curso” de la salud mental colectiva en su historia, geografía y sentidos en las políticas públicas de salud; en el “curso” de la educación permanente en salud y en el “curso” de los movimientos sociales que rellenan una educación de la ciudadanía. Esos “cursos” han producido la “corriente” de la salud mental colectiva, modalidades colectivas de gestión y de atención en salud, procesos de educación permanente en salud y el Fórum Gaúcho de Salud Mental.

Las *anclas de una Pedagogía de la Implicación* son categorías de análisis, conceptos caja-de-herramientas y el encuentro con la invención/creación de dispositivos operadores singulares, teniendo en cuenta proporcionar un *poder-aprender-saber-hacer* en el cotidiano de los trayectos así como en la redefinición de las rutas. La salud mental colectiva no existía antes de esa puesta en marcha. Ella se hizo en recorridos de deseo, mojado por las vidas singulares de trabajadores, gestores, participantes y sus familiares y formadores comprometidos con la despsiquiatrización de la locura y con la gestión de procesos de cambio de sí mismos y de los entornos. Solamente podría ser una pedagogía que diera sustentación a ese movimiento, por su carácter de colectivo, de ciudad, de pensamiento, de aprendizajes. No podría ser la clínica individual de nuestros sufrimientos porque esa no alcanzaría el tiempo mezclado de los colectivos, de la ciudad, de los pensamientos y de los aprendizajes.

La disertación produce una *Carta Náutica* o una carta-lectura de las *Intercesiones de la Educación para una Política Pública de Salud*, con cruces entrelazados por construcción de matrices y transversalizaciones, con puntos de apoyatura, con vacíos de incompletud, productora de devenires y con otras voluntades de potencia: invitación a la implicación. Una carta náutica de las transformaciones de la *Nave de la Libertad* Salud Mental Colectiva navegando en las aguas de la pedagogía de la implicación.

Palabras clave: pedagogía de la implicación, políticas públicas de salud, salud mental colectiva, educación permanente en salud, forum gaucho de salud mental.

Abstract

This dissertation reports the construction and presents the defense of a *pedagogy of implication*. This proposal shapes the ‘teaching-learning’ as the management of processes of change in itself and in the environment. It can be detected in the accomplishment of qualification and specialization courses which are part of a political health project. The instruction appeared as a structural axis of an innovative and dared mental health policy, but, at the same it rejected a pedagogical operation of information and abilities transference, and it invented (kept going) singularizations and inventions. The organization and teaching methods chosen turned the action of educating much more daring than the qualification for a different technical, political or administrative practice. They worked aggregating groups, as desire ‘triggers’ and as activators of change processes, mobilizing acts and political strategies in order to welcome people in life projects related to their current lives, as well as projects of democracy, citizenship and authorship. This organization and educational methods made it possible to think and study the proposal of intercession of the education for the public health policies, especially, of mental health.

For the course of the writing, in the search of a theory, I used images of the waters and navigations, and, coherent with the sensible components of history, geography and senses lived personally, inventoried in reality and examined as knowledge production. Coherently as well, I used metaphorical illustration of the learnings which were extracted from the study (nascent, slopes, courses of the waters, broken of navigation, anchors and nautical letter). Finally, consistently with the several images that visit the madness in its segregation and desegregation: the gestation, ‘the *nau* of the senseless ones’, the ship of ‘Bispo do Rosário’, the third margin of the river, the crossing of rapids and the *nau* of the freedom.

The great itineraries are in the courses of collective mental health, in the 'course' of collective mental health in its history, geography and senses in the public health policies, as well as in the 'course' of continuing health education and in the 'course' of the social movements that fulfill a citizenship education. These 'courses' produced the 'flow' of the collective mental health, collective modes of management and of health care, processes of continuing health education and the Forum 'Gaúcho' of Mental Health.

The anchors of a pedagogy of the implication are analyzing categories, concepts, a 'box-of-tools' and also an encounter with the invention/raising of singular operating devices, in order to facilitate a '*being able to-learning-knowing-doing*' in the everyday courses, as well as in the (re)definition of the routes. The collective mental health did not exist previously of this route, it was made during the route of desire through the singular lives of workers, managers, participants and their relatives, as well as the trainers involved with the '*despsiquiatrização*' of the madness and with the management of change processes inside themselves and in the environment. A pedagogy was needed to give support to this movement, due to its qualities of city, of thinking and of apprenticeship. This could not come from the individual clinic of our afflictions, since it would not reach the mixed time of the collectives, of the city, of the thoughts and of the learnings.

The dissertation issues a *Nautical Charter* or a letter-reading of the *Intercessions of the Education for a Public Health Policy*, with the layouts interlinked by matrices and transversals, with points of support, with vacuums of incompleteness, producer of *devir* and other wills of potency: an invitation to the implication. A nautical letter of the transformations of the '*Nau of Freedom of the Public Collective Mental Health*' navigating in the waters of the pedagogy of implication.

Keywords: pedagogy of implication, public health policies, collective mental health, continuing education in health, forum “gaúcho” of mental health.

Sumário

Apresentação	21
Parte I - NASCENTES	26
1.1 Fronteira: a terceira margem do rio	26
1.2 Família: mescla de Apolo e Dionísio	27
1.3 Iniciações na vida	29
Parte II -VERTENTES: vidaformação	33
2.1 Vidaescolarização.....	33
2.2 Vidaprofissionalização	36
Parte III - CURSOS DAS ÁGUAS	41
3.1 Políticas Públicas de Saúde.....	42
3.1.1 A Saúde Mental: história e práticas	47
3.1.2 Municipalização da Saúde e Desinstitucionalização em Saúde Mental: dos hospitais às redes de atenção	78
3.2 Educação: potência intercessora.....	95
3.3 Movimento social: agenciamentos sócio-políticos.....	103
Parte IV - ROTAS DE NAVEGAÇÃO: inventário de práticas e extração de tecnologias pedagógicas intercessoras	114
Parte V - ÂNCORAS DE UMA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO	164
5.1 Formação-atenção-gestão-participação: matriciamento para a implicação	164
5.2 Poder e pensamento estratégico no setor da saúde.....	176
5.3 Transdisciplinariedade	178
5.4 Integralidade.....	186
5.5 Invenção, geração.....	192
Parte VI - CARTA NÁUTICA OU AS INTERCESSÕES DA EDUCAÇÃO PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	217
Referências Bibliográficas	220
Anexos	238



Camiseta da Campanha São Pedro Cidadão (RS, 2000)

Apresentação

O problema gerador dessa dissertação é a construção e a defesa de uma *pedagogia da implicação*, desafio detectado nas intercessões da educação para as políticas públicas de saúde, quando se operam processos de gestão da inclusividade, da permeabilidade social e da mobilização da participação, além da operação de dispositivos de aprendizagem e, nesse sentido, a pedagogia da implicação se configura como gestão de processos de mudança de si e dos entornos. O *problema* pode ser desdobrado:

1. uma pedagogia da implicação contém uma metodologia de educação?
2. uma pedagogia da implicação é instituinte (intercessora) de políticas públicas de saúde?

Para o percurso da escrita, na procura de uma teoria, foi utilizada a imagem das águas e das navegações. Esta escolha é a da produção de sentidos, de um lado, na minha gênese histórica e psíquica, e, de outro, nas invenções/gerações exigidas pelos processos de mudança e intercessões apresentadas pela prática de educação usada como forma de fazer política. Na imagem das águas há uma história, uma geografia e uma produção de sentidos onde essa escrita-teoria se encharca:

- história: as Grandes Navegações, responsáveis por nossa mestiçagem; Bacia do Rio da Prata, leito da cultura gaúcha; *Rio Grande do Sul*, determinação da fixação de povoados e desenvolvimento por meio de bacias hidrográficas;

- geografia: as águas doces - o Rio Uruguai, o Lago Guaíba e a Lagoa dos Patos - parte de minha vida, desde o nascimento até o presente trabalho;

- sentidos: nascimento; rituais de iniciação e travessia; diferentes religiões e culturas; vida em movimento de mergulho e cursos como corrente de água que encharcam e penetram por entre os interstícios.

O roteiro textual abrange seis partes: nascentes, vertentes, cursos das águas, rotas de navegação, âncoras da pedagogia da implicação e uma carta náutica das intercessões da educação.

Em *Nascentes*, registro as fontes que alimentam os modos de andar a vida. Nesse sentido, pontuo minha cultura de fronteira, a constituição da minha família nuclear, o modo como nasci, a vivência de família ampliada, a iniciação nas palavras e nas histórias transmitidas oralmente, bem como a experiência de processos coletivos e artesanais na construção dos brinquedos da infância.

Nas *Vertentes: vidaformação* são colocadas aquelas que têm a potência de mudar o rumo da vida e estão vinculadas a processos educacionais - a escolarização e a profissionalização.

Inserida numa cultura de valorização do estudo e do diploma universitário como *a melhor herança e a garantia para independência*, numa época em que esta equação tinha eficácia, havia um imperativo de sair de minha cidade de origem para obter tal graduação.

Uma grande *vertente*, a partir da graduação, foi a Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, no início dos anos 1980. A Residência dirigiu minha vida para a saúde coletiva, área das políticas públicas de saúde e foi decisiva para o entendimento do quanto os coletivos de trabalho são essenciais, bem como a formação é constitutiva dos mesmos.

Nos *Cursos das águas* desenvolvo itinerários que se encontram, entrecruzam e misturam, produzindo outros cursos. São os *cursos* e suas águas de ensino-aprendizagem.

Os grandes itinerários estão no “curso” das políticas públicas de saúde, marcadamente de saúde mental, no “curso” da educação permanente em saúde e no “curso” dos movimentos

sociais. Esses “cursos” produziram a correnteza da “saúde mental coletiva”, modos coletivos de gestão e de atenção em saúde, processos de educação permanente em saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Nas *Rotas de Navegação* reviso os apontamentos dos diários de bordo, os arquivos de viagens, tendo como linha mestra os Cursos de Aperfeiçoamento e de Especialização em Saúde Mental Coletiva, realizados no Rio Grande do Sul, a partir de 1988, estruturando canais de navegação até 2005. Desse modo, estou identificando - e pondo em análise - os tripulantes a bordo, as celebrações em água e em terra, os portos, os cais e as cidades de desembarque, as embarcações utilizadas, assim como as trocas ocorridas. O reencontro com as rotas produziu um inventário das práticas e a extração de tecnologias pedagógicas intercessoras.

Com as *Nascentes* retomadas, as *Vertentes* identificadas, as *Águas em Cursos* detectadas e as *Rotas* inventariadas, veio o momento de formular uma referência de conhecimentos (formalização dos saberes e das práticas): as *Âncoras de uma Pedagogia da Implicação*. São as categorias, os conceitos ferramentas e os dispositivos que propiciaram o *poder-aprender-saber-fazer* no cotidiano dos percursos, bem como a definição de outras rotas. Os materiais recolhidos trataram das categorias do matriciamento entre formação-atenção-gestão-participação e do poder e pensamento estratégico no setor da saúde; dos conceitos da transdisciplinaridade e da integralidade nas práticas de saúde, bem como a invenção/geração de dispositivos intercessores para políticas públicas em democracia forte, referência de história, geografia e sentidos configurados como âncoras de uma pedagogia da implicação. São materiais esculpidos e banhados ao longo dos itinerários, incluindo formulações posteriores aos percursos inventariados, conferindo ao próprio texto movimento e contemporaneidade.

Finalizo o roteiro, emitindo uma *Carta Náutica das Intercessões da Educação para uma Política Pública de Saúde*, com traçados entrelaçados por matriciamentos e transversalizações, com pontos de sustentação, com vazios de incompletude, produtora de devir e com outras vontades de potência: convite à implicação. Uma carta traçada ao operar a transformação da *Nau dos Insensatos* em *Nau da Liberdade* navegando nas águas da pedagogia da implicação.



Obra de Cláudio Gomes (Claudinho) – Porto Alegre. Arambaré- RS

Parte I

NASCENTES

Nascentes são os lugares donde nascem os cursos das águas. Nascentes, aqui, serão os olhos d'água que correrão por vertentes, que alimentarão os cursos das águas que depreendi e aprendi como uma pedagogia da implicação.

1.1 Fronteira: a terceira margem do rio

Nas origens familiares, reconhecidas como o arquivo de que fala Foucault (2005, p.95), isto é, “o conjunto dos discursos efetivamente pronunciados, conjunto que continua funcionando, transformando-se através da história e dando possibilidade de surgimento a outros discursos”, identifico em mim a educadora matéria que me possibilitou navegar nas correntezas da vida.

Nasci em 1958 e fui criada em Uruguaiana, às margens do rio Uruguai, cidade do extremo sudoeste do Brasil, fronteira internacional com a Argentina e com o Uruguai. Apenas na última década do século XX é que Uruguaiana perdeu a condição de cidade de tríplice fronteira, com a emancipação de um distrito, hoje município de Barra do Quaraí.

A vida na fronteira ocorre em múltiplos planos concomitantes: o plano dos Estados-Nação, com divisões, leis e regras político-administrativas em separado; o plano da zona de fronteira, na qual há uma quase total livre circulação de bens e de pessoas; e um plano locovivencial, gerador de uma cultura própria e onde linguagem e costumes constituem um código só inteligível entre os que vivem nas cidades vizinhas. São planos constitutivos da subjetividade desses cidadãos. Há palavras só compreensíveis na fronteira. Na fronteira que refiro, as palavras não são nem portuguesas nem espanholas, como as línguas dos respectivos

Estados-Nação. Por exemplo, a *cucharra* da fronteira, em português-brasileiro é *concha* e em espanhol-argentino é *cucharrón*. Para *irmos a ser* nessa cultura, temos a possibilidade de circular nesses três planos e habitarmos o que de fronteira há nas fronteiras. Assim, nos tornamos nacionais, estrangeiros-internacionais e estrangeiros-nacionais. Nem todos os cidadãos permitem-se constituir à fronteira e cravam permanentemente divisas. Em um encontro nacional de coordenadores de saúde mental do Brasil, no período em que eu coordenava esse setor na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1987 a 1991, escutei de um coordenador do sudeste brasileiro *vocês não são Brasil, vocês são Cone Sul*. Vivemos situações de estranhamento em nosso próprio país. Considero que circular nos três planos em nosso *irmos a ser*, nos possibilita vivermos mais à vontade em diferentes territórios, adquirirmos familiaridade com o estranho que habita em nós e podermos dizer genuinamente que somos isto e aquilo, que *somos Brasil e somos Cone Sul*. A fronteira pode ser nossa terceira margem do rio. Na formulação de Guimarães Rosa (2001): viver entre as margens do rio, ou, como propôs Ceccim (2005): nadar no meio das águas, “entre” disciplinas, para trabalhar em equipe.

1.2 Família: mescla de Apolo e Dionísio

A família de minha mãe, Adelaide Teixeira Sales, teve vida urbana. Constituiu-se da mescla entre o índio, o espanhol e o português da Ilha da Madeira, sustentou-se do trabalho no setor de serviços e na pequena indústria: o transporte coletivo, o comércio e as fábricas de tamanco e de sabão. Meu avô materno, Salaberga, era marceneiro e pequeno empresário. Minha avó materna, a única dos avós com quem convivi (os demais já haviam morrido quando nasci), vó Celsa, a mais velha de catorze irmãos, ajudou a criá-los com seu trabalho de costureira e bordadeira, assim como a sua própria família nuclear de marido e três filhos. Vó

Celsa viveu durante o século XX, de 1903 a 2001, acompanhando ativamente a vida política e sócio-cultural do país. Seus maiores valores eram o *trabalho* e o *estudo* para a *independência*. O trabalho, pela experiência vivida e independência adquirida; o estudo, pela falta de acesso e pela convicção de que a escolarização possibilitava muito maior independência. O trabalho foi a marca da sua união amorosa: o modo como o Salaberga manifestou seu desejo de casar com a Celsa foi presenteando-a com um gaveteiro, feito por ele, para que ela guardasse seu material de bordado e costura. A estética do trabalho artesanal e a lógica utilitária. Em minha família materna um devir de Apolo desenvolvia nosso modo de ser. Ainda, os laços de parentesco da família se estendiam pelo Brasil, pela Argentina e pelo Uruguai, transpunham as fronteiras e alargavam o território familiar. Mais uma vez a centralidade do trabalho: meu avô realizava o transporte de pessoas e mercadorias entre Uruguaiana e Passo de los Libres, na Argentina.

Na família do pai, Oscar da Silva Fagundes, vida rural, gaudéria do Inhanduí, interior do Alegrete, a mesma mescla de índio, espanhol e português, com forte acento indígena. Trabalhou na lida do campo, incluindo os cuidados com a saúde e nascimentos. A avó de meu pai, Cecília Farias, era parteira e o pai de meu pai, Albertino Fagundes, era “médico de campanha”, chamado por “doutor Alberto”. Ambos se locomoviam pelos campos para visitar as famílias da região: a avó de tálburi e o pai a cavalo. O avô de meu pai, João Batista Fagundes, era carreteiro e fazia frete rural. A família era extensiva, gregária e os filhos eram criados e cuidados pelos que tinham mais condições de fazê-lo. Meu pai, entre os homens o mais velho de nove irmãos, foi criado pelos avós, a partir dos três anos, por isso mesmo, teve facilitado o caminho para estudar. Os valores familiares eram o da proteção, da sobrevivência, da religiosidade e da celebração, com forte acento na cultura gaúcha e nas tradições oral e musical. Em minha família paterna, um devir Dionísio cultivou mais a estética da festa, da música e dos coletivos.

O encontro das duas famílias ocorreu pela ida a Uruguaiana do Oscar para estudar e, posteriormente, servir o exército, ocasião em que passaram a morar na mesma rua. O que os atraiu? A beleza da Adelaide, a festa e a música da família do Oscar. O apolíneo de um e o dionisíaco do outro os magnetizou. Vivem juntos há 49 anos, competindo e se complementando mutuamente. Enquanto estiveram ocupados com o sustento da família, trabalho, estudos e carreiras profissionais, suas vidas eram mais conflituosas. Os valores cultivados foram o da responsabilidade com os compromissos assumidos, o do estudo como melhor herança e o do prazer, que vinha depois do dever, mas necessário à vida. O prazer oriundo das festas e da música, principalmente a música latino-americana, de tocar um instrumento (o violão), das serenatas e do convívio com amigos. Depois dos três filhos adultos, da chegada dos netos e, principalmente, da aposentadoria, ficaram mais de bem consigo mesmos: entre si e com a vida. Sua agenda? Intensa atividade sócio-cultural, incluindo muitas viagens com grupos de amigos. O modo dionisíaco contribuiu para melhor andar a vida de casal de aposentados. Aliás, nova experiência de casal, apenas os dois vivendo sob o mesmo teto, pois casaram jovens, logo tiveram filhos e a sogra do pai, com eles morou até sua morte. Há apenas cinco anos estão vivenciando a experiência de um tempo de casal. O aumento da expectativa de vida e a longevidade a dois propiciou o advento.

As minhas raízes são um entremeado de vida na fronteira, mestiçagem das raças, das racionalidades, dos modos apolíneo e dionisíaco de ser e, ainda, meus deslocamentos constantes para poder viver e melhorar a vida, por meio do trabalho e do estudo, para a independência, para a autonomia e para a autoria.

1.3 Iniciações na vida

Quando nasci, um anjo torto, desses que vivem na sombra, não me disse para ser *gauche* na vida, como o fez com Carlos Drummond no seu “poema de sete faces” (1930). O

meu anjo disse para buscar os *impossíveis*. Nasci escura, roxa, com o cordão umbilical envolto no pescoço, com pouco oxigênio, num parto feito por parteira, no dia de Santa Rita de Cássia: a santa das causas impossíveis! Pois sobrevivi ao parto e, até hoje, procuro os possíveis entre os impossíveis humanos.

A infância e a adolescência foram vividas em Uruguaiana, numa experiência de família ampliada: morávamos no edifício dos Bancários e circulávamos pelos 21 apartamentos como se fosse praticamente a nossa casa. Ali e no entorno, todos os ensaios e iniciações para a vida: amores, ódios, rivalidades, cumplicidades, brincadeiras, sexualidade, festas, danças, descobertas, invenções. Meus padrinhos foram decisivos no gosto por ler e contar histórias. O padrinho, Eliseu Moura, reunia as crianças ao seu redor e contava *causos e acontecidos*, em geral vinculados ao campo e às pescarias. Sua identidade era ser contador de histórias; escreve até hoje para um jornal local e já publicou livros. A madrinha, Marina Porto, reunia as crianças para ler histórias infantis. Em nossa pré-adolescência, nos reuníamos no seu apartamento para contarmos, uns aos outros, novidades lidas nos livros, em geral enciclopédias, bem como competíamos para demonstrar quem mais sabia palavras difíceis e com mais letras: *inconstitucionalissimamente* era uma delas. Palavras muitas vezes encontradas em dicionários, embora estivéssemos mais interessados no impacto sonoro delas do que no seu significado.

Outra marca foi a da construção dos próprios brinquedos: carrinho de lomba, pernas de pau, patinete, guitarra, tambores, chocalhos, peteca, bilboquê, cinco marias, caleidoscópio, espada, revólver, bonecas, roupas para bonecas, móveis, carrinhos, trens, caminhões, quebra-cabeças, ligue-ligue e jogos de memória, de damas e de botões, entre outros. A maioria dos brinquedos e jogos era praticada tanto pelos *guris* quanto pelas *gurias*. Um dos brinquedos preferidos, quase exclusivo das *gurias*, era o brincar com bonecas de papel: todas recortadas das revistas, com as quais produzíamos e reproduzíamos cenas familiares. Os

brinquedos eram artesanais e, grande parte deles, feitos coletivamente por nós mesmos e alguns adultos. Para realizar o desejo de brincar com determinado brinquedo, antes precisávamos fabricá-lo, mas o processo de produção era educação lúdica. Os brinquedos industrializados não existiam em abundância, não eram acessíveis economicamente e se constituíam em presentes especiais de datas festivas.

Sou de uma infância anterior à televisão e à industrialização em massa dos brinquedos; situação propiciadora do gosto pelas letras, palavras e histórias, pela escuta, pelos processos, pelas invenções e por tornar possível o impossível. Aprendemos que, entre o desejo e sua realização, há um caminho a percorrer, que é possível trilhá-lo e que o percurso é facilitado quando feito coletivamente, em grupo e em solidariedade.

DE
PERTO
NINGUÉM É
NORMAL
(CAETANO VELOSO)
●●●●●●●●●●●●●●●●
FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL

Camiseta Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Porto Alegre)

Parte II

VERTENTES: vida e formação

As *vertentes* são aquelas que tiveram a potência de mudar o rumo da vida e estiveram vinculadas a processos educacionais para a independência, para a autonomia: a escolarização e a profissionalização.

A valoração do estudo e do trabalho como vetores para a independência, como queria a avó, ou para a autonomia, como reconhecimento, foi determinante para que a formação fosse estruturadora e ativadora da minha subjetividade. Estudo e trabalho, materializados pelos processos de escolarização e de profissionalização que, por sua vez, propiciaram intercessores para melhor andar a vida. A vida como potência formadora e a formação como potência de vida. Identifiquei dois períodos em minha vida com poder de formação, como vertentes: um vai do ensino primário ao término do Curso de Psicologia e outro demarcado pela especialização em saúde comunitária. O primeiro denominei *vida escolarização* e o segundo *vida profissionalização*.

2.1 Vida escolarização

Os primeiros vinte e dois anos de vida foram preparatórios para o trabalho; mescla de vida escolarização - nos quais as inter-relações se deram entre familiares-vizinhos-amigos-amores -, animadas pela música, convivência em grupos, estudo, esporte e com tudo o que há de *humano, demasiadamente humano*, no estilo de Nietzsche (2004), com indagações filosóficas e psicológicas, enganos e desenganos e com a invenção de “espíritos livres” para dialogar.

A escola foi uma referência importante na socialização de minha geração, sendo o estudo um valor organizador da subjetividade e da vida. O diploma representava o passaporte

para a emancipação. O primário, o ginásio e o científico cursei em Uruguaiana. A alfabetização, a quinta série do primário e primeiro ano ginásial foram cursados no Colégio do Horto, católico, todos os demais em escolas públicas. O grupo de amigos, constituído a partir do ginásio, foi o suporte para os primeiros vôos autônomos em relação à família ampliada da infância. Nesse período, um laboratório significativo foi o time de vôlei: o trabalho de equipe; a aprendizagem da técnica e de táticas; a descoberta e o aperfeiçoamento de habilidades e competências; a velocidade para tomar decisões e agir com precisão; o respeito aos adversários; a consciência da representação institucional; a competição e a circulação por diferentes territórios e cidades. São algumas experiências que contribuíram para meu andar a vida. O vôlei foi uma ponte para a travessia do científico para a faculdade, do interior para a capital, pois continuei jogando ao longo do curso universitário e estudei três semestres da graduação em educação física na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, concomitante com a graduação em psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Para o trabalho final de Psicologia Clínica, um trabalho importante na formação em psicologia, escolhi como tema *O vôlei e a adolescência*, bem como cogitei especializar-me em psicologia do esporte.

Sair de Uruguaiana para estudar na Universidade era praticamente obrigatório devido às poucas alternativas na cidade. As outras possibilidades abrangiam o Uruguai e a Argentina, além do próprio Estado. Fazia parte de nossa subjetividade, de nossa trajetória de vida, o sair da cidade: acompanhávamos a saída de gerações anteriores à nossa, procurávamos saber sobre suas vidas em outras cidades, assim como conhecer os lugares referidos. A formação que eu queria era em Psicologia e, em 1975, no Rio Grande do Sul, só era oferecida na capital. O mesmo ocorreu com outros amigos e, assim, fomos para Porto Alegre, passamos no vestibular na primeira tentativa: Engenharia, Análise de Sistemas e Psicologia. Inicialmente, minha avó veio para morar comigo e, após um ano, a família – pais, uma irmã e um irmão – mudou-se para Porto Alegre.

Na graduação, a experiência foi de transições: entre interior-capital, estudante-profissional, adolescente-mulher, amigos de Uruguaiana-amigos da faculdade. O grupo de amigas, durante a graduação, era oriundo, em sua maioria, do interior do Estado e retornou para a cidade de origem, após a conclusão do curso, para exercer a profissão. Na Universidade, tive a oportunidade da politização: eram tempos de luta contra a ditadura militar e pela democratização do país, sendo o movimento estudantil um ator importante desse momento histórico. Participar do Diretório Acadêmico do Instituto de Psicologia e integrar sua diretoria foram alternativas decorrentes dessa efervescência.

As identificações profissionais foram com as áreas da Psicologia Clínica e da Psicologia Comunitária. Fui monitora da disciplina de Psicologia Clínica e realizei estágio curricular de Clínica, durante um ano, na Unidade de Saúde Murialdo, hoje Centro de Saúde-Escola Murialdo. A unidade era a referência no Rio Grande do Sul para a nascente Atenção Primária à Saúde, formulada pela Organização Mundial de Saúde, durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde¹ realizada em Alma-Ata, antiga URSS, em 1978. A organização da U.S. Murialdo (Busnello, 1976) foi concebida como Sistema de Saúde e se constituiu como uma unidade de saúde de referência, na qual ocorriam, durante o dia, os atendimentos especializados, a coleta de material para exames laboratoriais e a distribuição de remédios controlados; à noite e aos finais de semana, os plantões realizados por equipes multiprofissionais, que garantiam o atendimento 24 horas, sete dias na semana. O “Sistema” completava-se com cinco postos de saúde localizados na região, cada um com um

¹ Os cuidados primários à saúde são “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal dos indivíduos e família das comunidades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

território delimitado, onde eram ofertados os cuidados primários de saúde, realizados por uma equipe multiprofissional, integrada por servidores do quadro da Secretaria Estadual de Saúde, por estudantes de especialização em serviço, agentes de saúde e estagiários de graduação das profissões da área da saúde.

2.2 Vidaprofissionalização

Ao receber o diploma de psicóloga, já se delineavam caminhos entrelaçados: saúde pública, ensino, psicoterapia e movimentos sociais. Mais uma vez caminhos constituídos de impossíveis incontornáveis, a serem transpostos ou a gerarem possíveis, como já afirmara Freud (1937) sobre as três profissões “impossíveis”: analisar, educar e governar, referindo-se à insuficiência dos resultados.

Fiz Residência em Saúde Comunitária na Unidade de Saúde Murialdo (Grossman et al, 1975), de 1980 a 1982. Lecionei, no Curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS), a disciplina Psicologia Comunitária, além de ter sido supervisora de estágio. Na Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), lecionei Psicologia Geral e participei da implantação de um Centro Comunitário na Vila Fátima, cuja função era ser Centro-escola para a PUC-RS.

Após a Residência, foi a vez da formação em psicoterapia, no Núcleo de Estudos Psicoterápicos Psicanalíticos (NEPP), em Porto Alegre.

Foram caminhos construídos e percorridos em outros vinte e dois anos de vidaprofissão, nos quais as teses e os valores aprendidos sobre *estudo – que abre as portas para o mundo do – trabalho – qualificado – que garante – independência/autonomia* se confirmaram e se firmaram. Teses e valores que, no final do século XX, já não tinham a mesma eficácia.

O grande divisor de águas foi a Residência na Unidade de Saúde Murialdo: novos amigos, amigos de hoje; outros amores; muita divergência, conflito e contradições de toda

ordem e hierarquia, como ingredientes da aprendizagem. Na Residência aprendi a possibilidade de vãos enraizados e vivenciei a implicação (aprendizagem desejante).

A Residência do Murialdo foi a primeira do Estado do Rio Grande do Sul a ampliar o programa de formação especializada em serviço, incluindo vários profissionais da saúde: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, odontólogos, médicos veterinários e psicólogos. Fato que ocorreu em 1980. Nossa jornada semanal era de 60 horas-atividade, incluindo plantões noturnos e nos finais de semana. A concepção era a da “aprendizagem em serviço”. A maior carga horária era destinada ao atendimento e trabalho junto às coletividades, as supervisões ocorriam diretamente nos Postos de Saúde, tanto as destinadas para o conjunto da equipe quanto às específicas de cada profissão. Apenas os seminários e os plantões eram realizados na sede da Unidade de Saúde Murialdo. A Residência foi uma importante ponte de transição entre o *ser estudante* e o *ser profissional*: nela, as práticas tinham o compromisso do exercício profissional e, ao mesmo tempo, comportavam a moratória própria dos aprendizes. Nesse período, tivemos a oportunidade de aprender a indagar, a argumentar, a solicitar ajuda; manifestar dúvidas; tomar decisões individual e coletivamente, entre profissionais de diversas profissões. No Murialdo, uma peculiaridade, esse processo era acompanhado atentamente e, muitas vezes, compartilhado com as pessoas da população local. Aprendi o exercício da Psicologia, tornei-me psicóloga, entre iguais psicólogos, entre outros diversos profissionais e entre pessoas da população. Uma possibilidade ímpar de experimentar a alteridade.

Nesse contexto, também fazia parte de nossa aprendizagem a comunicação uns com os outros: era preciso que o *psicologuês* fosse compreendido por outros profissionais e pelas pessoas da população e vice-versa. Esta exigência estava presente tanto na comunicação verbal quanto na escrita, pois, além das *discussões de casos*, escrevíamos nos prontuários, que, àquela época, eram de família e pertenciam à família, ou seja, continham dados de todos os integrantes do grupo familiar, das coletividades específicas com quem conviviam e habitavam e de cada membro individualmente (Lewin et al, 1979; Busnello et al, 1980). Este documento era de propriedade da família, que o levava para casa. Portanto, era passível de ser

lido e, mais, era estimulada a leitura do que nele estava escrito. Estava incluído nas práticas do Murialdo o incentivo à autonomia das pessoas, utilizando o método pedagógico como parte do cuidado: aprendíamos a explicar e explicitar as situações para as pessoas. Às vezes, apostávamos mais na potência da informação objetiva do que seus reais alcances na terapêutica, na autonomia e na ampliação da consciência sanitária. Hoje, a Aids e a gravidez na adolescência nos ensinam o quanto é insuficiente a informação pura e simples para a mudança de comportamento.

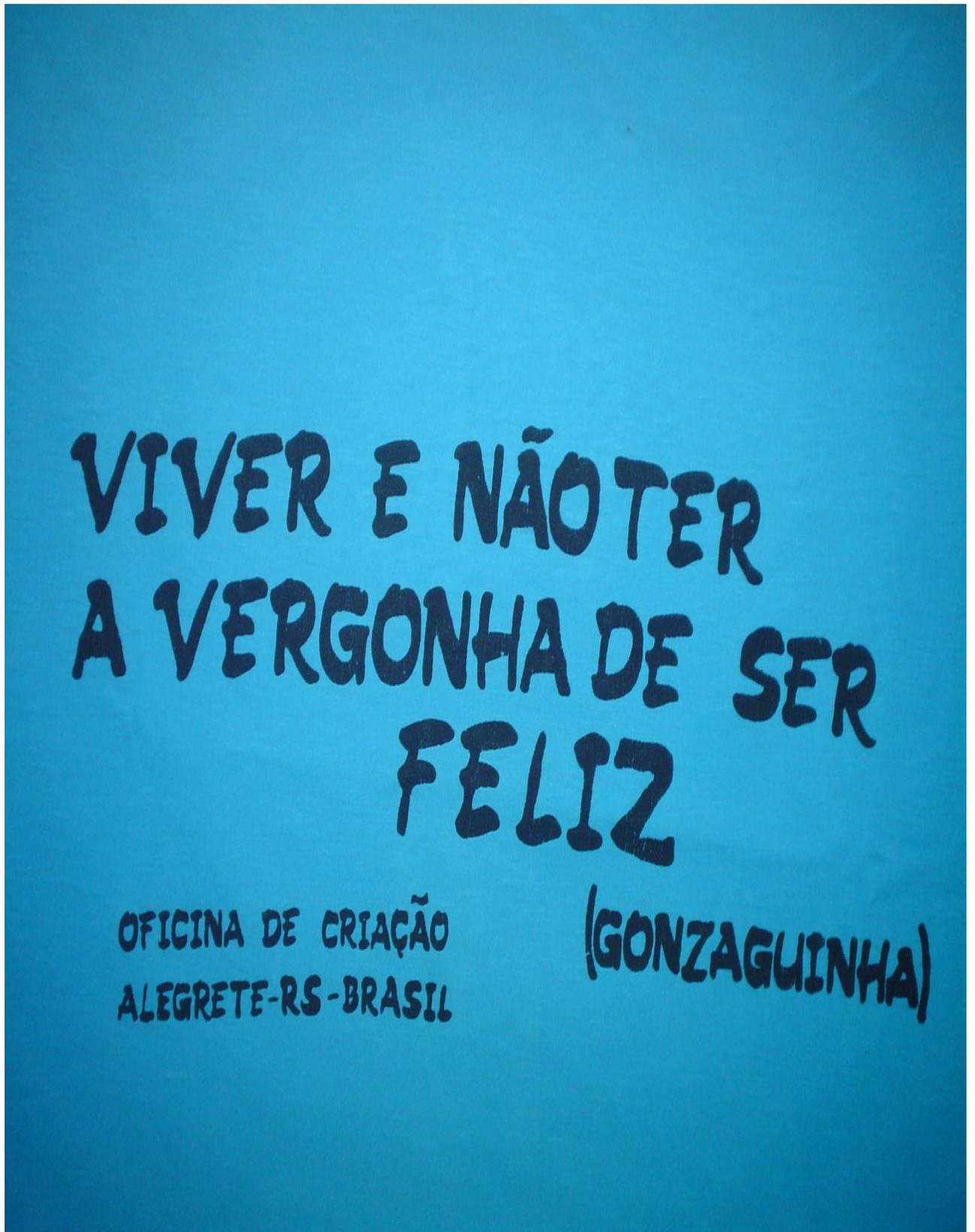
Outros registros que são vivos, do Murialdo e da saúde pública que por ali aprendi:

- a centralidade no usuário, seja individual ou grupal, e a conseqüente valorização e busca da competência clínica, era uma clínica, entretanto, desafiada a ser bio-psico-social e não transdisciplinar;
- a participação nas políticas públicas de saúde e de saúde mental, concebendo-as a partir da epidemiologia e de uma lógica do planejamento e da programação, mas também das necessidades das pessoas;
- o desenvolvimento de pesquisas conectadas com agendas e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde;
- a intensa efervescência gerada pela circulação de ideologias e práticas conflitantes e contraditórias entre os diversos atores, em especial, residentes *versus* preceptores-direção e população, que colocava, constantemente, o “modelo” em questão, onde sobressaía a permeabilidade ao questionamento, abrindo-se rodas de discussão e análises institucionais com profissionais externos;
- a disposição institucional para a participação da população, pois lá existia o Conselho Comunitário de Saúde, que não tinha caráter deliberativo, mas era fórum de participação social local;
- a convicção de que o modelo assistencial em saúde no formato de pirâmide, no qual a atenção primária (de menor complexidade, produtora dos cuidados

primários nas unidades básicas de saúde ou “postos” de saúde) ocupava a base, o meio era próprio da atenção secundária (especializada, de média complexidade, exercida majoritariamente em serviços ambulatoriais) e o topo da atenção terciária e quaternária (de alta complexidade, produzida em centros de referência especializados localizados em hospitais) era entendido como a melhor configuração de um sistema de saúde, o que se constituiu como um ponto cego nas análises dos problemas referentes à resolutividade e integralidade da atenção;

- a impermeabilidade da instituição para as ciências sociais e políticas de origem marxista, que levou a leituras de teses sobre saúde e sociedade e produção histórica e social do processo saúde-doença realizadas por iniciativa dos próprios residentes, em horários alternativos, leituras desafiadas por estarmos em equipe numa aprendizagem da atenção à saúde no exercício da mesma e buscando ser íntimos das vidas vividas no local. Foi este mesmo lugar que entendeu necessário prestar atendimento à saúde dos trabalhadores rurais do primeiro acampamento do *Movimento Sem Terra (MST)*, na Encruzilhada Natalino, no interior do Estado, por meio de seus residentes. Particularidade que me possibilitou trabalhar durante um mês, em dezembro de 1981, com dois médicos residentes, junto aos trabalhadores rurais sem terra, organizados em movimento social, quando o acampamento havia sido transferido para o município de Sarandi. Aqui se deu minha experiência de convívio com o sofrimento psíquico tanto dos acampados, quanto dos policiais da Brigada Militar e o exercício de superação de preconceitos em um intenso trabalho em equipe.

A experiência no Murialdo foi a vertente que dirigiu os cursos das águas da minha vida pelas correntezas da saúde pública. Os rios que se encontraram e se misturaram nesse percurso, foram o da saúde mental, o da educação, o do movimento social e o da gestão de políticas públicas de saúde.



Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Alegrete)

Parte III

CURSOS DAS ÁGUAS

As águas da minha vida foram direcionadas para a Saúde Pública, e suas correntezas fizeram os percursos da gestão da política de Saúde Mental, na Secretaria Estadual da Saúde (1987 a 1991) e da gestão dos Sistemas Municipais de Saúde, de Viamão (1998 a 2002) e de Porto Alegre (2003 e 2004).

A outra direção foi a da Educação, orientada para a formação de pessoas que trabalhavam nos serviços públicos de saúde, a Educação se constituiu na grande ativadora e geradora de intercessores para as políticas públicas das quais fui gestora, especialmente no campo da saúde mental.

Um dos defluentes do entrelaçamento entre Políticas Públicas e Educação foi o Movimento de Saúde Mental no Rio Grande do Sul, denominado Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O Fórum, por sua vez, encontrou-se e misturou-se com as águas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Destaco aqui que minha equação genética (a da avó) estudo-trabalho-independência foi atualizada e, ao mesmo tempo, se tornou propulsora de políticas públicas na fórmula *trabalho-formação-autonomia*. O **trabalho** – na gestão e na atenção, ativado e ativador da – **formação** – por meio da educação permanente, possibilitadora de – **autonomia** – dos usuários e trabalhadores implicados em projetos coletivos do presente.

Nos cursos das águas, fazendo recortes que ressaltam as variáveis que compuseram a equação genética em fórmula ética, estão águas que se encontram, se misturam, constituem outros cursos e se separam, já distintas pelas dobras e desdobras do caminho. Desse modo, em todos os recortes estão presentes a gestão, a atenção, a educação e o movimento social, constitutivos das políticas públicas instituintes de saúde.

3.1 Políticas Públicas de Saúde

A democratização política na América Latina ocorrida em meados dos anos de 1980 - parte conquistada, parte negociada - veio acompanhada pelas políticas neoliberais de ajuste. Sua aplicação gerou recessão, deteriorou as condições de vida da população, precarizou o mundo do trabalho e agudizou os problemas sociais, ao mesmo tempo em que diminuiu o orçamento para as políticas sociais.

O terror de Estado foi substituído pelo terror econômico. O medo de perder o emprego e a carteira de trabalho assinada – identidade de cidadania – amorteceu movimentos, calou reivindicações. Os sindicatos entraram em crise. A recessão e a revolução tecnológica geraram exclusão do trabalho formal. Houve aquecimento do trabalho informal, porém, formal/informal são lados de uma mesma moeda, um tensiona o outro.

O problema que emergiu e se agudizou foi o “trabalho ilícito”: roubo; seqüestro; tráfico de crianças, de mulheres, de órgãos e de drogas, além de pessoas “empregadas” como “laranjas” ou “mulas”. O “trabalho ilícito” se infiltrou no trabalho formal/informal, devorou-o parcialmente e expandiu-se autonomamente, sem almejar formalização. Associada ao ilícito, recrudescer a violência social, outro terror que surgiu e se aditou ao terror econômico.

A situação social gerava uma crise que, por sua vez, significava perigo e oportunidade: de um lado muitos indícios de desagregação social - o vale-tudo, o cada um por si -, de outro, a possibilidade de ressignificação do trabalho, de diversificação de atividades, de desenvolvimento de habilidades e de ampliação de espaços de lazer. Efetivamente, surgiram e se fortaleceram as organizações não-governamentais, as cooperativas, as experiências de autogestão; só viáveis com organização e em movimentos sociais.

O que no período de exceção militar foi “opacificado” passou a ser “transparentado”: o Estado e as forças que o compunham apareciam como corruptas, portanto, a sociedade deveria sonegar e subornar. Em decorrência disso, o Estado deveria ser mínimo ou o Estado, sendo frágil, deveria ser fortalecido e tornado de domínio público? No risco da primeira hipótese, corrupção, suborno e sonegação passam a ser valores naturalizados na sociedade. Os entulhos autoritários ainda sobrevivem, como também a lógica de que a vida dos excluídos (dos marginalizados, dos subalternos, dos esquecidos) vale nada.

Um fio da navalha passou a expressar a vida e os novos valores anunciados:

- trabalho ilícito ou outra organização laboral;
- Estado-sociedade corrupto ou uma organização social ética;
- extermínio de alguns ou vida de todos.

A realidade, portanto, convocava para uma militância sócio-política, no sentido da construção de projetos de presente, sob a ordem da democracia e da alteridade, um trabalho de criação de história e cultura como fatores de agregação social. O esforço seria no sentido de utilizar criativamente as contradições, os conflitos e as incertezas contemporâneas.

No setor da saúde, as contradições, os conflitos e a complexidade se reproduziram. Alguns exemplos assinalam como as desigualdades sociais determinaram e condicionaram o acesso à tecnologia:

- no Brasil, já nasciam crianças de proveta e, ao mesmo tempo, continuavam morrendo aproximadamente 200 crianças em cada 1.000 nascidas vivas nos bolsões de pobreza de norte a sul, até meados de 1990;
- no Brasil, as adolescentes – de classe econômica média e alta – já utilizavam métodos anticoncepcionais adequados ao período de crescimento, no entanto, a gravidez dos 12 aos 16 anos de idade passou a ser um problema social e sanitário;

- no Brasil, já se eliminavam pedras renais com técnicas de ultrassom, porém a maioria da população obtinha apenas acesso à técnica cirúrgica, que afasta de casa, do trabalho e expõe a infecções hospitalares.

O setor da saúde, de modo geral, reproduzia/reproduz as diferenças sociais, tanto no que diz respeito a medicamentos e insumos, como a equipamentos e serviços. Em relação aos últimos, existem centros de alta tecnologia, com profissionais habilitados, com institutos de pesquisa que se articulam com centros de excelência do mundo e que dirigem seu trabalho para uma parcela muito pequena da população, mesmo considerando o grande número daqueles que necessitam de tais serviços. São centros, em geral, viabilizados por verbas públicas, que gradativamente vão se auto-sustentando e se privatizando.

Cerca de 39 milhões de brasileiros (ANS, 2005), 21,5 % da população do país, têm acesso aos serviços oferecidos por seguradoras e caixas de assistência, que apresentam uma resolutividade limitada, contratualizada em planos de saúde. As pessoas acabam sendo triplamente oneradas: ao contribuírem com impostos, ao contratarem planos pagos e ao desembolsarem diretamente a assistência privada, quando dela se utilizam.

Para a maioria da população, existe uma rede de ambulatórios estatal, sucateada física e tecnologicamente, com profissionais que desvalorizam seu trabalho; e serviços hospitalares contratados de baixa complexidade tecnológica, constituindo um sistema de pouca resolutividade, iatrogênico e genocida, financiado por verbas públicas. Paralelamente, gestões inteiras se organizam para modificar essa situação, como os municípios de Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bauru (Capistrano Filho e Pimenta, 1989), Belo Horizonte (Campos et al, 1998; Franco e Magalhães Júnior, 2003), Betim (Bueno, 1997), Campinas (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Porto Alegre (Porto Alegre, 2004), Santos (Campos e Maierovich Henriques, 1996), os quais criaram serviços especializados de atenção à saúde e constituíram redes de cuidados progressivos e contínuos.

O estado do Rio Grande do Sul (Ferla et al, 2002; Ferla, Ceccim e Pellegrini, 2003) desenvolveu uma política de ampliação e de qualificação de serviços especializados nas regiões sanitárias gaúchas e o Ministério da Saúde (MS, 2004) demonstrou poder de trabalho na mesma direção.

As universidades e os centros formadores de profissionais de saúde reproduzem a realidade perversa ao atribuírem valor diferenciado e hierarquizado aos conhecimentos e às práticas relativas aos serviços de maior complexidade tecnológica. Da mesma forma, também revelam esforços locais de mudança.

Concomitantemente, houve avanço dos movimentos sociais na luta por mudanças no setor. A sociedade ampliou a cidadania e a consciência sanitária. No âmbito do Estado, quem mais implementou as propostas da reforma foram os municípios: em relação ao orçamento, todos os que se comprometeram com a municipalização² têm destinado, no mínimo, 15% de suas verbas para a saúde. A União não compromete mais que 6% de seu orçamento e os Estados, em sua maioria, não cumprem os 12% constitucionais. Houve uma ampliação do acesso aos serviços de atenção básica à saúde, por meio da estratégia de saúde da família³, e aos procedimentos de alta complexidade, como os transplantes na rede própria, contratada ou

² Municipalização foi a estratégia implementada no Brasil em cumprimento à diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde. Os municípios assumiram a responsabilidade de instituir o sistema municipal de saúde e sua gestão, com recursos oriundos das três esferas de governo (município, estado e união) e com controle social, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências de Saúde. Nesse processo, os municípios e os conselhos constituíram-se em atores sociais do setor saúde.

³ Saúde da Família foi a estratégia utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1994, para ampliar o acesso à assistência à saúde e reorganizar o sistema. Constitui instância de atenção (atenção básica ou primária) do sistema que se caracteriza pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas, de um determinado território, por equipe multiprofissional com um processo de trabalho centrado na vigilância à saúde (promoção à saúde). Equipe constituída, no mínimo, por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foi uma estratégia que efetivamente ampliou o acesso, contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde (cobertura vacinal e de pré-natal, redução da mortalidade infantil) e gerou um novo profissional de saúde: o agente comunitário, porém não foi potente para a reorganização do SUS e atendimento às necessidades de saúde da população (Merhy e Franco, 2003).

conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil é o segundo país do mundo em realização de transplantes, praticamente todos executados pelo SUS.

Os municípios têm criado estratégias que melhoram as condições de vida de seus moradores. Righi (2002) identifica como de alta complexidade tecnológica os sistemas municipais de saúde, mesmo nos municípios de pequeno porte, pois a complexidade não seria tributária do uso concentrado ou intensivo de tecnologias duras (dos equipamentos), mas também pela gestão de diversificados dispositivos de tecnologia leve: processos de trabalho vivo (gerados em ato), constituição de redes de proteção social e interferência em itinerários de vida.

Os municípios, apesar de suas fragilidades político-econômicas, constituem-se em lugares de resistência à política da globalização neoliberal, operam com outra lógica: pressionados pela participação popular que se organiza na proximidade do poder executivo, os municípios organizam ações de inserção social - enquanto a do neoliberalismo exclui -; investem em políticas sociais - enquanto o neoliberalismo diminui verbas nessa área -; criam formas cooperativadas de trabalho - enquanto o neoliberalismo gera desemprego, mas esta não é uma lógica em ascensão e, gradativamente, de 1988 a 2001, tem havido uma conversão dos diversos atores sociais, que definem o campo das políticas públicas de saúde no Brasil, às propostas neoliberais, condicionadas pelo Banco Mundial, como demonstrou Misoczky (2002).

Há muito a construir/desconstruir para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Porém, já existe uma experiência acumulada que possibilita reafirmar sua pertinência e viabilidade, assim como é preciso ampliar a rede de aliados comprometidos com a geração de inclusão, participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais.

3.1.1 A Saúde Mental: história e práticas

Em 1987, tive a oportunidade de assumir a coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Paismental) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O contexto era o da redemocratização do país e, na segunda eleição, pós-ditadura militar, os gaúchos elegeram representantes dessa luta por democracia, para o governo estadual. Assumiram a condução da SES/RS, pessoas vinculadas aos movimentos pelos direitos humanos e sanitário. A proposta era de mudança nos propósitos, conceitos e organizações. Na saúde, uma das medidas foi substituir a denominação de *programas de saúde* por *políticas de atenção*, para indicar a vigência de novos paradigmas ético-políticos na formulação e na autoria de políticas públicas. Nesse contexto, fui a primeira mulher e primeira psicóloga a assumir a coordenação da política de saúde mental da SES/RS. Nas palavras do Secretário substituto, durante a posse, *a primeira não-masculina e não médica* a ocupar o cargo, duas negações e não duas afirmações (primeira mulher e primeira psicóloga). A ausência do Secretário titular da pasta e as *negativas* expressas na posse indicavam a dimensão do desafio para tornar presente e afirmativa a política de saúde mental. A posse foi mais uma iniciação, semelhante à do nascimento, estava diante de impossíveis.

A primeira tarefa foi a de constituir uma equipe condutora da política, com potencialidade para sustentar a diversidade, tanto no que diz respeito à multiplicidade quanto às divergências. A multiplicidade foi expressa nas profissões: assistente social, enfermeiro, pedagogo, psicólogo, psicopedagogo e psiquiatra; posteriormente nas atribuições: de formuladores de política, de gestores, de assessores, de professores, de interlocutores e de apoiadores das demais políticas de atenção integral à saúde, assim como de servidores públicos; na disponibilidade de trabalhar em equipe, de modo transdisciplinar, articulando e problematizando as práticas específicas de cada profissão com as demais profissões,

transitando e intervindo *nos* e *entre os* campos da saúde mental e da saúde coletiva. A disponibilidade se estendia às possibilidades de trabalho em turno integral e de deslocamentos ao interior do estado. O tema da diversidade se impunha pelo objeto de trabalho: processos de saúde-doença-cuidado, de subjetivação nas diversas regiões do estado e de alteridade, não de segregação com os usuários da saúde mental. A capacidade de trabalhar com as divergências e adversidades se vislumbrava como necessária, pois o processo a ser desencadeado era de mudança, no qual haveria disputa entre concepções e práticas e a equipe deveria, pelo menos, se dispor a enfrentá-las.

Assim, a equipe se constituiu com profissionais da Secretaria Estadual da Saúde e Ministério da Saúde, com uma visão crítica das políticas públicas de saúde até então desenvolvidas. Muitos de seus integrantes, com formação em saúde pública ou comunitária, dispostos a construir possibilidades e a aprender com o desafio. Havia uma identificação ético-política entre os profissionais, propiciadora de uma base suficientemente estável para desenvolver o trabalho de condução em equipe. A divisão do trabalho foi realizada, procurando conciliar e potencializar competências e interesses individuais com as definições institucionais. A Secretaria Estadual da Saúde procurou organizar o trabalho, contemplando a descentralização, a integração entre departamentos e o funcionamento matricial. Nesse sentido, os profissionais assumiam múltiplas responsabilidades: cada um era referência para uma região sanitária do estado, trabalhava com outros departamentos ou seções da secretaria: Escola de Saúde Pública, hospitais próprios e os setores de medicamentos, de informação e de epidemiologia, bem como apoiava e implementava outras políticas de atenção integral à saúde: da criança e do adolescente, do idoso, da mulher, do trabalhador e bucal. Para desenvolver o trabalho, a aprendizagem em serviço foi o suporte essencial. A equipe reunia-se semanalmente e contou com consultorias para a gestão durante os quatro anos. Para as áreas específicas, como a epidemiologia, produziu intercâmbio de experiências, de acordo com as

necessidades do cotidiano e da política. Assumiu-se em conjunto com a Escola de Saúde Pública, como prioridade, o desenvolvimento da residência multiprofissional em saúde mental, já existente no Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 1984, e a formação em administração de serviços de saúde mental, realizada em um curso de aperfeiçoamento ocorrido em Concórdia, na Argentina, promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental daquele país, já a partir de 1987. Esse curso integrava a política de formação de equipes de condução de serviços de saúde mental das províncias da Argentina, promovida pelo Ministério da Saúde daquele país. O projeto tinha apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e estava estruturado em oito módulos mensais. Como Concórdia ficava na fronteira com o Uruguai e próxima do Brasil, foram ofertadas vagas para os dois países.

Desse modo, integramos um curso de composição tri-nacional. Fui beber das águas das fontes, pois Concórdia ficava na fronteira, era banhada pelo rio Uruguai, o curso exigia esse deslocamento para as atividades presenciais e o itinerário escolhido incluía Uruguaiana, o que permitia sermos acolhidos pela família de meus padrinhos. O local onde ocorriam as aulas se chamava “Ayu”, em guarani, “água que corre”.

Nesse contexto, se deram as condições propícias para elaborarmos coletivamente uma proposta para o Rio Grande do Sul, “Delineamentos da Política de Atenção Integral à Saúde Mental” (1987), que apresentamos como trabalho de conclusão do curso, e que compôs o informe do Ministério da Saúde da Argentina à Opas, tornando-se o documento, carta guia, para as navegações gaúchas. A proposta foi constituída com a matéria da Bacia do Prata: o conceito de saúde mental adotado foi o elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde da Argentina, formulado pelo psicanalista Vicente Galli (1986), os princípios foram os propostos para o Sistema Único de Saúde do Brasil, na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. As propostas incluíam deliberações da I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil, ocorrida em 1987, e a concepção de integralidade foi inspirada na

formulação da equipe de saúde mental da província de Córdoba (1987), concepção que articulava instâncias de atenção com propostas de promoção à saúde, às quais acrescentamos o ensino e a pesquisa. O que chamou a atenção dos colegas e coordenadores do curso foi o tema da participação social, que estava incluída no conceito de saúde mental. A participação constituía-se em uma das prioridades, um dos princípios e um dos objetivos da política, com propostas para viabilizá-la.

O curso gerou três novas estratégias: seminários bimestrais sobre planejamento e pesquisa, durante o ano seguinte, no Ayuí; o *Fórum Concordia de Salud Mental* integrado por argentinos, brasileiros, uruguaios e paraguaios, com encontros anuais, nos quais debatíamos temas preparados previamente com autores. Assim, tivemos encontros com Manfred Max-Neef, chileno, que havia recebido o prêmio Nobel alternativo de economia pelo trabalho sobre “Desenvolvimento em Escala Humana” (1986) e com Franco Rotelli e Augusto Debernardi, de Trieste, Itália, sobre o tema da desinstitucionalização (1992). A terceira estratégia foi a da edição, pela Escola de Saúde Pública, do Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental, no Rio Grande do Sul. O curso foi dirigido à equipe de condução da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, da Secretaria Estadual da Saúde, para profissionais das diversas regiões sanitárias do estado, para as coordenações de saúde mental das Secretarias Estaduais de Saúde de Santa Catarina e do Paraná e para trabalhadores de saúde mental do Uruguai (professores da Universidade de Montevideo). Um dos desdobramentos do curso foi a constituição da *equipe descentralizada de saúde mental* (Oliveira e Saldanha, 1993), equipe que foi decisiva para desencadear processos de formação, de criação de serviços e de mobilização nas regiões e municípios gaúchos. A equipe descentralizada produziu um modo itinerante, nômade e mestiço de trabalhar, estudar, pensar e inventar. A mestiçagem ocorria entre o poder aprender e o poder decidir, com o poder fazer. Aprendíamos sobre a gestão, e as demandas da gestão incidiam sobre a formação e a atenção.

Esse modo de pensar-agir propiciou uma revisita à história das políticas de saúde mental desenvolvidas no Rio Grande do Sul e à formulação de novas conceituações e práticas.

No âmbito da saúde mental, a descentralização do atendimento foi tema no Rio Grande do Sul desde 1925 (SES-RS, 1990). A alternativa única de um hospital de abrangência estadual, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, dava mostras de fracasso: superlotação, abandono e cronificação dos problemas sofridos pela população atendida, o que preocupava as administrações públicas já no primeiro quartel do século XX. A proposta era de construção de hospitais psiquiátricos regionais.

Os serviços extra-hospitais constituídos por equipes multiprofissionais só passaram a ser concebidos na metade do século XX, com a produção de novos recursos tecnológicos. No Rio Grande do Sul, ao final da década de 1950 e início dos anos 1960, foram criados os primeiros ambulatórios públicos, vinculados às universidades e ao hospital psiquiátrico estadual.

A década de 1970 foi a de maior repressão política no Brasil, período do “milagre econômico” e da maior destinação de verbas para a assistência psiquiátrica no país (Resende, 1994). No Rio Grande do Sul, foram contratados profissionais e instalados serviços de saúde mental junto às unidades básicas de saúde ou centros de saúde, da capital e das principais cidades do interior, pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS, 1981). A proposta era a da setorização⁴: atendimento aos doentes mentais por adscrição de área geográfica. Proposta a que o Hospital Psiquiátrico São Pedro veio se adaptar e que teve como objetivo central reduzir a população internada e cronificada pela hospitalização. Muitos pacientes asilares foram reconduzidos aos seus locais de origem ou foram deslocados à Colônia Agrícola de

⁴ Política de saúde mental desenvolvida na França a partir de meados de 1960 cujos princípios eram: 1) delimitação de território para o atendimento de uma população de 50 a 100.000 habitantes; 2) continuidade terapêutica – a mesma equipe atender, no conjunto de cada setor, o paciente desde a prevenção à reabilitação; 3) a assistência ser prioritariamente extra-hospitalar, deslocando o eixo do hospital para a comunidade (Desviat, 1999).

Reabilitação⁵, localizada junto ao Hospital Colônia Itapuã, antigo leprosário. A Colônia Agrícola de Reabilitação (CAR) foi criada para receber pacientes que não apresentavam quadro de patologia aguda, não tinham mais como retornar para casa e nada justificava que fossem mantidos em internação psiquiátrica.

Dos anos 1970 é significativo assinalar (SES-RS, 1990):

- a implantação, no Rio Grande do Sul, da “saúde comunitária”, por meio de um sistema de saúde de atenção primária e da residência multiprofissional em saúde comunitária, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em Porto Alegre, como referido na minha vida profissionalização;
- o início da atenção aos alcoolistas, por meio de serviços públicos hospitalares e ambulatoriais;
- a instalação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais;
- a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais universitários;
- a instalação, em Porto Alegre, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, de um serviço ambulatorial, especializado em psiquiatria na região central, além do credenciamento de profissionais e da efetivação de convênios com hospitais psiquiátricos privados, em diferentes regiões e municípios do estado.

Foram políticas institucionais de saúde nos âmbitos estadual e federal, paralelas e superpostas, que provocaram o múltiplo vínculo de trabalho por um mesmo profissional, a redução dos leitos psiquiátricos públicos e o crescimento dos privados.

⁵ Serviço hospitalar asilar destinado à reabilitação de pacientes crônicos procedentes de zonas rurais cujo tratamento consistia em executar trabalhos do campo: capina, ordenha, plantação e colheita, por exemplo. Criados com a tese de que o trabalho no ambiente semelhante ao de origem era recuperador da saúde.

Na primeira metade da década de 1980, a tendência política foi de unificação: o Plano Estadual de Saúde Mental foi elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde e pela Superintendência Regional do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitou a constituição da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM) e a política específica passou a ser regida pela lógica da programação. Foram delimitadas prioridades, elaborados manuais e programas de cuidados primários de saúde mental e realizadas qualificações para técnicos e auxiliares de saúde da rede pública dos serviços estaduais (SES-RS, 1981). No âmbito da especialização realizada em serviço foi criada a residência multiprofissional em saúde mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Apesar dos serviços que foram criados e dos programas de educação realizados (treinamentos, aperfeiçoamentos e residências), os doentes mentais continuaram sendo cronificados e estigmatizados. A população do grande hospital psiquiátrico público diminuiu: de 5.000 pessoas, nos anos de 1960, caiu para 3.000, na década de 1970, e dez anos depois para 1.400. O decréscimo, entretanto, resolveu parcialmente o problema do Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas os problemas das pessoas foram agravados: o Estado descomprometeu-se de cuidá-las. As famílias, bem como as localidades, não estando disponíveis nem preparadas para recebê-las, reproduziram a cronificação e a exclusão nas próprias casas, com reinternações nos hospitais psiquiátricos privados ou recorrendo aos asilos. As unidades básicas de saúde, planejadas como entrada do sistema de saúde, passaram, no caso da saúde mental, a ser saída: começaram a atender egressos de instituições psiquiátricas. Numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa do hospital e de reinternação a cada surto psicótico, fechando um circuito gerador/reprodutor de aniquilamento psíquico e social. A descentralização foi administrativa e tecnoburocrática. Dessa forma, as tensões nesse período histórico foram transformadas em questões técnicas e administrativas:

hospital x unidade básica de saúde, ensino x serviço, especialista x generalista, médicos x não médicos e psicanálise x psiquiatria. Não ocorrendo o enfrentamento das questões ético-políticas geradoras da exclusão dos portadores de sofrimento psíquico.

A necessidade de transformação da atenção à saúde mental, no mundo, vinha sendo assinalada e realizada há pelo menos quatro décadas na Itália, França, Inglaterra e Espanha (Desviat, 1999). O campo da Saúde Mental precisava ainda constituir-se como tal: complexo e transdisciplinar. As contribuições da psicanálise, da psiquiatria e da psicologia de caráter social e democrático, produzidas na Europa e América Latina, foram significativas, mas insuficientes para produzirem efetivamente as mudanças necessárias: da inserção da subjetividade, da singularidade, da diversidade e do conflito no cotidiano das instituições e da sociedade. A proposta foi a da desinstitucionalização, não apenas das doenças ou dos doentes, mas dos modos de pensar, de criar, de expressar, de produzir, de agir, de amar e de lutar.

A ampliação e a modificação do campo da saúde mental realizada, a partir de meados dos anos 1980, no Brasil, constituiu fato analisador das transformações sociais, determinadas, principalmente, pelas lutas pela (re)democratização da sociedade. No transcorrer do século XX, a luta pela sobrevivência passou a coexistir com a luta pelos direitos de viver e de escolher como viver de diferentes parcelas da população. Movimentos sociais vigorosos nesse contexto, como os ecológicos e os dirigidos à conquista e à garantia de direitos específicos de populações excluídas e/ou segregadas por questões ideológicas, étnicas, religiosas, políticas, econômicas, de gênero, de idade, de patologias ou de necessidades especiais, geraram ou provocaram novos paradigmas e teorias, bem como outras estruturas organizacionais junto aos serviços e políticas públicas.

As categorias analíticas desse fato “analisado” são incerteza, complexidade, fragmentação, dependência, conflito e contradição. Mário Testa define categoria analítica como “ uma abstração realizada com base no exame de uma realidade (...) que pode incluir

imprecisões e ambigüidades, mas que está fundamentado em experiências concretas” (Testa, 1992, p.95). A categoria analítica é uma derivação da realidade e é historicamente determinada.

Considerando que o contexto histórico exigiu uma conceituação da saúde mental capaz de dar suporte a políticas públicas, escolhi três conceitos que embasaram a formulação de propostas de saúde mental no estado do Rio Grande do Sul e na Argentina, que continuaram vigentes em diversos cenários da gestão, da atenção e da formação em saúde mental no Rio Grande do Sul.

O primeiro conceito integrou o documento Delineamentos da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, de 1987, já citado, caracterizando a saúde mental como:

...um estado de relativo equilíbrio e integração entre elementos conflitivos constitutivos do “sujeito da cultura” e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, do qual as pessoas ou os grupos participam ativamente, gerando suas próprias mudanças e no contexto social. (Galli, 1986)

Este conceito sintonizava as diretrizes do Sistema Único de Saúde, dava suporte para que a participação ativa fosse considerada uma prioridade da política de saúde mental, conferia positividade à saúde mental e superava conceitos anteriores, pela sua plasticidade e perspectividade. Foi amplamente estudado nas formações em serviço e nos cursos de especialização em saúde mental, realizados no período de 1988 a 1996, coordenados ou em parceria com a SES-RS. Em 2001, estava sendo utilizado nos cursos de graduação em enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional das universidades que contavam com os campos de estágio da SES-RS e em alguns cursos de pós-graduação em saúde mental do Rio Grande do Sul. Continua sendo um conceito organizador de políticas de saúde mental nesse estado. É um conceito vigente vinte anos após sua elaboração, o que lhe confere aceitação e aplicação.

O contexto político, histórico e social no qual foi concebido foi o da reabertura democrática, após as duras ditaduras do Cone Sul, em especial, a da Argentina. A

redemocratização possibilitou o protagonismo de pessoas e grupos, foi indicativa de transformações e foi afirmativa da potência de pessoas e grupos para efetivarem mudanças. O sentido da reabertura foi o da esperança. O contexto foi determinante para a inclusão da participação ativa das pessoas ou dos grupos, em suas próprias mudanças e nas transformações sociais, como conceito de saúde mental.

Depois de vinte anos, a ditadura militar foi substituída por uma ditadura econômica e não pela democracia plena, o “protagonismo” incentivado foi o do espetáculo narcísico, sem mudança social e o sentido não ficou como o da esperança (espectante), mas como do sonho (desejante). O fortalecimento da democracia e o protagonismo cidadão tornaram-se bandeiras de luta, situações a serem alcançadas, mas não conquista experimentada plenamente. Os processos argentino e brasileiro apresentaram semelhanças e guardaram diferenças, entre as diferenças a de um vigor maior dos movimentos sociais no Brasil e a da promulgação de uma “Constituição Cidadã” brasileira. Constituição (1988) das mais avançadas do mundo em relação aos direitos sociais, que incluiu o Sistema Único de Saúde, com as diretrizes da descentralização da gestão, do atendimento integral e da participação social no setor. A manutenção do conceito se refere à participação ativa em uma democratização em curso. Embora o sentido seja mais de resistência e de medo da exclusão, os brasileiros, em geral, e os portadores de sofrimento psíquico, em particular, têm acumulado experiências concretas de inclusão cidadã, desde a aprovação da lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde, a Lei Federal 8.080, de setembro de 1990.

O referencial teórico utilizado, no conceito referido, era o da psicanálise, diferente da lógica biológica da psiquiatria e psicologia que vigoravam, até então, nas concepções de saúde mental das políticas públicas. As propostas de saúde mental vigentes abrangiam a descrição de quadros psiquiátricos prevalentes, orientavam diagnósticos e prescreviam ações terapêuticas para esbatimento dos sintomas e manutenção dos doentes, incluíam a intervenção

psicológica durante o ciclo do desenvolvimento humano, em especial nas crises vitais e eram impregnadas pelo preventivismo higienista⁶ (Arouca, 2003; Freire Costa, 1989). Eram orientadas ações descontextualizadas, que desconsideravam a imprevisibilidade da vida e descoladas das mudanças teóricas na psiquiatria, psicologia e saúde coletiva. O conceito sintetizado por Galli era condizente com a subjetividade humana, ao sinalizar que se trata de um estado de relativo equilíbrio e integração, superando conceitos e práticas que almejam um estado permanente de saúde mental. Ao explicitar que o conflito é constitutivo das subjetividades, evidencia que este não é passível de eliminação e nem é indicador de psicopatologia, bem como evidencia que as práticas, que se propõem a evitar ou a eliminar conflitos, não fazem sentido. Ao considerar a cultura e os grupos, destaca que produzimos e somos produzidos pela cultura e nos grupos, ou seja, que não existe o indivíduo sem o coletivo. O não entendimento da expressão *sujeito da cultura e dos grupos* levava muitos leitores a suporem uma vírgula entre as palavras *sujeito* e da *cultura*. Ao indicar que as crises são previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, evidencia a impossibilidade de prever todas as crises e a insuficiência dos registros objetivos para orientar propostas de saúde mental.

As práticas geradoras do conceito e derivadas do mesmo exigiam mais plasticidade dos operadores das políticas públicas e das instituições em situações conflitivas e críticas, do

⁶ O preventivismo se refere às práticas desenvolvidas a partir da concepção de que os problemas de saúde podem ser evitados e até erradicados, uma vez identificadas as causas (em geral biológicas), produzidas e socializadas as tecnologias (em geral vacinas e medicamentos). Concepção desconstituída por Arouca em sua tese intitulada *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, escrita em 1976, publicada em 2003, na qual comprovava sua insuficiência e inconsistência, por desconsiderar os determinantes históricos, políticos e sociais no processo saúde-doença. O recrudescimento da tuberculose no Brasil e no mundo no final do século XX reafirmou a tese de Arouca. A expressão *higienista* está associada às práticas preventivistas por seu caráter de “limpeza” sanitária, as quais atingiam determinados grupos populacionais. Na saúde mental, a “eliminação” das ruas e das cidades dos doentes mentais (pobres, mendigos, desempregados) e sua segregação nos hospitais psiquiátricos, higienizava a sociedade, prática demonstrada por vários autores, entre eles, Jurandir Freire Costa (1989).

que condutas normatizadas. A aplicação coerente do conceito conduz a uma contextualização permanente, ou seja, ao conhecimento da história cultural e dos grupos para maior pertinência e eficácia das ações. O conceito valoriza o local, a cultura e os cotidianos, como constituintes de políticas públicas.

O segundo conceito que recupero foi apresentado no Seminário de Saúde Mental realizado em Córdoba, Argentina, em 1986, por Rubén Ferro, psicanalista, sanitarista, professor, coordenador da formação em saúde mental do Ministério da Saúde daquele país, ao proferir a conferência denominada *Prevención en Salud Mental: algunos modos de pensar el problema*. Ferro considerava que a saúde mental era:

colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para o que se funda num projeto político de transformação, para a melhoria da vida de nosso povo.
(Ferro, 1986)

O conceito ficou obscurecido pela maior difusão do apresentado anteriormente, também por sua complexidade e ainda pelo marco preventivista ao qual ficou agregado, uma vez que o autor o expressava como concepção da desejada prevenção em saúde mental. Ferro foi assessor das políticas de formação em saúde mental coletiva do Rio Grande do Sul, de 1988 até 1996.

O contexto da prevenção em saúde mental é o da mudança de paradigmas, bem como da construção de melhores condições de vida, com maior inclusividade e menor sofrimento pela exploração e opressão econômica. O conceito afirmava a centralidade da escuta e da fala, como recursos tecnológicos do cuidado, discrepantes da tradição medicamentosa e da internação hospitalar, num processo instituinte e criativo. Nomear o desconhecido, o que não se sabe, o que se oculta, permite trazer o sensível, o afetivo, o psíquico à existência e transformar ou assimilar a cultura. A palavra possibilita o reconhecimento e a visibilidade daquilo que, se ficar apenas na sensação, se torna insuportável. Ferro explicitava que a técnica e a palavra têm sentido e significado de ativação daquilo que se funda num projeto político

para a melhoria da vida. Esse é um conceito que dialoga com uma idéia de Mário Testa (1992, p.126) sobre o *pensamento estratégico*, ao afirmar que o planejamento em saúde só tem sentido se “criar uma estrutura de comunicação que devolva ao povo as ferramentas necessárias para a sua libertação” e com a formulação de Boaventura Souza Santos (2001) de Oque a ciência só é válida se contribuir para a construção emancipatória de sujeitos. Esse conceito sustenta a multiplicidade de diálogos e dá suporte a processos criativos, trazendo vigor à construção de políticas públicas democráticas. Testa propôs a noção de pensamento estratégico em lugar de planejamento para preservar a autonomia e a criação dos atores ao traçar caminhos para a ação.

No Rio Grande do Sul, o conceito de Rubén Ferro presidiu a estruturação de alguns processos locais (municipais) que o consideraram capaz de produzir tecnologias (teoria com saber fazer) de cuidado à saúde mental. A Cooperativa Qorpo Santo⁷, de Alegrete (Salbego, 2004), e a Oficina de Criação Coletiva, de Bagé (Meira, 1995 e 2001), são exemplos operacionais.

⁷ **Qorpo-Santo** nasceu em **Triunfo-RS**, em 1829. Chamava-se José Joaquim de Campos Leão, mas em 1863, auto-intitulou-se Qorpo-Santo, pois optava por um corpo sob a proteção contra os perigos da carne. Mudou-se para Porto Alegre em 1839. Estudou letras, formou-se professor em 1850 e em 1851 criou um grupo de teatro. Em 1857 mudou-se para **Alegrete**, onde **fundou uma escola**, da qual foi seu diretor. Também foi delegado, tipógrafo e fundou um jornal. Ainda orientava o uso de homeopatia e escrevia poesias (até hoje pouco estudadas). Em 1860, foi eleito **vereador em Alegrete**. Em 1862, teve a interdição de seus bens e perdeu seus direitos civis, judicialmente acusado de louco pela esposa. Por ordens médicas foi forçado a parar de escrever (devido à “mania de escrever”). Considerado o precursor do Teatro do Absurdo e fundador do surrealismo, somente após os movimentos de **maio de 1968** foi compreendido no teatro e teve a primeira encenação de uma peça sua (cem anos depois de escrita). Com base na sua experiência de alfabetizador, **propôs uma reforma da ortografia brasileira** e compôs uma extensa e variada **Ensiqlopédia**. Escreveu 17 comédias, entre as quais Certa identidade em busca de outra; Eu sou vida, eu não sou morte; Hoje sou um e amanhã sou outro; A impossibilidade da santificação ou A santificação transformada e Marinheiro escritor. Foi submetido a numerosos exames psiquiátricos por suas excentricidades cotidianas, por sua relação com a sociedade a que chamava de rebanho e por suas denúncias dos problemas da cidade e dos atrasos provincianos. Qorpo-Santo foi um homem rico, mas perdeu o direito de gerenciar seus bens, também perdeu o convívio com os filhos, considerado louco pela psiquiatria e pela justiça do Século XIX.

O terceiro conceito foi introduzido pela designação de Saúde Mental Coletiva, formulado por mim como:

processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (Fagundes, 1995)

Diversos cursos de formação em serviço realizados no Rio Grande do Sul, de 1988 a 1996, foram denominados de saúde mental coletiva, como sinalização de que o objetivo era formar para a elaboração e implementação de políticas públicas. No transcorrer dos cursos de aperfeiçoamento e especialização, os mesmos se transformaram em efetivas usinas de pensamento criativo, constituindo-se em estratégia da política de atenção à saúde mental para produzir mudanças éticas, políticas e conceituais, para inventar serviços de atenção integral à saúde mental, com potencialidade de legitimação e de enraizamento nos municípios. O processo propiciou a publicação da revista **Saúde Mental Coletiva**. A elaboração do conceito foi publicizada em 1993 nos cursos de especialização e publicada em artigo no ensaio *Exigências contemporâneas*, de 1995, nessa revista.

O conceito de Saúde Mental Coletiva procurou inscrever a saúde mental no campo da saúde coletiva, possibilitando intervenções na realidade social, de modo coerente com o propósito de mudança na gestão e na atenção em saúde nas políticas públicas. Propósito que abrangia a descentralização democratizante⁸ (Belmartino, 1990), a integralidade, a autonomia e que exigia processos instituintes.

⁸ Expressão utilizada por Susana Belmartino, no VI Congresso de Medicina Social em 1989, ao discutir alternativas às políticas neoliberais na saúde. A autora refere que a descentralização para ser uma prática transformadora e não atenuadora de conflitos e mantenedora do *statu quo* está relacionada à mudança nas relações de poder entre Estado e sociedade, às formas operativas e à elaboração de metodologias participativas. “Se trataria de una participación plena en un medio democrático dotado de estructuras formales y informales de manera a garantizar un proceso transaccional y creativo entre gobierno municipal y comunidad.” (Belmartino, 1990, p.35).

O referencial teórico que fundamentou o conceito foi o pensamento estratégico de Mário Testa, articulado com o pensamento criativo de Rubén Ferro, com a desinstitucionalização, formulada por Franco Rotelli e com processos instituintes, o que foi engendrado pelos institucionalistas, em especial René Lourau e Félix Guattari.

Analisando o conceito, é possível sinalizar que foi utilizada a expressão *processo construtor de sujeitos sociais*, para indicar um movimento gerador de atores sociais. O contexto de mudança histórica determina um novo sujeito, protagonistas de movimentos sociais. A possibilidade de construir atores sociais, efetivamente, se configurou com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, criado em 1991, por trabalhadores, usuários e familiares, articulado com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (Lobosque, 2003). Movimento que propôs a reforma psiquiátrica desinstitucionalizante no Brasil pós-ditadura militar. Ao indicar que são sujeitos *desencadeadores de transformações*, o conceito ressalta o protagonismo dos indivíduos e dos coletivos, os quais sofrem efeitos e são produtores de mudanças.

As transformações em saúde mental são instigadas pelo destaque aos *modos de pensar, fazer, querer e sentir* referidos às noções de integralidade e de implicação, bem como à busca de coerência entre propósito de mudança, métodos e organizações.

Política, ciência e gestão correspondem aos três poderes identificados por Mário Testa (1992) no setor da saúde: político, técnico e administrativo. Poderes entendidos como capacidades: de formular propostas de distribuição de poder, de mobilizar e convocar atores para sua implementação, também de lidar com informações e gerar tecnologias e ainda de gerir, redirecionar e potencializar recursos. Portanto, é preciso modificar a correlação de forças e o exercício da cada um dos poderes, é preciso modificar o cotidiano das organizações (escolas, hospitais, prisões, por exemplo) criadas para responder a determinadas necessidades, mas que não têm servido aos objetivos originais ou cujas estruturas, por antigas, não suportam novos propósitos. Na *extinção e substituição de estruturas tradicionais*, explicita-se a

desinstitucionalização, as organizações a serem criadas têm de ter capacidade de *contribuir para* projetos de vida, isto é, devem se compor com as invenções da vida e não apenas oferecer perspectivas de destino pré-fixado. *A criação de projetos de vida* é o objetivo das novas estruturas e remete a projetos emancipatórios de todos os participantes.

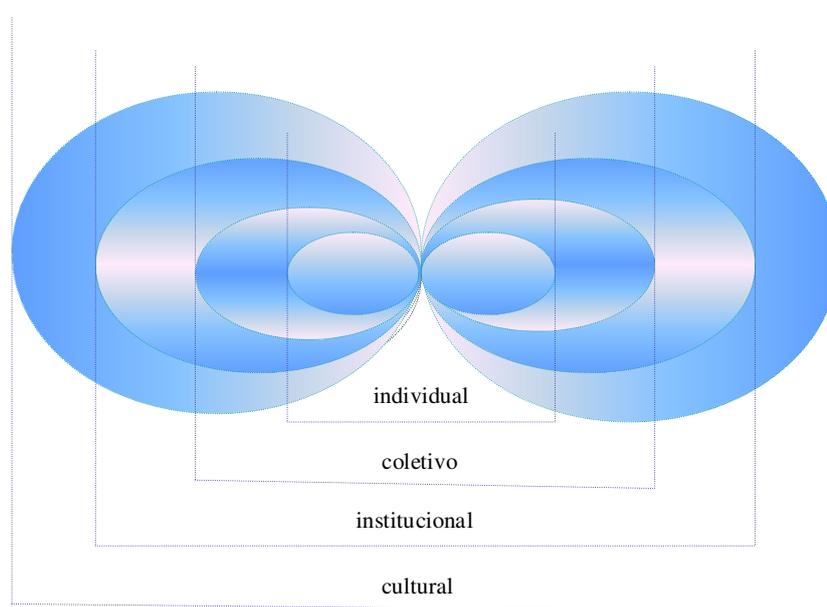
No Rio Grande do Sul, essa concepção propiciou que profissionais e serviços trabalhassem com portadores de transtornos psíquicos, bem como com populações de rua, com grupos de familiares em situação de vulnerabilidade, com presidiários, com crianças e adolescentes maltratados e com mulheres vítimas de violência, também nos movimentos sociais e nos setores da saúde, da educação, da assistência social, do trabalho, da habitação, do ambiente e da cultura e, ainda, com os poderes executivo, legislativo e judiciário.

Ao identificar âmbitos de conhecimento apropriados aos espaços de intervenção, cotejávamos vertentes da análise institucional, pedagogia, psicanálise, psicologia, psicopedagogia e psiquiatria e construimos um diagrama que nos permitiu pensar os múltiplos espaços, que exigiam tecnologias próprias nas políticas públicas, inspirados nas formulações de Gaston Bachelard, no livro *A Poética do Espaço* (1996), e de José Bleger, no livro *Psicologia Institucional* (1984). Bachelard referia-se ao *espaço vivido* e trabalhava com a intimidade e a imaginação. Bleger sinalizava que o conhecimento da psicologia abrangia os âmbitos individual, psicossocial, institucional e comunitário, que o mesmo se desenvolvia na direção do indivíduo para o coletivo e que era necessário fazer o caminho inverso, do coletivo para o indivíduo. Os institucionalistas que trabalhavam com as formulações de Foucault, Guattari, Deleuze e Nietzsche enfrentaram o desafio e constituíram práticas que o superaram, arrematando o tema dos processos de subjetivação.

A elaboração desse diagrama ocorreu em uma das aulas-oficina do curso de especialização em saúde mental coletiva, ocorrido em Bagé, em 1992. Os espaços/âmbitos identificados como construtores/produtores de subjetividade foram o cultural, o institucional,

o coletivo e o individual, marcados pelo encontro/afecções. São espaços que se entremeiam, são dobras e desdobras produtoras de subjetivação, os quais decompos para precisar intervenções, que partam de onde partam transversalizam os demais âmbitos (encontro/afecção).

Diagrama 1 - ESPAÇOS de CONSTRUÇÃO/PRODUÇÃO de SUBJETIVIDADE



O espaço da cultura é o das ruas, das praças e dos meios de comunicação, a matéria prima é a sociedade, o universo é a população em geral, os habitantes de um local ou sua inscrição macrossocial nas culturas planetárias. A abrangência é a de um dado território social, município, bairro ou vila. É o campo próprio para a mobilização social, para a abertura de processos instituintes, para a promoção da saúde, para alertar sobre os direitos humanos e suas violações e sobre as questões ecológicas. A comunicação é predominantemente visual. As palavras, quando utilizadas, constituem *slogans* de fácil apreensão e/ou estão musicadas. A inter-relação, em geral, é momentânea entre os participantes, embora os efeitos possam ser

duradouros. Nos finais de semana, as ruas são os melhores locais para atividades culturais e pedagógicas, como oficinas esportivas, de expressão corporal, teatro, feiras, passeatas, *showmícios*, campanhas e mutirões. Os veículos de divulgação são os jornais, as rádios, os canais de televisão, os automóveis com auto-falantes, os muros, de acordo com as realidades locais, entre outros, como panfletos, “mosquitinhos”, camisetas, faixas, vídeos.

Existem animadores, trabalhadores de rua e comunicadores profissionais para esse tipo de intervenção, sem dispensar os amadores. As atividades nesse âmbito, no município, podem responder sinergicamente às necessidades de lazer e de segurança, ampliar a consciência sócio-sanitária e ambiental e, principalmente, gerar valor entre os munícipes. Geração de valores que implicam trabalho continuado, articulação de atividades cotidianas, ressignificação da história e possibilidade à criação de novas estruturas.

O *chimaloco*, rodas de chimarrão para conversar sobre a loucura, realizadas em alguns municípios do Rio Grande do Sul (Oliveira e Saldanha, 1993), tiveram ou têm, onde ainda são realizadas, o poder de mobilização sobre o tema da loucura, à moda gaúcha. As ações neste âmbito são intersetoriais, um dos setores imprescindíveis é o da comunicação. São atos ativadores de subjetividade: a conquista do direito de expressão pública para quem foi silenciado tanto tempo é revolucionária. A circulação nas ruas, nas cidades é uma das principais conquistas ético-políticas e estéticas do Movimento Antimanicomial, pela potência coletiva e de afirmação da subjetividade que implica.

Insiro uma história de vida como marcador desta potência e afirmação: um morador da Pensão Pública Protegida *Nova Vida*⁹, em Porto Alegre, natural de uma cidade do interior, à beira da Lagoa dos Patos, passava horas desenhando bichinhos e figuras humanas em

⁹ Moradia mantida pelo Estado para pessoas em sofrimento psíquico sem familiares ou com dificuldades de residir com os mesmos, com autonomia limitada temporária ou definitivamente. O processo de criação da Pensão no Rio Grande do Sul está registrado mais adiante nesta dissertação.

movimento num caderno ou bordando-os em tapetes e concomitantemente tinha sintomas psicóticos em abundância: despersonalização, alucinações visuais e auditivas, com intenso sofrimento psíquico, que não se modificavam com o uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, mesmo em doses elevadas. Sua situação foi mudando quando encontrou outra expressão estética para seus “monstrinhos”: desenhou-os em papéis coloridos, recortou-os e os distribuiu num fundo de uma cor só. O efeito da obra foi de forte impacto sobre o autor: ficou surpreso com a beleza produzida e com a sua capacidade. Efeito semelhante ocorreu em seus colegas de moradia e na equipe da pensão. A partir de então, foi se tornando/considerando artista, ganhando as ruas: pintou muros e murais, viajou às cidades de Belo Horizonte e Florianópolis, com o fruto de seu trabalho.

A viagem-advento da virada foi o retorno a sua cidade natal, na qual foi recebido pelo prefeito como artista do município, onde junto com sua família e conterrâneos pintou o maior muro disponível, ao lado de uma pracinha de brinquedos, durante o período de carnaval. O impacto ético-estético foi coletivo, afetou a cidade, a família, os trabalhadores de saúde mental que o acompanhavam e o próprio artista, que desde então passou a ser/estar de outro modo na vida. A partir de então ocorreu a efetiva redução do uso de medicamentos psicotrópicos e de seu sofrimento psíquico, a valorização da família em relação a ele: cidadão capaz de produzir beleza; e dele em relação a si mesmo: gostar do que fazia. Foi uma travessia do invisível, do não nominado, do incapaz, do apartado, para o visível, para o público, para o ético-estético incluído. O artista interveio na cidade que o acolheu com o seu modo de ser. Cidade (Arambaré) e artista (Claudinho) mudaram seus contornos, suas fronteiras, seus territórios. Também se modificaram os trabalhadores que deram suporte e agenciaram a (re)invenção de vida e tornaram pública a experiência por meio de artigos (Sibemberg, 2003), de vídeo (produzido por Patrícia Dornelles), da viabilização de exposições (Mercado Público de Porto Alegre, 1994 e Pensão Nova Vida, 1998; em Paris, 1999; na

Fundação Ecarta em Porto Alegre, 2005) e de *outdoor* (Centro Municipal de Cultura de Porto Alegre, 1995). O artista levou para as ruas e cidades os trabalhadores.

O espaço institucional é o das entidades, das associações, dos serviços e dos estabelecimentos, o universo são as instituições, as organizações. É o campo próprio para ações dirigidas a populações e grupos específicos, utilizando linguagens e tecnologias orientadas às mesmas. São populações muitas vezes já cadastradas e identificadas. Há construção de identidades setoriais ou de divisão do trabalho, as pessoas podem não se conhecer, mas desejam a identificação por pertencimento a uma categoria profissional, por exemplo. Os lugares propícios para tais trabalhos são as escolas, as associações, os sindicatos e os serviços de saúde entre outros. É um espaço para as ações dirigidas, que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida por seu potencial de agregação, servindo à intervenção oportuna no processo saúde/doença, à inclusão psicossocial e à redução de danos em populações específicas, também servem à qualificação das práticas de trabalho pela reunião de agentes de produção da saúde. O reconhecimento do espaço institucional potencializa a utilização de recursos, possibilita a avaliação do processo de trabalho e dos resultados nas referidas populações.

O espaço institucional também é um espaço de invenções, criação e desenvolvimento de parcerias. São inúmeras as experiências nesse âmbito, por meio do desenvolvimento de projetos como o de saúde mental no trabalho, que visa à redução de psicopatologias decorrentes da ocupação profissional; de sensibilização, incentivo e constrangimento para diminuir os acidentes de trânsito; da educação para a sexualidade na escola para reduzir a evasão escolar, a gestação na adolescência e transmissão sexual de doenças, entre outros. A instituição pode ser o objeto de intervenção e a análise institucional, uma ferramenta para problematizar as ações, colocar em ato rupturas e transformações e pôr em questão os instituídos.

Santos (Nicácio, 1994), Campinas (Onocko e Amaral, 1997), Belo Horizonte (Lobosque, 2003), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Alegrete (Salbego e Fabrício, 1995; Ferrari e Mulazzani, 1997), Viamão (Fagundes, 2001; Pelliccioli e Guareschi, 2004; Marca Filho e Rosa, 2002), Joinville (Lima, 2005), Porto Alegre (Carvalho da Silva, 2004; Ferreira et al, 2004; Guilhermano-Neto et al, 2004), Santo André (Os de volta pra casa¹⁰), Belém (Nascimento, 2002), Recife (Balanço 2001) e Rio de Janeiro (Hugo Fagundes, 1997; Guia RJ, 1997), entre outros, são alguns dos municípios brasileiros que têm inventado instituições capazes de dar suporte para processos de desenvolvimento da autonomia das pessoas com a existência em sofrimento e a processos de trabalho instituintes.

Porém, os municípios, além de inventarem serviços e tecnologias de cuidado em processos de abertura ou de mudança, necessitam de suporte para processos de avanço e consolidação que não reproduzam instituídos, a institucionalização ou a cronificação da subjetividade dos hospitais psiquiátricos, ou seja, que não criem uma cultura de perpetuação dos serviços pelos serviços, independentemente da função social que exercem, de tutela dos usuários, de cerceamento de suas potencialidades, de emissão de mandatos inviabilizadores de projetos de vida, como *não tem mais o que fazer ou não tem mais saída*, de prescrições burocratizadas, repetidas sem conexão com as singularidades ou os percursos de cada um, de divisão rígida do processo de trabalho e de cristalização dos poderes nas instituições. Para enfrentar e superar a tendência à “manicomialização” dos serviços que objetivam justamente o fim dos manicômios é preciso que os mesmos comportem espaços de auto-análise e autogestão, de suspensão de julgamentos e de hierarquias, instiguem às indagações e à formulação de novas perguntas e respostas, sejam lugares propícios para a identificação de conflitos e contradições, facilitadores para a elaboração de contratos e recontratos, mesmo que

¹⁰ Informações disponíveis em: <http://www.santoandre.sp.gov.br> e <http://www.osdevoltaparacasa.org.br/saudemental.htm>, acessadas em 25.03.2006.

provisórios, entre seus membros e com seus usuários. Nesse sentido, a análise institucional e/ou o pensamento estratégico têm sido ferramentas potentes para a institucionalidade dos serviços. As assembleias têm sido um dispositivo proposto, assim como supervisões, assessorias e consultorias podem se constituir em espaços de análise do trabalho vivo. O essencial é a disponibilidade do conjunto da instituição de se colocar em análise.

No Brasil, ocorreu a intervenção na *Casa de Saúde Anchieta*, hospital psiquiátrico do município de Santos, realizada pelo governo municipal em 1989-1990 (Tykanori, 1996; Lancetti, 1997). Intervenção cujos atores referentes foram uma mulher: a prefeita da cidade; um líder sanitarista: secretário municipal da saúde; um psiquiatra e um psicanalista: interventores e institucionalistas, aos quais se somaram trabalhadores das mais diversas profissões e municípios num pacto ético-político de compromisso com a vida e de superação do manicômio, que fez a diferença (bifurcação de rumo) na história da reforma psiquiátrica de nosso país. Um dos dispositivos utilizados para a transformação do cotidiano institucional foi a assembleia, coordenada pelo psicanalista, na qual todos participavam: usuários, familiares, funcionários e poder público, cada um a seu modo. Nesse espaço, institucionalmente *caótico*, foram se constituindo pactos e laços viabilizadores de outra ordem-desordem-ordem.

A implantação da Pensão Pública Protegida *Nova Vida* (Fischer, 1993) em Porto Alegre foi outra experiência na qual a assembleia foi o dispositivo decisivo para gerar novos pactos de convivência cotidiana. A referida Pensão foi a primeira moradia pública para portadores de sofrimento psíquico do Rio Grande do Sul e surgiu em consequência do fechamento de um serviço privado conveniado com o Ministério da Previdência e Assistência Social, abrigando cinquenta e cinco moradores que não tinham para onde ir. A mobilização de familiares, vereadores, deputados e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS, antecessora dos atuais Conselhos Municipais de Saúde que ainda não existiam) determinou que, desde a Secretaria Estadual da Saúde, por meio da Política de Atenção Integral à Saúde

Mental (Paismental), fosse encontrada uma solução. Essa solução era a criação de um serviço residencial público. Com o objetivo de garantir a continuidade desse serviço após o final de governo, pois era o último ano da gestão estadual e, num contexto de municipalização da saúde, foi efetivado um convênio com o município de Porto Alegre para que o mesmo assumisse a Pensão. A mobilização dos familiares propiciou a feitura de um contrato com os mesmos de participação ativa na estruturação e no cotidiano do serviço, já que o desafio era instituinte: com o compromisso de não reproduzir os modos de funcionamento da pensão anterior e de inventar possibilidades de emancipação e de construção da subjetividade. Havia uma considerável reticência, tanto de familiares, quanto dos moradores, quanto, inclusive, de alguns trabalhadores apostarem nessas possibilidades. O fato de não haver alternativa fez com que a proposta fosse implantada.

Para coordenar um processo de tanta importância e repercussão foi escolhida uma integrante da direção da Paismental e do Hospital Psiquiátrico São Pedro: a psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer. Ela coordenava assembléias abertas a todos implicados na constituição do serviço e nos cuidados: moradores, familiares, trabalhadores, representantes da população. As assembléias ocorriam ao ar livre, em grandes rodas de discussão e pactuação. Nelas eram debatidos temas do cotidiano: alimentação (desde a logística ao cardápio), cuidados com alguém que estava em crise e namoro entre moradores. Este último tema foi motivo para um deputado estadual mover uma ação contra a coordenadora, levando a questão da sexualidade-promiscuidade-interdição a ser debatida na Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa e na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre (1992).

Nessa Conferência foi aprovada uma moção de repúdio à ação movida pelo deputado e de apoio ao trabalho desenvolvido na Pensão. Toda a conflitiva, com suas implicações subjetivas, institucionais e sociais foi posta em análise nas assembléias. O debate sobre a

sexualidade foi um analisador das relações entre as pessoas na Pensão, desvelou preconceitos, revelou ausências, insuficiências, reproduções de exercício de poder e de violência entre gêneros e possibilitou novos acordos (contratos) entre os pensionistas. A partir de então passaram a haver namoros feitos, desfeitos, refeitos. Alguns casais se estabilizaram, houve quem fosse viver em casas próprias ou não. A Pensão foi o serviço gerador da *rede* de atenção à saúde mental em Porto Alegre. Outros desses serviços foram: a oficina de geração de renda, o Caismental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental), a casa de transição (casa de passagem e de exercício da autogestão do cotidiano domiciliar), o residencial terapêutico (casa para o máximo de oito pessoas residirem, as quais não retornariam a viver com a família de origem), a equipe itinerante para o acompanhamento de ex-pensionistas e de moradores de outros lugares (Guilhermano-Neto et al, 2004). A Pensão foi se transformando e desdobrando na medida em que os moradores foram fazendo suas vidas e a equipe também se mobilizando na geração de tecnologias de cuidados apropriados. Um dos moradores da pensão, que depois foi residir noutra casa disse “aqui descobri que sou um normal oculto” (Airton).

O espaço coletivo é constituído por pessoas que se afinam por objetivos, por problemas e/ou por situações de vida em comum, durante um determinado período de tempo. As relações são interpessoais, cada coletivo tem um processo singular, compartilhado apenas pelos seus integrantes. Os coletivos também têm uma tecnologia própria, seja informativa, pedagógica, terapêutica ou de ajuda mútua. Os coletivos podem ser facilitadores para o desenvolvimento da solidariedade e da afirmação das diversidades, do protagonismo coletivo e da produção de subjetividade.

Nesse sentido, é necessário questionar e superar a justificativa de que o trabalho nos serviços públicos é feito em grupos pelo excesso de demanda e para atender mais pessoas, pois desse modo, o que de fato ocorre, com maior frequência, é a repetição de prescrições tanto medicamentosas quanto de como devem andar as vidas: o que fazer, o que deixar de

fazer, sem possibilidade de escuta, de diálogo, de vínculo ou de produção da saúde. Há uma reunião de pessoas, que não chegam a se tornar um coletivo e sem coletivo não há aposta. Para tanto, é preciso despertar o coletivo com os integrantes e entre os integrantes, incluir o grupo como uma das modalidades de atenção, não como a única, pôr em análise o que ocorre nos encontros, considerar a entrada e saída de pessoas como parte do processo, ou seja, é preciso se colocar em situação grupal, produzir implicação, mutualidade entre os participantes e agenciar invenções de vida.

Muitas vezes, um grupo se desenvolve melhor quando a coordenação é compartilhada e/ou o processo é acompanhado por meio de apoiadores. Nos municípios, os grupos podem contribuir para a constituição de uma rede de suporte psicossocial. O trabalho com grupos provoca indagações quanto aos critérios de agrupamento por patologias (diabéticos, hipertensos, depressivos etc.) gerando pensamento. Ao propor grupos por patologias se está, mais provavelmente, propondo um modo de vida centrado na doença, homogêneo e prescritivo. Muitas vezes os grupos geram organizações que se identificam pela patologia e suas principais ações são destinadas à garantia de acesso ao tratamento: medicamentoso, ortopédico ou cirúrgico; outras vezes, ao lazer. Assim, os serviços de saúde determinam um modo de organização social e de subjetivação, pois identificações e vínculos substituem interrelações e inserções tecidas a partir dos grupos.

Se os serviços de saúde e suas práticas têm poder sobre a vida das pessoas, é possível transformar esse poder em potência de vida, provocador de projetos de presente. Seria mais pertinente que os grupos fossem propostos e desenhados a partir da vida e dos grupos de convivência cotidiana do que das patologias. Hipertensão é problema apenas para hipertensos? Diabetes para diabéticos? Depressão para depressivos? Pessoas têm histórias, necessidades e desejos, convivem com outras, familiares, vizinhos e colegas de várias faixas etárias, que nos afetam e por nós são afetadas reciprocamente.

Os grupos poderiam ser constituídos de modo heterogêneo, diverso, como os humanos. A partir dessa implicação ética, trabalhadores de saúde mental têm desenvolvido tecnologias de cuidado em grupos que imitam e possibilitam inventar a vida. Em Alegrete, o serviço de saúde mental criou o *grupo de convivência* para acolher as pessoas que procuravam atendimento, no qual cada uma contava o que havia motivado a procura, os integrantes do grupo faziam perguntas, davam sugestões e decidiam quem necessitava de atendimento imediato, quem poderia aguardar e quem não necessitava mais do que o próprio grupo já ofertava: convivência. Discussões e decisões que se foram modificando e definindo com mais precisão na prática do grupo. Esse grupo foi capaz de dar suporte para o sofrimento psíquico de um presidiário e um agente penitenciário concomitantemente. Numa ocasião veio ao grupo uma professora solicitando tratamento porque estava deprimida. Após expor o problema, a coordenadora do encontro propôs que ela exercesse sua profissão dando aulas para alfabetização dos usuários, familiares e moradores do bairro. A oferta foi aceita, o trabalho desenvolvido e a depressão sumiu, sem que a professora fizesse psicoterapia ou tomasse qualquer medicação. A prática do grupo de convivência gerou outra: *grupo de casos*, inspirado na cultura rural de se reunir ao redor do fogo, tomando chimarrão e narrando vivências, foi proposto para que pessoas se inscrevam para contar o seu *caso* e, a partir de uma breve apresentação, os integrantes escolhiam a história a ser desenvolvida e analisada pelo conjunto. Desse modo, histórias singulares são reinventadas coletivamente.

Os grupos também são facilitadores do trabalho em equipe e da gestão democrática de serviços e sistemas de saúde. Gastão Campos (2000) chamou de “método da roda” uma proposta de análise e co-gestão de coletivos, enquanto modo de produção de sujeitos capazes de autonomia. Ricardo Ceccim (2005) propôs que as equipes de saúde fossem chamadas de “coletivos organizados de produção de saúde”, coletivo-dispositivo localizado em diagrama, não em organograma. O diagrama proposto pelo autor é de uma mandala cujo desenho mais

simples é um círculo sobre um quadrado desdobrado em linhas que estabelecem contato em torno de um centro (Ceccim, 2005, p.165). Um quadrado dos esquadrinamentos e um círculo das liberdades do fora e tramas múltiplas. Municípios e vários serviços têm criado colegiados gestores (gestão em coletivos) como espaços de análise, planejamento, contratualidade e tomada de decisões: Campinas (Campos, 2003), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Chapecó (Franco et al, 2004), Viamão (Fagundes, 2001), Porto Alegre (Ortiz et al, 2004), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Aracaju (Carvalho, 2006) e João Pessoa (Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2006) são exemplos dos últimos oito anos.

O espaço individual é o da intimidade, da privacidade, de cada um saber a *dor e a delícia de ser o que é*, como cantou Caetano na canção *Dom de iludir*, também é da possibilidade da relação entre duas pessoas, centrado numa delas - o usuário -, embora as duas interajam, sejam aprendizes e se afetem mutuamente. O trabalho com pessoas, que têm pouco ou nenhum espaço para sua privacidade, que têm sido invadidas em sua subjetividade e singularidade, exige atendimento individualizado e, algumas vezes, individual. Há pessoas que preferem ou se beneficiam mais com o atendimento individual, portanto, é necessário ofertá-lo nos serviços de saúde. É o espaço inicial da clínica, não é o único nos anos 2000.

A partir de práticas em diversos espaços e âmbitos de perspectiva ético-estético-política afirmativa da vida (Ceccim, 1997), a clínica foi-se transformando, sendo ressignificada (Lancetti, 1997; Benevides e Passos, 2000 e 2004), ressingularizada (Guattari, 1989) e renominada: clínica ampliada (Campos, 1994), clínica antimanicomial (Lobosque, 1997), clínica em movimento (Lobosque, 2003; Palombini, 2004), clínica nômade (Ferla, 2004), clínica da resistência e criação (Ceccim, 2004). Na prática dessa clínica ressignificada, integral, ocorre a vivência com o inusitado, a fragilidade, a incerteza, com a invenção de possíveis. Retomo esse ponto mais adiante nos aprendizados da pedagogia da implicação.

A clínica ganhou as ruas. Um dispositivo potencializador nesse processo foi o do acompanhamento terapêutico, no qual ocorre o agenciamento de subjetividades, os trabalhadores dão suporte a projetos de reinvenção da vida dos portadores de sofrimento psíquico e os acompanham em casa, nos serviços de saúde, nas ruas, onde for necessário. Uma das primeiras publicações brasileiras sobre o tema foi *A rua como espaço clínico* (1991), cuja autoria foi da equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia *A casa* (serviço privado de São Paulo que atende psicóticos). Em 2004, já foi possível publicar o livro *O acompanhante terapêutico na rede pública* (Palombini, 2004) com experiências desenvolvidas em Porto Alegre. Foi realizado um *colóquio em dois movimentos*, um em Porto Alegre (2005), outro em Niterói (2006) entre acompanhantes terapêuticos sobre suas práticas nas políticas públicas, promovido pelas Universidades Federais do Rio Grande do Sul e Fluminense.

A clínica é constitutiva da integralidade, conceito ferramenta da pedagogia da implicação. Experiências de uma nova clínica e de responsabilização dos municípios foram sendo mobilizadas pelas diversas cidades do Rio Grande do Sul, no bojo da saúde mental coletiva.

O período que referirei a seguir é de 1988 a 1996 e as situações relatadas objeto dos trabalhos de conclusão dos cursos de especialização em saúde mental coletiva.

Em Santo Augusto, situada no noroeste do estado, com aproximadamente 15.000 habitantes em 1995, o trabalho em saúde mental coletiva iniciou em 1989 tendo como diretrizes proporcionar atendimento onde se dá concretamente a vida e propiciar capacitação contínua dos trabalhadores (Crescente e Oliveira, 1995). Uma situação de exemplo da radicalidade com que a equipe exerceu essas diretrizes do trabalho foi quando a polícia militar pediu ajuda para atender solicitação de uma comunidade rural. Essa ajuda era para prender um homem que corria praticamente nu pela lavoura, perturbando o cotidiano do lugar. A

profissional que recebeu o pedido sentiu-se demandada e acompanhou os policiais até o campo, indagando-se sobre o que faria? Todos sabiam o que não fazer: não produzir um ato de violência, não tratar como ato delinqüente. O que encontraram? Um homem com as roupas esfarrapadas esfregando violentamente seu corpo numa “barroca” (buraco raso de terra). O que ocorreu à enfermeira? Tinha a informação de que os familiares do homem queriam apropriar-se de suas terras, então, dirigiu-se a ele dizendo que compreendia a importância da terra para ele e que a equipe lhe daria suporte para sair da situação. Os policiais acompanhavam a cena à distância. O homem aos poucos diminuiu o ritmo violento de seu corpo contra a terra, parou e foi possível uma negociação que incluiu atendimento noutro lugar em outros trajes. A enfermeira expressou em palavras as sensações que o homem manifestava em ato. A situação foi colocada na roda de discussão pela equipe, com os policiais e com os moradores. A roda funcionou como analisadora dos modos da cidade se relacionar com a loucura e os loucos e da possibilidade de efetivar outros contratos.

Em Bagé, situada na região da campanha, ao sul do estado, com mais de 100.000 habitantes em 1995, com atividades ambulatoriais de psiquiatria desde meados da década de 1970, foi desencadeado o processo de mudança na atenção à saúde mental a partir de 1988, considerando como tarefa primordial ao trabalho cotidiano a ressignificação da vida dos usuários de saúde mental (Rocha et al, 1995). Nesse ressignificar, os trabalhadores acompanhavam os usuários na afirmação de seus processos de subjetivação e do desejo de livre circulação pela cidade. Afirmação e circulação a serem conquistadas, que precisavam ser agenciadas pelos trabalhadores. Uma usuária que andava pela cidade como mendiga com um turbante na cabeça, após atendimento e atividade que lhe permitiu ingresso de dinheiro, manifestou o desejo de usar brincos e quis comprá-los. A pedagoga, trabalhadora de saúde mental, que a acompanhava, foi com ela até a joalheria. Inicialmente, não queriam deixar a usuária entrar, permissão concedida pela autoridade da acompanhante, mas, depois,

a vendedora dirigiu-se à pedagoga para saber o que desejava. A acompanhante respondeu que quem desejava era a usuária e que a pergunta fosse refeita à mesma. Os objetos foram mostrados primeiro para a acompanhante, que recusava cada oferta e a vendedora redirecionava a mostra para a usuária. Feita a escolha dos brincos, a informação do preço e a negociação do pagamento foram novamente direcionados para a acompanhante, que se recusou, outra vez, ao papel e a vendedora mais uma vez teve de dirigir-se à real compradora. Essa experiência foi suficiente para que em outras vezes as portas fossem mais facilmente abertas e as compras efetivadas diretamente pela usuária.

Alegrete, município da fronteira oeste do estado, com aproximadamente 80.000 habitantes em 1997, contava com os primeiros atendimentos psiquiátricos na década de 1970 e iniciava um trabalho de atenção integral à saúde mental a partir de 1989 (Ferrari e Mulazzani, 1997; Salbego, 2004). Um dos primeiros atendimentos realizados, e marcador da mudança ético-política na atenção, foi de um homem desconhecido, que ficava na praça central se masturbando, o que perturbava muito a ordem urbana e confrontava a moral dos munícipes.

O recém criado serviço de saúde mental foi acionado para intervir na situação. As primeiras abordagens foram feitas em praça pública e a história foi-se compondo por informações dos moradores e freqüentadores do centro da cidade. Ele havia chegado de ônibus, vindo de Porto Alegre, de onde o haviam embarcado, pois ele repetia a palavra *Alegrete*. Assim, foi considerado natural do município. Nas tentativas de comunicação da equipe com ele, falava também em Canoas. O que resolveram? Não iriam repetir o ato de colocá-lo num ônibus para Canoas, mas iriam dar ouvidos à referência, pois o mesmo, alegretense não era. Então, tiraram uma foto do usuário e um auxiliar de enfermagem que o acompanhava foi até a cidade de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, verificar se encontrava alguma referência do passageiro dessa versão moderna da Nau dos Insensatos

(Foucault, 2000). Em Canoas, quando já tinha perdido as esperanças de encontrar alguma referência do “passageiro”, foi beber um refrigerante. Numa última tentativa, mostrou a foto ao dono do bar e, então, teve a primeira sensação de que a viagem tinha valido a pena! O senhor reconheceu o “passageiro”, informou que morava na rua *Alegrete* e que a família andava atrás dele! O trabalhador-investigador para lá se dirigiu e localizou os familiares! Os parentes ficaram surpresos, indignados, contentes e apreensivos ao mesmo tempo, pois o mesmo “morava na Febem” (antiga Fundação do Bem-Estar do Menor) e após uma fuga dos internos, a instituição havia informado aos familiares, que ele havia desaparecido e talvez estivesse morto! Ele, por sua vez, na fuga, tinha se dirigido a Canoas, mas como falava *Alegrete* foi embarcado para aquele município. A viagem seguinte foi de volta para casa: o acompanhante viajou com uma pessoa que tinha história e não apenas com a foto de um perturbador da moral e dos costumes. A situação instiga a indagar, seu comportamento não era a representação do modo como as instituições e a sociedade o vinham retirando de sua ordem? A equipe de saúde mental do *Alegrete* manteve contato e teve notícias da trajetória do usuário, que passou a morar com a família e a ser acompanhado por trabalhadores de Canoas.

Essas experiências narradas têm a força de vertentes nas vidas dos usuários e trabalhadores, pois modificaram os cursos de suas histórias, foram compartilhadas nos espaços de formação proporcionados pelos cursos de saúde mental coletiva e alimentaram as águas da minha vida.

Ao propor políticas públicas, é preciso incluir ações em todos os espaços/âmbitos, seja da cultura, institucionais, coletivos e/ou individuais, tarefa complexa e viável não apenas articulando os diversos atores sociais e estruturas envolvidas, mas implicando-os na construção de métodos organizativos, coerentes com as propostas viabilizadoras de projetos de presente, aceitando e incentivando encontros que se produzem por alteridade e produzem

afetos (afecções) em atos cúmplices da vida. Os municípios, no Brasil, têm-se constituído nos espaços efetivos para políticas públicas inclusivas, primeiro passo às afecções.

3.1.2 Municipalização da Saúde e Desinstitucionalização em Saúde Mental: dos hospitais às redes de atenção

A descentralização das políticas públicas de saúde, que propicia o protagonismo dos municípios, é recente em nosso país. É uma conquista do processo de democratização, desencadeado a partir da metade da década de 80 do século passado e em construção até o presente momento.

A descentralização é um dos princípios constitucionais do sistema brasileiro de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, e possibilitou que o gestor municipal se tornasse um ator central do setor da saúde e pudesse compartilhar a condução das políticas, historicamente conduzidas pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde e, complementarmente, pelos estados. Mais recentemente, com competências específicas a cada esfera de governo, União, estados e municípios cumprem papéis que vão do apoio à execução, cabendo aos municípios, como atribuição constitucional (Constituição, 1988, art. 30) a implementação da política local de saúde, o município passa a ator social de grande densidade na operação política da saúde.

A reconstituição e até a constituição da rede de serviços passou a ser responsabilidade dos municípios. Os mesmos têm a possibilidade de serem instituintes de um novo modelo de atenção, que contemple os princípios constitucionais da participação da população, da descentralização da gestão e da integralidade da atenção em saúde.

Os municípios têm sido fonte para a formulação, implementação e avaliação da saúde pelos diversos núcleos de estudos e pesquisa em saúde coletiva do país, bem como,

constituem-se em território de encontro, de mistura, de sinergia entre a produção sanitária e da saúde mental em específico. A transformação da assistência em atenção e da atenção em afirmação da vida impõe a reorganização dos serviços, incluindo o acolhimento, a resolutividade e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários como produção da sinergia entre as produções sanitárias e a produção em saúde mental (Ceccim, 2004). A municipalização da saúde, então, tem favorecido a instalação de múltiplos serviços substitutivos aos asilos do passado e aos manicômios da modernidade quando se trata de atenção à saúde mental.

Propostos na reforma psiquiátrica, esses serviços substitutivos são suporte para a invenção de modos de atender que incluam a construção de cidadania, a acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, a diversificação de modalidades terapêuticas e a provocação de novos entrelaçamentos sociais. Essa potencialização tem sido propiciada quando, no mesmo espaço e tempo, encontram-se gestores, trabalhadores e pesquisadores/assessores militantes sócio-políticos.

Municípios de vários estados do Brasil são paradigmáticos desse processo: Alegrete (Ferrari e Mulazzani, 1997), Amparo (Relatório de Gestão de 2004 e 2005), Angra dos Reis (Ferreira, 2001), Aracaju (Carvalho Santos, 2006), Bagé (Rocha et al, 1995), Bauru (Capistrano Filho e Pimenta, 1989), Belém (5ª. Conferência Municipal de Saúde, 2000), Belo Horizonte (Campos et al, 1998), Betim (Bueno, 1997), Campinas (Campos, 2003), Caxias do Sul (Claus e Capra, 2001), Chapecó (Franco et al, 2004), Joinville (Lima, 2005), Niterói (Rocha, 2001), Porto Alegre (Saúde em Porto Alegre, 2004; Ortiz et al, 2004), Quixadá (Sampaio e Santos, 2001), Santo André (Os de volta pra casa¹¹), Santos (Campos e Maierovich Henriques, 1996), São Lourenço do Sul (Besckow, 1993), Sobral (Andrade,

¹¹ Informações disponíveis em: <http://www.osdevoltaparacasa.org.br/saudemental.htm>, acessada em 25.03.2006.

Sampaio e Santos, 1998), Viamão (Fagundes, 2001), Vitória da Conquista (Balanço de Gestão, 2004) e Volta Redonda (Cecílio, 1997), dentre muitos.

O processo não é contínuo em todos eles, pois há mudanças nas conduções dos governos municipais, mesmo quando as mesmas forças políticas são eleitas. Porém, todos eles produziram experiências potentes, geradoras de valor. Entre as experiências mais constantes, mesmo com trocas de governo, e que continuam inventando práticas de gestão e de atenção, pontuo Campinas e Aracaju (sistemas de saúde), Alegrete e São Lourenço do Sul (serviços de saúde mental). Consolidar o município como instituinte de mudanças na atenção à saúde e provocar uma capilarização da rede de serviços substitutivos, a ponto de modificar sua cartografia no Brasil é uma tarefa acolhida pela militância sócio-política da saúde mental coletiva.

Nesse percurso, há dois movimentos que integram o mesmo processo de desinstitucionalização: um de desmonte e outro de invenção de práticas nos municípios. No Rio Grande do Sul, a provocação inicial para problematizar, para tornar questão social e construir respostas diferentes veio da política de atenção integral à saúde mental e de sua convicção em uma pedagogia que implicasse atores de gestão, dos serviços, da formação e do controle social na disputa por mudanças, oferecendo cursos de formação que serviam à mobilização local, à produção de serviços locais de saúde mental e intervenções na cultura. O diálogo com os municípios encontrou diversas situações. A maioria deles identificava que havia problemas em relação à assistência aos portadores de transtornos mentais e a solução variava em torno da convicção de que *lugar de louco é no hospício*. Muitos manifestavam que era necessário ter acesso às internações em hospital psiquiátrico, com sede na cidade ou não, para tanto era preciso ampliar o acesso por meio da ampliação de leitos e/ou internações nos hospitais existentes ou construindo outros.

Em 1987, havia legisladores e executivos gaúchos propondo a construção de hospitais psiquiátricos regionais. Como os municípios com hospitais psiquiátricos eram os maiores e não passavam de uma dezena, a maioria das cidades participava do sistema “hospitalocêntrico” com o transporte, mediante *ambulancioterapia*. Seus problemas giravam em torno dessa logística: o veículo, manutenção, combustível, motorista, diárias, número de idas e vindas mensais, às vezes, acompanhantes. Muitas vezes, o veículo era um dos mais velhos da frota, faltando bancos e com grades entre o motorista e passageiro para proteção. A ambulancioterapia e os encaminhamentos reforçavam o modelo hospitalocêntrico, a tal ponto que as viagens eram realizadas somente para aumentar os ganhos dos motoristas e dos funcionários que autorizavam ou acompanhavam os doentes, independentemente da necessidade dos mesmos. No processo de desvelamento dessa realidade, descobriu-se que, em alguns municípios, os motoristas das ambulâncias regulavam o fluxo de internações/mês e reinternações de pessoas nos hospitais das diferentes regiões do estado, de modo a garantir deslocamentos constantes e regulares (Dalmolin, 1998). O procedimento estava tão banalizado, que os próprios motoristas contavam como procediam. Tratava-se de um procedimento de elevado custo econômico, psíquico e social. Envolvia um número significativo de pessoas - prefeito, primeira-dama, vereador, locutor de rádio, assistente social, secretário de saúde, pessoal administrativo, paciente, motorista, familiares e polícia -, para uma ação paliativa e não resolutiva. Em São Lourenço do Sul, os trabalhadores de saúde mental e a secretária municipal de saúde utilizaram o custo com a referida logística para convencer o prefeito a contratar mais profissionais e alugar um prédio para a *Nossa Casa*, um dos primeiros serviços substitutivos do estado e do Brasil (Besckow, 1993). Aprendizagem estratégica que se multiplicou rapidamente para os demais municípios pela via dos cursos de saúde mental coletiva e dos intercâmbios entre gestores municipais e estaduais.

O fato dos hospitais não aceitarem mais que as pessoas se tornassem moradoras das instituições provocava o seu retorno para os municípios, favorecendo a abertura para outras soluções ao problema da assistência em saúde mental. Já que o *lugar do louco não pode mais ser o hospício, onde será?! Com essa indagação/indignação foi desencadeado um processo de atenção integral no município de Santiago. A equipe da unidade psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria não queria perpetuar o atendimento a uma moradora de Santiago com sucessivas internações. Ela internava várias vezes ao mês e o município, por sua vez, não sabia o que fazer com ela. As integrantes da equipe descentralizada da região propuseram uma reunião no município com todos os incomodados com a situação, a oferta foi aceita e o secretário municipal de saúde a convocou.*

Fomos à cidade: uma trabalhadora do hospital e uma professora universitária de Santa Maria, integrantes da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental do município e da equipe descentralizada do estado, e eu, coordenadora da política de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Encontramo-nos com o secretário de saúde, a coordenadora da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims), o médico da unidade básica, o responsável pela brigada, o psicólogo e o diretor do presídio, um dos mais interessados em encontrar uma solução. A moradora quando entrava em surto e não havia vaga no hospital, ficava numa cela no presídio! Essa situação gerava enorme transtorno, pois o presídio era masculino e, quando ela estava no presídio, os detentos não podiam circular pelo pátio. Para recebê-la a cela era preparada: a pia e qualquer móvel tinham que ser retirados, uma vez que tudo costumava ser quebrado. As manifestações e os sentimentos para com a mulher eram hostis, com desejos de morte e agressão ou traduzidos como de esgotamento, de fim da linha. Possivelmente, eram os sentimentos da própria usuária, que não estava na reunião. Aceitamos a ausência, nos colocamos ao lado dos participantes em relação ao sofrimento e fizemos algumas perguntas, entre elas *se a moradora era sempre inacessível e*

agressiva. Aos poucos, a moradora de rua sem abordagem possível, foi tendo uma história, familiares, algumas inter-relações e nenhum tratamento entre as crises.

A partir de então, foi possível fazer alguns acordos e assumir compromissos. O que o município poderia fazer e o que o hospital faria. O cuidado continuado seria na cidade, feito pela secretaria municipal da saúde, não pela segurança pública, incluindo acompanhamento terapêutico, medicamento e aproximação com a família, o importante era a demonstração de responsabilização, de interesse e de acolhida, não de expulsão do município. O hospital faria uma reavaliação psiquiátrica, encaminharia para o município e os profissionais de um e de outro lugar manteriam contato: o hospital também a trataria e não a rechaçaria. O acordo foi efetivo, a paciente chegou a ficar meses sem internação e passou a prestar serviços para a prefeitura. O encaminhamento dessa situação foi precursor da primeira cooperativa da cidade e do estado: a *CoopLoc*, a qual prestava serviços gerais e de jardinagem para a prefeitura. Os profissionais de Santiago buscaram formação: estágio no hospital universitário, oficina de atenção integral à saúde mental realizada pela equipe da Política de Atenção Integral à Saúde Mental em Santa Maria e o psicólogo foi aluno do curso de especialização em saúde mental coletiva.

Não saber o que fazer em situações limites, com pessoas com transtornos mentais, o esgotamento das alternativas utilizadas e o vazio gerado foi um modo freqüente de desencadear processos de mudança nos municípios. Os “casos” graves foram os precursores de vários serviços municipais de atenção integral à saúde mental. Salbego (2004) faz o registro dos “casos” marcadores para a invenção da atenção à saúde mental em Alegrete: o morador de Canoas (José), referido anteriormente, e Clara, menina de 13 anos que começou a apresentar problemas de comportamento com dificuldades de aprendizagem e que a família adotiva não queria continuar abrigando-a.

A equipe de saúde mental do município recebeu a demanda, através do Conselho Tutelar e do Ministério Público, de internar Clara em hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Após três reuniões, a equipe conseguiu pactuar um plano terapêutico a ser desenvolvido na cidade com a participação dos demandantes, iniciando com a internação e cuidados intensivos, com acompanhante 24 horas por dia, no hospital geral e continuando com o encontro de outra família para Clara.

José provocou a abertura dos leitos psiquiátricos no hospital geral, a ampliação do horário de atendimento no serviço de saúde mental e a articulação com o serviço de assistência social em Alegrete. Clara provocou a viabilização do atendimento e de atividades nos feriados e finais de semana. A equipe produziu plantões participativos realizados por trabalhadores de saúde mental e moradores, em contra-partida a sala de oficinas do serviço de saúde mental era utilizada pela população para comemorações de aniversários, por exemplo. Salbego (2004, p.48) refere que “os plantões passaram a ser uma festa, sempre tínhamos a presença dos grupos de jovens da comunidade com capoeira, pagode, teatro”.

Os municípios que tinham hospitais psiquiátricos em seu território, quando os consideravam problema, não os consideravam parte da cidade. Eram cidades invisíveis dentro das cidades. Era preciso dar visibilidade à instituição e problematizá-la. Já havia conhecimento sobre a função social da exclusão, o sentido do que eram as instituições totais e o disciplinamento nos hospitais psiquiátricos.

Jurandir Freire Costa, em Porto Alegre, em 1989, no encontro *Sexto lobo: clínica do social*, apresentou um texto contundente em relação à perversidade institucional - *psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela*. Também já havia a experiência italiana com a psiquiatria democrática e a, então, recente intervenção na *Casa Anchieta*, hospício localizado em Santos, já referido anteriormente, publicizava a situação de vida com a desassistência e a manicomialização em saúde mental. Contudo, os hospitais psiquiátricos se mantinham como o

lugar do louco. Na busca de novas respostas foram identificados os espaços e a rede social gerados pelo hospital psiquiátrico como situação a analisar e a intervir. Às vezes, uma cidade nascia no seu entorno e dependia do hospital psiquiátrico. Outras, um bairro. Outras, uma economia própria: pensões para familiares e motoristas que vinham de outras cidades; lanchonetes para pacientes, familiares e funcionários; pontos de táxi para locomoção; paradas de ônibus, até linhas de ônibus; farmácia para venda de remédios; creches e escolas para filhos de funcionários. Quando próximas ou anexas aos hospitais gerais, ainda cercavam as unidades de internações psiquiátricas os laboratórios, funerárias e consultórios médicos. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico era solução para muitas pessoas, o que é acentuado em tempos de recessão.

Ao propor o desmonte do modelo hospitalocêntrico era preciso incluir no processo também essas populações, caso contrário seria um projeto tecnocrático fadado ao fracasso, pois a população diretamente afetada se oporia à mudança. Seus defensores não teriam como sustentar a contradição de uma proposta de inclusão social com uma prática excludente. O trabalho era político-social e implicado com projetos de vida. No Rio Grande do Sul, não houve experiência de intervenção em hospitais psiquiátricos. Houve redução dos leitos, proibição legal da construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos, fiscalização dos existentes, regulação das internações e estímulo à abertura de leitos em hospitais gerais (Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, Relatório Azul, 1999/2000; Dias, 2001). O primeiro hospital que encerrou suas atividades foi um do município de Pelotas, nos anos 2000, cujo governo municipal para substituir a instituição psiquiátrica criou sete Centros de Atenção Psicossocial. O antigo hospital virou sede de uma universidade.

Os municípios também se implicaram com o desmonte do modelo hospitalocêntrico ao procurarem levar de volta para casa moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Os primeiros que tomaram a iniciativa foram São Lourenço do Sul e Alegrete. São Lourenço do

Sul foi ao hospital procurar munícipes e realizou o caminho de volta, acolhendo-os numa casa de um conjunto habitacional, que os recebeu como vizinhos. A primeira alegretense que retornou após quarenta anos de institucionalização foi morar sozinha numa casa alugada, hoje aguarda o término de um conjunto habitacional para viver em casa própria ou o desfecho de um processo judicial relativo a um terreno da família ao qual tem direito. Nessa situação, verifica-se o território destinado ao “louco” nesta família e nesta cidade: primeiro o silêncio sobre sua existência e seus bens, depois o trabalho de reterritorialização com a equipe de saúde mental, o reconhecimento da família e da herança, por fim, destinação de um terreno. O terreno concedido foi interno, sem saída para a rua: um não lugar, um “vazio” urbano! Com o agenciamento da equipe essa situação está sendo questionada.

Nesse movimento processual, os municípios foram saindo do distanciamento, a loucura da periferia e o louco da exclusão para se constituírem em centro da busca de soluções para os problemas referentes à vida das pessoas, para criarem serviços que respondam às suas necessidades, para contratarem trabalhadores que circulem pelo município. O desmonte/invenção tornou visível o hospital psiquiátrico, a loucura e os loucos, até então invisíveis, e produziu uma reterritorialização libertadora, pois a afirmação de que *lugar de louco é no hospício*, foi superada para *lugar de louco é qualquer lugar*, na cidade, nas ruas, nas praças ou em casa, menos nos hospitais psiquiátricos. Uma das primeiras consignas da reforma psiquiátrica na Itália foi *a liberdade é terapêutica* (Basaglia, 1979) que mantém o vigor de dialogar diretamente com o que expressam os usuários dos serviços desinstitucionalizantes. Eles dizem *agora é melhor, tenho liberdade, sou livre* e a liberdade é saboreada, vivida na possibilidade de abrir e fechar janelas de casa, de usar a roupa que escolheram para vestir, de tomar água em copo de vidro, de andar de ônibus, de ir e vir pelas ruas da cidade.

Nas trajetórias de reterritorialização e de visibilidade, reúno três situações produzidas nos municípios, as quais identifico como: *louco destaque*, *louco eleitor* e *louco gestor*.

Em São Lourenço do Sul havia o Baile Municipal dos Destaques, no qual as pessoas, projetos e instituições destacadas recebiam um troféu. Ocorreu que a *Nossa Casa*, foi destaque municipal e nos deslocamos das diversas regiões do estado para comemorarmos e dançarmos juntos. Nos anos seguintes, durante a década de 1990, a *Nossa Casa* criou, ela própria, um prêmio, passou a escolher os destaques: pessoas ou instituições relevantes para a reforma psiquiátrica. O prêmio era produzido com exclusividade por artistas locais e a entrega ocorria num evento festivo de repercussão estadual.

Em Bagé e em Alegrete, a legitimidade do trabalho foi expressa nas eleições. Há três mandatos de vereadores que coordenaram as políticas de atenção integral à saúde mental nos seus municípios, desencadearam processos de reforma psiquiátrica no estado e são referências nacionais. Delvo Oliveira em Bagé, terceiro mandato; Maria Judete Ferrari em Alegrete, que, além de vereadora, foi candidata à prefeita e à deputada estadual, e Maria de Fátima Mulazzani, segundo mandato na vereança em Alegrete, identificada pelas lutas por direitos humanos. Suas eleições contrariaram a máxima de que *louco não dá voto*. Suas campanhas, seus mandatos, seus gabinetes e suas práticas têm a marca ético-política da luta pelos direitos humanos, da desinstitucionalização e da saúde mental coletiva, produziram outra estética exemplificada na luta pela saúde mental. Luta por outros territórios à produção de vida, territórios onde fossem possíveis a circulação da loucura, dos loucos e de outros grupos minoritários. Modificações instáveis, tensas, mas que fizeram a diferença no agir político.

Em meados da década de 1990, os municípios começaram a indicar secretários municipais de saúde e dirigentes de secretarias que haviam liderado a criação de serviços municipais de saúde mental, com o desafio de desencadear e/ou consolidar o processo de municipalização do sistema de saúde. Assim ocorreu em São Lourenço do Sul, Turuçu,

Viamão, Rio Grande e Pelotas. No final dos anos de 1990, a Secretaria Estadual da Saúde trouxe das lutas por saúde mental os dirigentes ou equipes dirigentes das Coordenadorias Regionais de Saúde com sede em Alegrete, Santa Maria, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Lajeado e Passo Fundo.

A reterritorialização, com nova história, língua e visibilidade ao louco, à loucura e aos espaços de saúde mental fez necessário ressignificar os temas da incapacidade e da periculosidade. As questões do portador de transtornos psíquicos têm especificidades na interdição e na inimputabilidade, fundamentadas na incapacidade e na periculosidade, respectivamente. Ambas inviabilizaram a cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental, produzindo existências em sofrimento, impossibilitadas de trabalhar, de morar, de gerir seus bens, de herdar, de serem responsabilizadas por seus atos. Delgado (1992) analisou criticamente essa temática no livro “As razões da tutela”. Foucault, em 1970, na aula sobre “a ordem do discurso”, identificou, na separação entre a razão e a loucura, um dos princípios da exclusão na produção discursiva. A conclusão foi de que era preciso transformar a cultura e o aparato jurídico-legal legitimador da exclusão, por isso, a luta era, e ainda é, de construção de cidadania e de direito, direito às singularidades. Para tanto, era necessário mudar a lógica: a incapacidade e a periculosidade são produções sociais e humanas, não são exclusividade de um determinado grupo. A partir de questões como: quem é incapaz, quais as incapacidades, o que é perigo ou quem é perigoso, foram-se modificando atitudes culturais e ações jurídicas nos municípios. Vale sinalizar que dois *slogans* facilitavam o diálogo e foram, então, disseminados: “ninguém é louco 24h por dia, 365 dias no ano” e “de perto ninguém é normal” (retirada da música *Vaca Profana* de Caetano Veloso) para romper com preconceitos e fundamentar novos conceitos. O primeiro ditado reconhecia a loucura e negava sua imutabilidade. O segundo a socializava e humanizava e foi a frase que ganhou o mundo, escrita em português, italiano, inglês, alemão e espanhol.

Os municípios foram assumindo que para cada pessoa que nascia, que morava ou que estava de passagem era necessário proporcionar condições de vida dignas, de inserção social, de acordo com suas precariedades e potencialidades, rompendo com as discriminações e exclusões. Coerentes com o entendimento de que a saúde é determinada pelas condições de vida e trabalho, isto é, moradia, transporte, lazer, educação, cultura, ambiente e renda. Pois, onde as pessoas nascem, crescem, moram, trabalham, ficam ociosas, estudam, aprendem diferentes formas de expressão e de comunicação, dançam, cantam e se constituem é nas suas cidades. Poder-se-ia responder que é na família, mas toda família habita um lugar – habitar é uma condição social – que, na maioria das vezes, é mais forte que o laço involuntário de pertencimento a uma família. É no município e desde este lugar que se devem construir os projetos de presente. Uma pedagogia da implicação é uma pedagogia da cidade.

Nos municípios, as pessoas vivem a cultura em seu cotidiano e constituem coletivos. Nos municípios, os problemas têm visibilidade. Faz parte da subjetividade e da cidadania ser natural de algum município. A mudança de lógica da exclusão para a inclusão social, do encaminhamento desresponsabilizado para a atenção local comprometida, levou os governos, em conjunto com os conselhos de saúde, à inversão de investimentos em saúde. Os recursos que antes eram investidos em ambulâncias, diárias de pessoal e compra de serviços em hospitais psiquiátricos passaram a ser aplicados na criação de serviços resolutivos locais, bem como a saúde passou a ser incluída no orçamento das prefeituras. A exigência é de uma administração estratégica, flexível, complexa e local, articulada com a região.

O hospital psiquiátrico começou a ser substituído por uma rede de serviços de atenção integral à saúde, serviços que foram se estruturando de acordo com as necessidades identificadas na população, em conjunto com ela. Serviços-instituintes, portanto, constituídos por inquietudes, questionamentos, conflitos e discensos, nos quais a incapacidade de mudar e

de criar são indicadores de cronificação. Nos serviços, o caminho da conquista é traçado no cotidiano, em cada contrato feito/desfeito/refeito/modificado.

Os múltiplos sentidos e significados de rede de serviços de saúde mental expressam o quanto a invenção é imprescindível quando o objetivo é ativar projetos de vida. A rede onde se recebe cuidados deve ser constituída por múltiplos serviços, saberes e fazeres. Uma rede de balançar é flexível, molda-se ao corpo de quem a utiliza, *é pendurada nos mais diversos lugares* e, mesmo sendo uma, tem várias funções. Uma rede, onde se recebe cuidados, é de serviços, saberes e fazeres, mas deve servir para deitar e relaxar, isto é, ser um bom lugar para receber cuidados e um lugar para confiar.

Os serviços podem incluir centros de atenção psicossocial, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas de trabalho, oficinas de criação e leitos em hospitais gerais, serviços nos quais se vai tecendo uma rede flexível e solidária de cuidados, de proteção e de atenção às diversas necessidades: saúde, educação, trabalho, lazer e afeto. Rede na qual passem a circular diferentes trabalhadores: artistas, professores, recreacionistas, pedagogos, jornalistas, jardineiros, marceneiros, agricultores etc., além da equipe de saúde: assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, técnicos e auxiliares de enfermagem e acompanhantes terapêuticos. Rede na qual os serviços se beneficiem dos saberes populares e científicos, enriquecidos reciprocamente e onde possa ocorrer a concretude da inter e da transdisciplinariedade, da inter e da transetorialidade, dos contratos sociais e terapêuticos.

Os fazeres incluem atividades individuais, coletivas, institucionais e sócio-culturais, de informação, de orientação, de formação, de acolhimento, de tratamento, de cuidados, de investigação, de aprendizagem, de comunicação, de expressão artística e de expressão corporal. É complexa a tecnologia criada nos serviços municipais: de disponibilidade, de exposição, de continência, de acolhida, de proteção, de tolerância, de “afetivação”, de

“hominização”, em que a diversidade é motor de construção das subjetividades. A organização do trabalho deve possibilitar tais características de forma constante e não somente os trabalhadores, pois estes são humanos e não super-homens: nem sempre estão disponíveis, acolhedores, continentais, protetores, tolerantes, “afetivados”. Os serviços devem se adaptar às necessidades e às singularidades dos usuários e de seus familiares e não o contrário. As ações de saúde mental devem ocorrer onde houver necessidade: na rua, no domicílio, nas escolas, nos hospitais, nos locais de trabalho e nos serviços de saúde.

Portanto e por fim, a rede pode ter as funções de proteção, de lazer, de convivência, de escuta, de tratamento, de cuidado, de orientação, de interação, de suporte, de tolerância e de apoio. A rede deve ser inventada e possibilitar invenções. Essa exigência técnica e ética exigia uma pedagogia da implicação. Sem os recursos estratégicos e políticos próprios das ciências da educação não haveria como produzir, viabilizar e sustentar tanto ensinar e aprender. A carreira de cursos de saúde mental coletiva formava essa capacidade de educação permanente em saúde na gestão das suas políticas públicas para a saúde mental.

Nos municípios gaúchos, a rede começou a ser tecida a partir da busca de novas soluções para velhos problemas com portadores de transtornos mentais. As soluções encontradas tinham potência irradiadora e seu alcance favorecia o desdobramento de novas questões e invenções. As redes municipais se constituíram a partir dos primeiros serviços que operaram efetivamente como laboratórios de projetos de vida. O desafio dos cuidados integrais foi possibilitando a invenção de novos dispositivos e a rede, assim como a clínica, é constitutiva da integralidade, conceito ferramenta da pedagogia da implicação. Surgiu a noção de Rede de Atenção Integral à Saúde Mental. Algumas tessituras municipais relato a seguir.

O município de Santo Augusto (Crescente e Oliveira, 1995) iniciou a rede incluindo a saúde mental nas políticas prioritárias de atenção à saúde: para crianças, para mulheres e para os trabalhadores rurais. Depois criou o espaço denominado *Nossa Sala*, pois efetivamente era

uma peça da Secretaria da Saúde, de livre circulação, a qual as pessoas freqüentavam para conversar, tocar violão e pintar. A sala foi o *cais* de onde a equipe partiu para oficinas, intercâmbios com outros municípios e países e de onde preparou encontros regionais, ampliando a capacidade de prestação de cuidados e conquistando o *Nosso Espaço*, ambiente especificamente para a saúde mental. Espaço que continuou sendo um lugar para parar, abastecer e continuar, pois a equipe foi enraizando o trabalho em toda a cidade com os mais diversos atores: prefeitos, secretários municipais, lideranças comunitárias e funcionários. Quando havia necessidade de internação essa era realizada num leito do hospital geral da cidade, sob os cuidados da equipe e de um médico clínico que se dispôs a trabalhar com o sofrimento psíquico.

O compromisso da cidade pode ser dimensionado pelo atendimento a uma usuária que necessitava medicação diariamente e não tinha autonomia suficiente para administrar seus horários e freqüência e, por isso, comparecia diariamente à unidade de saúde ou alguém da equipe a procurava. Nos fins de semana, entretanto, a unidade de saúde não funcionava. O medicamento ficava, então, com o único trabalhador da prefeitura com carga horária no final de semana, o vigilante. Quando ela não ia tomar o medicamento, o vigilante avisava à secretária de saúde, que por sua vez ia até a casa da usuária. Conheci esta rede singular quando fui secretária de saúde do município de Viamão e perguntei à secretária de Santo Augusto como fazia com as pessoas que precisavam de atendimento nos finais de semana.

Em São Lourenço do Sul, o laboratório-matriz foi a *Nossa Casa*, a qual passou por metamorfoses desde sua criação em 1988 (Besckow, 1993) e de onde foram surgindo tecnologias do cuidado, outros serviços e projetos. A criação do serviço foi provocada pela secretária municipal de saúde, que havia participado de um Encontro Estadual de Saúde Mental promovido pela SES-RS. Quando inaugurada, a *Nossa Casa* foi descrita como uma casa de portas abertas onde todos comem a mesma comida na mesma mesa, utilizam o mesmo

banheiro e a cama para descansar é a mesma para todos, ou seja, não havia espaços, nem equipamentos ou móveis de uso exclusivo dos usuários ou dos trabalhadores. Essa foi uma decisão de equipe que incluiu as assessorias de Rubén Ferro, já citado e de Ana Pitta, psiquiatra responsável pela criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Brasil, em São Paulo (Goldberg, 1996). Foi tema em encontros e aulas de saúde mental coletiva. Na *Nossa Casa* se iniciaram oficinas terapêuticas, o coral, os acompanhamentos terapêuticos, os primeiros trabalhos dos usuários no comércio e serviços da vizinhança, a articulação com cuidadores voluntários da zona rural e a associação dos usuários, familiares e amigos. A *Nossa Casa* foi o suporte para que o hospital geral da cidade tivesse coragem e disponibilizasse leitos para atendimento que, depois, se transformaram numa unidade de internação. A partir do ano 2000, foram inaugurados Caps específicos para atenção às crianças e adolescentes e para pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Um espaço que manteve a cidade ligada ao tema da saúde-sofrimento mental foi o programa de rádio *Cuca Legal* realizado por Elsa Timm (na bibliografia referida como Elsa Besckow) e Flávio Resmini, respectivamente a psicóloga e o psiquiatra, que foram coordenadores de serviço e lideranças do processo de desinstitucionalização no município.

O município de Bagé desencadeou sua rede a partir da ação de trabalhadores de saúde mental e da cultura que primeiro trabalhavam com os usuários onde era possível – centro de saúde, rua, domicílio – e, depois, também em espaços específicos (Rocha et al, 1995). O primeiro espaço específico foi na Santa Casa, que disponibilizou leitos para internação, depois, foi uma casa para moradia transitória viabilizada pela prefeitura e, a seguir, um espaço para a Oficina de Criação Coletiva, aberta num hospital geral (Meira, 1995). Os serviços foram criados a partir das necessidades dos usuários: internação fora de casa, moradia, expressão, trabalho e cuidados.

Do processo desenvolvido em Bagé destaco duas radicalidades na invenção de vida: a moradia e a oficina. A proposta feita pelos trabalhadores de saúde mental para o secretário de saúde e prefeito foi de que o repasse financeiro do Ministério de Saúde para o município pelos atendimentos em saúde mental fossem repassados para a moradia e para os moradores administrarem. A proposta foi aceita e foi desenvolvido um processo de autogestão na casa. Os moradores decidiram que metade dos recursos seria destinada para a manutenção, melhorias e equipamentos coletivos; a outra metade seria para prioridades individuais dos moradores como dentadura e óculos. Os investimentos coletivos e a ordem dos beneficiados individualmente eram decididos em grupo. Desse modo, tive a possibilidade de acompanhar o processo de decisão e a comemoração tanto pela compra da máquina de lavar roupas, quanto pela aquisição da dentadura por parte de uma moradora. Nesses atos concretizava-se o desafio proposto por Benedetto Saraceno (1992), coordenador de saúde mental da Organização Mundial de Saúde: na reforma psiquiátrica o dinheiro deve acompanhar o paciente onde a vida acontece e não o contrário; como o paciente ter de morar no hospital psiquiátrico porque lá estão os recursos financeiros para prover suas necessidades de saúde.

A Oficina de Criação Coletiva de Bagé iniciou num hospital geral e, depois, foi para a sede da Coordenaria Regional de Saúde, para, então, conquistar uma sede própria. A Oficina era o serviço municipal de saúde mental, seus freqüentadores foram chamados de *participantes*, não mais de pacientes e nem de usuários, por decisão dos mesmos e dos trabalhadores; seus objetivos eram a invenção de possíveis, de projetos de vida; suas práticas incluíam atividades criadoras, de cuidado, de subsistência, laborais, de ócio, de cultura, de informação e de participação social (Meira, 1995).

A Oficina sustentava práticas desinstitucionalizantes em ato, não havia delimitações rígidas de espaços, na mesma sala era possível atender alguém em crise, falar com um familiar e confeccionar envelopes. O impacto era caótico e a produção era de vida. O suporte

que fez a diferença para a radicalidade das práticas foi a implicação de artistas plásticos, particularmente Mirela Meira, que construiu uma dissertação de mestrado sobre a Oficina desde a ótica dos participantes (Meira, 2001). A vida estava em permanente criação na Oficina, com uma implicação intensa dos trabalhadores que, por sua vez, também eram exigidos a defender o projeto na cidade e junto às autoridades municipais, pois o processo provocou uma não menos intensa disputa ético-política entre os diversos atores sociais locais. A Oficina manteve sua efervescência enquanto contou com as presenças em seu cotidiano do psiquiatra coordenador da equipe estadual descentralizada, Delvo Oliveira, e da referida artista plástica, assim como, enquanto o município foi sede dos cursos de saúde mental coletiva, isto é, até 1996.

A circulação de professores estaduais, nacionais e internacionais na cidade, as assessorias e as rodas proporcionadas nesse período de gestão pública em educação permanente em saúde, davam o suporte necessário para a equipe inventar os seus possíveis. O serviço continuou existindo quando se reduziu o vigor exuberante que lhe deu invenção e ainda conservou energia para sustentação de outros possíveis. Bagé foi vertente para muitos e foi nascente para outros tantos militantes da vida, mobilizados em torno da saúde.

3.2 Educação: potência intercessora

A invenção da *Saúde Mental Coletiva* ocorreu no Rio Grande do Sul e este nome foi usado para marcar um lugar de construção, não de uma saúde mental em geral, de uma saúde mental das populações ou de uma saúde mental vinculada às ações preventivas, que neste estado é bastante forte, mas uma Política Pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade e pluralidade.

Em dez anos, 1987 a 1996, a experiência de uma intercessão inédita: a formação levava à criação de serviços inovadores e substitutivos, mobilizava profissionais ao pensamento estratégico e ao trabalho em ato (como a enfermeira de Santo Augusto), desafiava gestores de saúde (como a secretária da saúde de São Lourenço do Sul), reinventava práticas tradicionais (como os grupos de convivência do Alegrete) e constituía um movimento social, envolvendo agentes políticos, técnicos, cidadãos, “participantes”, familiares e amigos.

O nascimento da política pública foi proporcionado pelos cursos de formação, os quais chamamos inicialmente de Administração de Serviços em Saúde Mental e depois Saúde Mental Coletiva, que se desdobraram em um curso de aperfeiçoamento em Gestão e Programação, outros dois em Políticas Sociais e Municipalização e, mais recentemente, um de Educação em Saúde Mental. O que estávamos querendo demonstrar era que a força de trabalho em saúde e em saúde mental é constituída por pessoas e não por recursos humanos, que se orienta pelo cuidado às pessoas e não pela eliminação ou tratamento de doenças. Pessoas necessitam de formação, não de treinamentos, práticas cuidadoras requerem desenvolvimento de si e não destrezas em procedimentos; geram acompanhamento e responsabilização, não, pronto-diagnóstico ou tratamento pontual. Foi desenvolvido um processo no sentido da socialização e do compartilhamento de saberes e da identificação de desconhecimentos e nós críticos à mudança.

Precisávamos criar novas estruturas e inventar instituições, terminologias para o cuidado, terminologias para o cuidado e terminologias gerenciais e administrativas que pudessem mobilizar pessoas, desafiar posturas cristalizadas ou práticas identificadas com cada formação profissional específica, precisávamos de profissionais e serviços que se sentissem convocados ou provocados a participar de uma desterritorialização e outra territorialização, não conhecida, como administração de serviços de saúde ou de políticas públicas. Foi uma estratégia que teve mais que os efeitos esperados, pois, efetivamente, conseguimos criar

serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Por ser educação, a transformação realizava-se por convocação pelo desconhecido e pela superação de limites, isto é, mobilizava o desejo de aprender. Se a ignorância compartilhada coletivamente, num espaço de aprendizagem, torna mais fácil sua explicitação, também torna mais fácil o reconhecimento de que nenhuma ignorância é absoluta e ficamos mais disponíveis para aprender e criar uns com os outros e nos coletivos.

Um dos pilares conceituais que mais se mostrou pertinente ao processo em curso, o pensamento estratégico de Mário Testa, apresentava-nos um princípio básico para a invenção da realidade, o postulado de coerência, que tem semelhança com o triângulo de governo proposto por Carlos Matus (1996) em seu Planejamento Estratégico Situacional (PES). O postulado de coerência, entre outras questões, partiu da constatação de que um dos fracassos das propostas de políticas públicas de transformação é a incompatibilidade e incoerência entre os propósitos, os métodos e a organização. Os vértices do triângulo de governo concebido por Matus são o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo.

O esforço da política estadual de atenção integral à saúde mental, apresentada em 1987, foi de buscar coerência entre, de um lado, os propósitos de mudança ético-política e epistemológica e, de outro, o poder e o pensamento estratégico no setor da saúde. Acumulamos muito no campo da saúde coletiva e também no campo da saúde mental em relação à reforma psiquiátrica, à necessidade de modificar e de criar tecnologias de cuidado na área de urgências e à eliminação dos manicômios para que a loucura ocupasse outro lugar na sociedade, junto aos trabalhadores e nas instituições de saúde. Precisávamos saber como se fazia tudo isto, mais, precisávamos aprender esse saber. Precisávamos aprender quais métodos e quais organizações criar, eis um território muito propício para a problematização e agregação de coletivos de aprendizagem, típicas tecnologias de educação para a gestão dessa política pública.

Uma formação por meio de uma educação problematizadora e por coletivos de aprendizagem indaga, põe questões, sobre o indivíduo que somos, as instituições que fazemos funcionar com nossos saberes e práticas e os coletivos de nossa própria formação. Detectamos a pedagogia da implicação: como modificar nossas práticas? O que faremos para isso? Essas eram questões dirigidas aos trabalhadores que já estavam nas instituições. Uma das possibilidades era de propiciar a formação em serviço. Essas questões configuravam nosso campo de intervenção pedagógica e os cursos oferecidos eram para “mudar” os trabalhadores da gestão e da atenção nas instituições municipais e estaduais de saúde ou inseridos nos mais diversos setores públicos, instigando a formação, a criação de serviços e a constituição de movimento social local.

Para possibilitar o acesso aos cursos pelas pessoas que viviam nos municípios havia a necessidade de cursos interiorizados, que ocorressem em vários municípios, durante os finais de semana e à noite, para que os(as); alunos(as), mesmo em trabalho, pudessem frequentá-los. Não queríamos fazer mais do mesmo que já vinha sendo feito: ofertar cursos de aperfeiçoamento ou especialização na capital, com baixa implicação com os locais, durante o afastamento do trabalho, como se a formação fosse uma acumulação e não a experimentação.

Instigar vários setores e provocar ações locais intersetoriais era crucial à pedagogia buscada pelos cursos. Os cursos eram viabilizados e garantiam a presença e a articulação continuada entre o estado, os municípios envolvidos e as universidades locais/regionais; entre os setores da saúde, da cultura e da educação e entre representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Durante os cursos eram realizados painéis, seminários abertos à população em geral e para públicos específicos: estudantes universitários, juízes, professores e escolares.

A coordenação dos cursos, bem como seus corpos docentes, eram constituídos por equipes de professores de inserção local, regional, estadual, nacional e internacional, de várias

profissões e instituições e dispostos à itinerância, com a assessoria permanente de Rubén Ferro. O objetivo era provocar um diálogo entre saberes e práticas de diferentes inserções e produzir, em aula, a desterritorialização e o desenho para as reconfigurações de práticas e serviços, provocar a transdisciplinariedade (outro conceito ferramenta da pedagogia da implicação).

A pedagogia da implicação exigia incluir trabalhadores e populações que estavam excluídos do processo de formação. Desse modo, realizamos em dez anos, de 1987 a 1996, dezoito cursos de saúde mental coletiva, que estão inventariados no próximo capítulo, “implicamos” 709 alunos, 556 em aperfeiçoamento e 153 em especialização. Contamos com 97 professores e “implicamos” igual dezena de apoiadores docentes locais em cada curso. Já na metade do período, em 1992, tínhamos 112 serviços de saúde mental criados nos municípios “implicados”.

Ancorados no *pensamento estratégico* de Mario Testa, trabalhávamos com a categoria “poder”, instigando a capacidade de mobilizar, de propor, de gerar e de gerir recursos e tecnologias. A lógica era de reterritorializar, possibilitar a continuidade das políticas e serviços, independentemente dos períodos das gestões governamentais e, por isso, precisávamos localizar aliados junto aos municípios, desencadear processos de mobilização e trabalhar com políticas sociais, o que propiciaria um trabalho junto às câmaras de vereadores, junto aos executivos municipais, junto aos movimentos sociais, junto às populações locais e junto aos próprios formadores dos diversos locais. Era preciso desencadear processos de abertura, geradores de mudanças políticas, técnicas e administrativas, mobilizando diferentes atores sociais, articulando e comprometendo diversos setores, instituições e disciplinas do ensino regular formal. As estratégias de criação de serviços de atenção integral à saúde mental, de sistematização dos intercâmbios entre os municípios e regiões, entre os estados e internacionais e de articulação de atores em torno de um movimento, o Fórum Gaúcho de

Saúde Mental, efetivamente, garantiram a continuidade do processo de implicação, após o término da gestão estadual em 1991 e tivemos cursos ocorrendo por todos os dez anos do nosso inventário. A autoria de políticas públicas passou a ser exercida desde outros espaços sociais, constituídos durante a gestão estadual.

Um apoio decisivo para a continuidade da formação foi o da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Cosam-MS), que assumiu a política de implementação da reforma psiquiátrica desinstitucionalizante a partir da década de 1990. O coordenador, Domingos Sávio de Nascimento Alves, garantiu o apoio tanto do Ministério quanto da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) enquanto esteve na condução da política de saúde mental e na direção do Departamento de Programas de Saúde (1991-1996) do Ministério da Saúde. O apoio foi construído ativa e estrategicamente: a gestão estadual havia terminado, estava em andamento o primeiro curso de especialização em saúde mental coletiva na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), havia a possibilidade de uma segunda edição em Bagé na Universidade Regional da Campanha (Urcamp) e precisávamos de novos aliados institucionais para avançar o processo desencadeado. Nestas circunstâncias nosso coletivo de trabalho constituído por Teresinha Klafke, professora da UFSM, coordenadora do curso de Santa Maria e integrante da equipe descentralizada, Delvo Oliveira, coordenador da equipe descentralizada e do curso de Bagé, Carmen Oliveira, ex-coordenadora da formação em saúde mental da SES-RS e por mim, decidi ir à Brasília solicitar o apoio do Ministério da Saúde.

Nos cursos foram provocadas expressões criadoras de cada um, nas aulas e nas oficinas de criação com artistas educadores. Como escreveu Marly Meira (1993), sobre as oficinas, *através da arte integram-se o campo dos afetos com o campo dos saberes e práticas*. Uma das criações foi o boletim poético *cometa loucura* produzido coletivamente durante os módulos dos cursos.

A linguagem poética foi a escolha de muitos para se expressarem. Lúcia Crescente, de Santo Augusto, enfermeira e militante sócio-política, assumiu-se, desde então, também poeta.

Introduziu seu trabalho de conclusão com uma poesia (Crescente, 1993):

*Estalos da vida, estalos da meia-noite
Nos entrelaçam, nos estruturam
Garantindo rumos.
Rumos de paixão, de fantasia, de angústia
Que não nos permitem enrijecer
Diante do amanhecer e do anoitecer
De um novo brilho, de um novo degrau
Que nos permite saltar e bailar
Como sujeitos amorosos e epistêmicos.*

No final de um dos cursos, uma aluna silenciosa e presente, solicitou um espaço para manifestar-se, abriu um estojo de violino e tocou, diante de uma platéia boquiaberta. Agradeceu ao curso o fato de retornar ao violino depois de um longo período de abandono.

As experiências criadas possibilitaram nomear essa trajetória de construção, como o nascimento do campo da saúde mental coletiva, em ato, construção que exige militantes sócio-políticos da vida cotidiana, que exige pessoas *sentipensantes*.

Para viabilizar as mudanças, os serviços precisam flexibilidade e agilidade administrativa para decidir e mudar. É preciso viabilizar plantões, visitas domiciliares, idas aos serviços de referência e contra-referência, contando com infra-estrutura para as atividades itinerantes e com remuneração para as mesmas. O trabalho deve incluir a prestação e o desenvolvimento da atenção, onde a formação ganha estatuto de desenvolvimento de si e das práticas, desenvolvimento do pensamento investigativo e da atuação criativa e, definitivamente, o desenvolvimento da potência instituinte da criação da vida.

Ao final do período de dez anos houve a construção de legitimidade do conhecimento produzido por meio de dissertações de mestrado e teses de doutorado. Entre 1999 e 2002, muitos “quadros” da saúde mental coletiva ocuparam postos de direção na gestão estadual de saúde, como já foi mencionado, e de 2003 a 2006 de novo a academia acolhe e fortalece em

produção do conhecimento essa, agora nomeada, pedagogia da implicação. As dissertações e teses legitimaram, trabalharam sobre o inventado e contribuíram para a consolidação do processo. São Lourenço do Sul foi objeto de três dissertações de mestrado (Bernardes, 1995; Hirdes, 2000; Wetzel, 2000). *A Casa*, o primeiro serviço de saúde mental antimanicomial do município de Novo Hamburgo e um dos pioneiros do Rio Grande do Sul, foi o tema da dissertação de Fábio Moraes (2000). De Bagé, a Oficina de Criação Coletiva foi objeto de dissertação de mestrado (Meira, 2001). Santo Cristo, município onde era alto o número de suicídios, levou ao mestrado e ao doutorado o desenvolvimento da saúde mental coletiva, repercutindo seus efeitos na formação em saúde mental nos cursos universitários regionais (Heck, 1993 e 2000). Dissertações e teses foram elaboradas pelos egressos dos cursos sobre a lei da reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul (Dias, 1997); cidadania, saúde mental e população de rua (Martins, 1998); localização das diversas categorias profissionais na reforma psiquiátrica (Kantorski, 1998; Dalmolin, 1998; Saldanha, 2004) e aprofundamento dos recursos assistenciais substitutivos à internação (Arejano, 2002; Sotelo Prandoni, 2005; Cabral, 2005). Vera Miron (1998) escreveu sua tese de doutorado sobre as *memórias da loucura em Ijuí de 1890 a 1990*. As interrelações e interfaces entre reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação foram formuladas na dissertação de Tatiana Ramminger (2005).

Basicamente, fomos construindo, nesse processo, dirigentes/gerentes/gestores de políticas públicas, seja no executivo, ou na diretoria de departamentos universitários, capazes de criarem espaços para a invenção, facilitarem a possibilidade de criação de serviços inovadores em saúde mental e desencadearem processos de educação permanente em saúde mental coletiva.

3.3 Movimento social: agenciamentos sócio-políticos

A reterritorialização, para se efetivar, precisa permear as relações interpessoais, laborais, institucionais e sociais. Para que todos se impliquem num processo democrático, é preciso reconhecer as desigualdades e a diversidade, criar modos de vida que superem desigualdades sociais e incluam as diversidades, bem como, legitimar espaços de liberdade e equidade. Para tanto, é preciso conquistar o lugar de ator social: poder de agenda, de autoria de mudanças políticas, culturais e institucionais, poder de reterritorializar.

Os movimentos sociais são vigorosos quando conseguem mudar a agenda do Estado e suas reivindicações incidem nas políticas públicas de modo determinante ou condicionante. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), por exemplo, conseguiu mudar a agenda do governo, revelando as necessidades culturais, sociais e econômicas da reforma agrária, não apenas como uma condição de estrutura sócio-econômica. O Movimento Ação da Cidadania conseguiu que a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fizesse o mapa da fome. Os movimentos de saúde mental foram se legitimando como constituição de novos atores sociais, reescrevendo histórias de vida e criando uma agenda sócio-política apresentada ao setor da saúde, incidindo em e exigindo políticas públicas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial propôs mudanças sócio-culturais, a partir de um paradigma ético-estético-político e assumiu, em 1987, sua configuração enquanto tal, quando em um encontro nacional, realizado na cidade de Bauru, em São Paulo, definiu a consigna *Por uma sociedade sem manicômios* e o dia nacional da luta antimanicomial: 18 de maio. A luta pela eliminação dos manicômios e construção de rede substitutiva se nominou *Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*, superando o movimento de trabalhadores de saúde mental, já integrado, que se fazia por trabalhadores, “participantes”, seus familiares e outros interessados, todos na condição de cidadãos. O Movimento propôs encontros nacionais

do conjunto de militantes articulados em núcleos nos estados e municípios e outros específicos de usuários e familiares. Encontros que efetivamente ocorreram, a partir de 1993, em Salvador (Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios, 1993), Belo Horizonte (Fórum Mineiro de Saúde Mental, 1995), Porto Alegre (Fórum Gaúcho de Saúde Mental, 1997), Maceió, Rio de Janeiro e São Paulo e foram decisivos na construção de propostas e agendas. Não conseguindo exercer suficiente mediação ou superação de divergências ocorridas entre os militantes a partir do final dos anos de 1990, os encontros geraram a Rede Internúcleos do Movimento.

No Rio Grande do Sul, os militantes sócio-políticos da mudança na saúde mental, os atores sociais *sentipensantes*, “implicados” pelos cursos de saúde mental coletiva configuraram uma instância coletiva que se prolongou rizomaticamente¹² da formação ao movimento social: o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Muitos trabalhos de conclusão dos cursos de especialização foram indicativos dessa travessia. Cito:

- de Delvo Oliveira e Olinda Saldanha: *Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva* (1993);

- de Lúcia Crescente e Jucemara Oliveira: *Da saúde mental para as políticas sociais: a trajetória em Santo Augusto* (1995);

- de Mara Crasoves: *O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade-instituição-sociedade* (1995);

- de Maria Judete Ferrari e Maria de Fátima Mulazzani: *Ressignificando a história: de técnicos a políticos* (1997).

O Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi criado com uma concepção de rede articulada por núcleos regionais, num encontro estadual ocorrido na cidade de Bagé, em 1991, no término da minha gestão estadual da política de saúde mental e foi-se constituindo em ator

12

social ao longo dos anos 1990. O Fórum integrou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Rede Internúcleos do Movimento e uma rede internacional que visa à transformação dos modos de pensar e de agir sobre a loucura. O Fórum foi o espaço social inventado para desterritorializações e para reterritorializações, pois todos seus integrantes são instigados à participação no sentido da mudança e da ocupação do lugar de atores de direitos e de desejos. Os técnicos, os usuários e os familiares não são constrangidos a reproduzir seus respectivos papéis enquanto tais, ao contrário, são desafiados a se (re)criarem como atores e em singularidade. A nomenclatura criada, *mentaleiros*, que dá passagem aos integrantes do movimento é indicativa dessa (re)criação. O Fórum é constituído também por conflitos, contradições e criações/repetições próprias de um movimento que se propõe a mudanças radicais. O seu grande desafio é o de ampliar sua capacidade de suporte, de acolhida, de tolerância e de invenção dos coletivos de produção da saúde mental.

Um “movimento” mantém sua vitalidade enquanto constituir atores sociais, enquanto gerar valor para seus integrantes, portanto, participar de movimentos é indagar-se, é refazer-se, é lidar com conflitos e contradições. Sem uma pedagogia da implicação, os movimentos não geram coletivos e nem põem coletivos em gestão de projetos de vida.

Mário Testa (1997), em *Saber en salud*, escreveu sobre a constituição dos atores sociais, fazendo a articulação entre ciências sociais e vida cotidiana. Nessa articulação, ele propôs um percurso que parte do *sujeito da vida*, o qual, ao se indagar sobre essa vida, constrói hipóteses e pensamento, transformado-se em *sujeito epistêmico* que, ao avaliar e tornar pública sua produção, passa, respectivamente, a *sujeito avaliador* e *sujeito público*. Não estando concluída a sua trajetória, é preciso que seu trabalho contribua para a reconstituição da vida, transformando-se em *sujeito militante sócio-político*. Nesse livro, Testa refere o Fórum Gaúcho de Saúde Mental como um movimento que foi capaz de constituir essa militância e destaca a produção poética nos cursos de saúde mental coletiva:

foi sua escuta de nossa pedagogia da implicação e sua capacidade intercessora de políticas públicas.

Um trabalho de conclusão de um dos cursos de especialização que expressou a singularidade desse processo do cotidiano-produção-restituição foi o de Maria do Horto Salbego e Márcia Fabrício intitulado *Alegrete – O Diálogo*, de 1995. As autoras, a partir das frases das camisetas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, reconstituíram as suas trajetórias e a do município na desinstitucionalização. O roteiro do trabalho iniciou com o título *vestindo palavras* e continuou com *livre para viver, loucos pela vida, viver e não ter a vergonha de ser feliz, sonho pessoas sonham eu, cidadanize-se*. Maria do Horto Salbego (2004) continuou trabalhando a intercessão movimento e política pública de saúde mental em sua monografia de conclusão da especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o título *Contribuição da luta antimanicomial para a política de saúde mental de Alegrete*.

O Movimento delimitou um conjunto de questões que auxiliaram na precisão dos problemas a enfrentar e das situações a construir na elaboração de estratégias políticas ou pedagógicas, facilitando a comunicação com outros atores sociais. As questões em relação à loucura e a saúde mental, no período que antecede e propicia a origem do Movimento eram: qual o objeto, qual a disciplina, quais os procedimentos, qual o espaço e qual o objetivo na atenção e na educação? Ao responder, identificava-se um objeto que era a doença mental; uma disciplina que era a psiquiatria; dois procedimentos que se associaram, ao longo da história da assistência, a internação e o medicamento; um espaço que era o hospital psiquiátrico, e um objetivo que era a cura, mesmo considerando-a inatingível. Esse conjunto foi-se transformando num pacote compacto, legitimador/legitimado por tecnologias e políticas, naturalizado, cristalizado e tornado inquestionável, ou seja, quando uma pessoa era identificada como doente mental ela deveria ser tratada pelo psiquiatra, com medicamentos

pelo resto da vida, pois a doença não tinha cura e, quando em surto, internada em um hospital psiquiátrico.

A própria psiquiatria começou a questionar a imutabilidade e a indissociabilidade desse pacote. Apoiada em aportes da filosofia (Foucault, 1972) e das ciências sociais (Goffman, 1990), a psiquiatria reconheceria que o pacote era gerador de mais sofrimento psíquico e de exclusão social, não condizente com a complexidade humana, em especial no que diz respeito ao espaço destinado aos doentes mentais, os hospitais psiquiátricos (Basaglia, 1985; Freire Costa, 1989; Rotelli, 1992). São inúmeros os trabalhos acadêmicos que evidenciam o fracasso dos hospitais psiquiátricos como lugar de tratamento, bem como evidenciaram sua alta eficácia como dispositivo de exclusão e de aniquilação de singularidades (Resende, 1994). A insuficiência do pacote, num contexto mundial de crise de paradigmas e de novas conquistas, de lutas pelos direitos humanos e por democracia em nosso país, em meados da década de 1980, instigou à articulação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e este assumiu o desafio de decompor o pacote, de transformá-lo e de superá-lo. As questões passaram, então, a ser formuladas no plural: quais eram os objetos, as disciplinas, os procedimentos, os espaços e os objetivos? As novas respostas foram muito diferentes:

- quanto aos objetos, a doença foi substituída pelo processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e pela noção de uma existência em sofrimento, objetos definidos desde a saúde coletiva e desde a desinstitucionalização;
- quanto às disciplinas, a psiquiatria passaria a compartilhar com um conjunto de outras disciplinas, que se ocupariam dos novos objetos constituindo um campo transdisciplinar entre saúde, educação, sociologia, antropologia, política, história, filosofia e arte;

- quanto aos procedimentos, as categorias analíticas da integralidade, complexidade, singularidade e subjetividade foram centrais para a multiplicidade e pluralidade de procedimentos criados e utilizados: acolhimento, acompanhamento terapêutico, orientação de atividades da vida diária, círculos de convivência, psicoterapias individuais e grupais entre outras, para além, quando não em lugar do uso do medicamento e da internação (as possibilidades de internação também se diversificaram - a internação domiciliar, o hospital-dia, o hospital-noite - e a prescrição de medicamentos se complexificou e singularizou);
- quanto aos espaços, o hospital psiquiátrico foi superado pela constituição de uma rede intersetorial de cuidados e de inserção social, que incluía unidades básicas de saúde; Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que, no Rio Grande do Sul, foram chamados de Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (Caismental), Minas Gerais, Centros Regionais de Saúde Mental (Cersam) e no Pará, Casamental; oficinas de criação; centros de convivência; serviços residenciais terapêuticos e leitos em hospitais gerais, entre outros, ressaltando que os espaços também se diversificaram e que a intersetorialidade era essencial, pois o setor sanitário era limitado para as exigências de cuidados e de inserção social dos portadores de sofrimento psíquico;
- quanto aos objetivos, a cura foi substituída pelos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização, objetivos que podiam ser sintetizados como possibilidades para projetos de vida para as parcelas da população que não tinham essas alternativas. Objetivos que exigiam novos e outros saberes e práticas.

O Movimento foi decisivo na construção dos objetivos de autonomização, de protagonismo e de alternativas para singularização. O Movimento operou como dispositivo para a expressão das subjetividades, para a valorização das singularidades e para a reinvenção

da vida. A publicação *Reinventado a vida* (Vasconcelos, 2005) foi escrita por dezoito pessoas do Brasil que narraram suas histórias de *vida com o, vida apesar do, vida e o* sofrimento psíquico. Para a maioria delas, os espaços criados pelo Movimento e/ou a militância no mesmo foi determinante para a própria reinvenção. O Movimento tem sido vertente para seus participantes.

As estratégias do Fórum, ao longo de sua história, foram direcionadas para os âmbitos social, jurídico-político, organizacional e tecnológico. No que diz respeito às mobilizações sociais, o Fórum foi promovendo, anualmente, atividades de transmissão de informação, de esclarecimento, de conscientização, de debate e problematização sobre o tema da loucura e da existência em sofrimento: múltiplas linhas educativas de educação permanente em saúde. As ações foram em conjunto com operadores da cultura, artistas plásticos e das artes dramáticas, escritores e animadores de rua; com outros movimentos sociais; com entidades profissionais, em especial da psicologia, do serviço social, da enfermagem e da terapia ocupacional; com cursos universitários, mais especificamente, professores que também eram *mentaleiros* e com o apoio de legisladores e gestores. Os eventos ocorriam nas ruas, nas praças, nos parques, nos calçadões, nos corredores de passagem das universidades, nos espaços de convivência, bem como nas salas de aula, auditórios, teatros, cinemas, atelieres, oficinas e associações comunitárias. Em geral, acontecem durante o mês de maio, em função do *Dia Nacional da Luta Antimanicomial*.

Em 2005, houve uma grande articulação em todas as regiões do estado, cujo ponto culminante foi o *Mental Tchê!* Realizado em São Lourenço do Sul, convocado e organizado coletivamente pela via eletrônica da Internet, com equipe de apoio logístico local. Reuniu 1.600 pessoas, de 61 municípios, que formularam a *Carta de São Lourenço*. O encontro mobilizou todos os setores da cidade: hoteleiro, do comércio, da alimentação, do transporte,

do turismo, da educação, da cultura e da saúde. No final, o Prefeito declarou que o *Mental Tchê* passou a integrar o calendário de eventos da cidade: louco é destaque de novo.

O Fórum também promove encontros entre usuários e familiares e atividades preparatórias para eventos nacionais do Movimento e da saúde mental, como as Conferências previstas pela legislação do SUS.

O Fórum Social Mundial foi um importante cenário para intercâmbios e produções da saúde mental. Um representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental integrou o comitê organizador estadual do Fórum Social Mundial nas suas três primeiras edições. Vários núcleos do Movimento realizaram atividades e o Fórum Gaúcho realizou oficinas em todas as edições que ocorreram em Porto Alegre. No primeiro a oficina ocorreu no Hospital Psiquiátrico São Pedro e foi coordenada por Mário Testa. Nos dois últimos, promoveu o encontro *Nau da Liberdade*; um sobre exclusão e outro sobre estigma. A atividade ocorreu no barco *Cisne Branco*¹³, três horas de passeio pelas águas do lago Guaíba, para reidratar a luta antimanicomial. O Fórum mobiliza-se em defesa das conquistas e pelo não retrocesso do conquistado.

No âmbito jurídico-político, o Fórum integra o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) desde sua criação, em 1994. Integra alguns Conselhos Municipais e a Comissão Estadual de Saúde Mental, vinculada ao CES-RS. A Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (1992) e as leis municipais de saúde mental (Alegrete, 1996, Bagé, 1998, Canoas, 1995) são conquistas nas quais a militância do Fórum foi central, desde sua elaboração até sua aprovação. Houve uma tentativa, no final de 2004, de mudança da lei estadual de saúde mental, reincluindo os hospitais psiquiátricos na rede de assistência, projeto de lei que só não foi à votação pela pressão dos *mentaleiros*. O projeto foi reapresentado em 2005 e novamente não foi aprovado.

O Fórum precisou se constituir em um espaço mais visível e concreto de fiscalização do cumprimento das referidas leis, capaz de acolher e dar respostas para as denúncias de violação dos direitos dos usuários e dos familiares. A Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul foi aliada fundamental nessa tarefa. O *Relatório Azul* publicado anualmente desde 1995 pela referida Comissão inclui na sua temática a reforma psiquiátrica: seus avanços, retrocessos e desafios. A legitimação das propostas do Movimento, em alguns municípios como Alegrete e Bagé, se materializaram, também, pelo compartilhamento do espaço legislativo, como a eleição de vereadores que foram lideranças constituintes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Em relação ao âmbito organizacional, o Fórum se dedicou à criação da rede de serviços locais de saúde mental. Rede resolutiva, diversificada, acolhedora, dirigida às pessoas e suas vidas, não apenas às patologias. No início dos anos 2000, mais da metade dos 497 municípios do Rio Grande do Sul conta com serviços substitutivos (Dias, 2001; Guia de Serviços de Saúde Mental, 2002). Em 2005, os desafios são de ampliação da rede de serviços, incluindo espaços de trabalho, de expressão artística, de moradia e de acolhida 24 horas por dia, sete dias por semana. Desafios que incluem, portanto, modificações nos modos de financiar, de gerenciar e de organizar o processo de trabalho e de constituir equipes de trabalho. O Fórum integrou o Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAAP¹⁴), depois denominado pelo Ministério da Saúde de Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental¹⁵ o Conselho Gestor do Hospital

¹⁴ Grupo criado pelo Ministério da Saúde para avaliar as condições físicas, estruturais, organizacionais e terapêuticas dos hospitais psiquiátricos do Brasil. Grupo composto por gestores, trabalhadores e usuários em cada estado da federação, articulado com o grupo nacional. A avaliação é o instrumento para induzir modificações, gerar descredenciamento do serviço no Sistema Único de Saúde e, inclusive, subsidiar intervenções.

¹⁵ Criado pela Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde, no. 799, de 07 de julho de 2000, amplia a abrangência do trabalho incluindo toda a rede de assistência em saúde mental. (Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 2004, p.105-108).

Psiquiátrico São Pedro e algumas referências do movimento estão no gerenciamento de serviços estaduais e municipais, de secretarias municipais, bem como na condução de políticas sociais e de saúde mental, mas, o principal desafio é o da *institucionalidade, sem institucionalização* (existir na fronteira instituinte).

Manter a circulação de vida, de inquietudes, de capacidade inventiva, de grupalidades antimanicomiais e de constituição de coletivos de gestão é uma tarefa de educação que não pode se afastar do Fórum. É a sua natureza de educação permanente, em ato, que o fez intercessor das políticas públicas e não uma nova/outra/inédita instituição.

Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE

5 a 9 NOVEMBRO
1997

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

III ENCONTRO NACIONAL DO

PORTO ALEGRE

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de Saúde Mental

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.

Prefeitura de Porto Alegre
MAYOR CIUDAD DEL MUNDO
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL
Forum Gaúcho de Saúde Mental

III ENCONTRO NACIONAL DO

PORTO ALEGRE

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

5 a 9 NOVEMBRO
1997

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA / RS
COMISSÃO DE CIDADANIA
E DIREITOS HUMANOS
CÂMARA DE VEREADORES / P.A.

Prefeitura de Porto Alegre
MAYOR CIUDAD DEL MUNDO
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Porto Alegre
MELHOR DE SAÚDE

Parte IV

ROTAS DE NAVEGAÇÃO: inventário de práticas e extração de tecnologias pedagógicas intercessoras

É o momento de por em análise o processo de formação desenvolvido no período de 1987 a 1996 e os canais construídos até 2005, por meio dos cursos de aperfeiçoamento e de especialização em saúde mental coletiva, seus prolongamentos e intercessões, refazendo as rotas de navegação. As fontes utilizadas foram as revistas de *Saúde Mental Coletiva* (1993, 1995 e 1997), uma publicação de 1990 da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) com a síntese das atividades da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, um levantamento feito por mim em 1997 para o curso de especialização em saúde coletiva na Universidade Regional da Campanha (Urcamp), em Bagé, projetos e relatórios dos cursos, trabalhos dos alunos, apontamentos próprios que compõem minha biblioteca, monografias e artigos produzidos em especializações (residência multiprofissional em saúde mental coletiva, cursos de formação de sanitaristas e de gestão em saúde), bem como dissertações e teses relativas à saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul.

As histórias narradas e as rotas inventariadas foram lidas pelos *mentaleiros* implicados, que agregaram e precisaram informações desse arquivo, possibilitando a produção desse outro, presente discurso (Foucault, 2005, p.95) de minha inteira responsabilidade. Os leitores participantes foram Delvo Cândido de Oliveira (equipe descentralizada, coordenador dos cursos de saúde mental coletiva, psiquiatra, vereador, de Bagé), Elsa Timm (equipe descentralizada, psicóloga, de São Lourenço do Sul, secretária municipal de saúde de Turuçu), Flávio Resmini (equipe descentralizada, psiquiatra, de Pelotas e São Lourenço do Sul, consultor do Ministério de Saúde), Hélio Possamai (equipe descentralizada, coordenador de curso de saúde mental coletiva, psicólogo, mestre, professor

da Universidade de Passo Fundo), Kátia Barfknecht (Oficina Geração PoA, terapeuta ocupacional, professora do Instituto Porto Alegre - Ipa), Liane Beatriz Righi (equipe descentralizada, coordenadora de cursos de saúde mental coletiva, enfermeira, doutora, professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí), Lúcia Otoneli Crescente (enfermeira, mestre, professora temporária da Unijuí, de Santo Augusto), Márcia Falcão Fabrício (fonoaudióloga, especialista em saúde mental coletiva, de Alegrete), Maria de Fátima Mullazani (coordenadora de curso de políticas sociais, fisioterapeuta, especialista em saúde mental coletiva, vereadora, de Alegrete), Maria do Horto Salbego (assistente social, especialista em saúde mental coletiva e em gestão em saúde, de Alegrete), Maria Judete Ferrari (coordenadora de curso de políticas sociais, psicóloga, especialista em saúde mental coletiva, ex-vereadora, de Alegrete), Maria de Fátima Bueno Fischer (equipe do Paismental, primeira coordenadora da Pensão Pública Protegida *Nova Vida*, psicóloga, sanitária, de Porto Alegre e professora da Universidade do Vale dos Sinos - Unisinos), Olinda Lechmann Saldanha (equipe descentralizada, coordenadora de curso de saúde mental coletiva, psicóloga, mestre, professora da Universidade do Vale de Taquari - Univates), Patrícia Dornelles (acompanhante do Claudinho, terapeuta ocupacional, mestre, professora do Ipa) e Teresinha Eduardes Klafke (equipe descentralizada, coordenadora de cursos de saúde mental coletiva, psicóloga, mestre, professora da Universidade Federal de Santa Maria, à época, e hoje professora da Universidade de Santa Cruz - Unisc).

Identificávamos, na formação em saúde mental coletiva, um modo de produzir educação como uma *formação sobre rodas*, uma formação itinerante, com uma pedagogia nômade, os temas eram os mesmos, mas o trabalho era de contextualização, de produção local de diferença, de implicação. A formulação de uma educação na estrada (formação sobre rodas, nomeada na itinerância nômade dos cursos) substituí pela formulação das águas da pedagogia da implicação: *correntezas das águas e as navegações*. Educação na água e não na

estrada. As estradas têm pontos de partida e pontos de chegada. As águas têm nascentes, vertentes, afluentes, defluentes e confluente. As águas não terminam em um ponto, deságuam no oceano. As águas correm, os humanos que nelas navegam necessitam parar e para isso inventaram o artifício dos portos. Serres (2001, p.229) contrapõe o liso e deslizante deslocamento das estradas ao caótico, descontínuo e diverso ritmo, canto, dança e escrita das correntezas, dizendo que “os ritmos dessa dança inteligente e os compassos dessa música sublime marcam o verdadeiro tempo das coisas”, percorrer as correntezas possibilita conhecer “pelo lado de dentro o corpo do mundo”, compreender o escoamento e circulação do sentido. Prossegue: “flamejante, a corrente desce como mil vozes audíveis, decifráveis em outras tantas línguas encarnadas”.

O roteiro inicia por Porto Alegre, em 1988 e 1989. Neste último ano, vai também para Santa Maria, segue, em 1990, para Passo Fundo, passa pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro, vai a Ijuí e Bagé. Em 1991 continua em Bagé, volta a Santa Maria, vai para Nova Prata e percorre o Litoral Norte. Em 1992, concluem-se as viagens de Santa Maria e Nova Prata e continua a de Bagé. Em 1993, o roteiro inclui Rio Grande, Alegrete e retorna a Ijuí com ponte para Posadas (Argentina) e mantém o de Bagé. Em 1994, o roteiro se estende a Melo (Uruguai) e continuam os roteiros iniciados em Rio Grande, Alegrete, Ijuí/Posadas e Bagé, onde continuamos aportando até 1996.

Refazendo o roteiro, é possível afirmar o quanto Bagé foi base, lugar de abastecimento, ancoradouro. Houve efetivamente um deslocamento, uma descentralização da capital para o interior (campanha, fronteira) na construção da saúde mental coletiva.

Os cursos foram viabilizados considerando as necessidades locorregionais, os operadores locais e os tempos políticos e técnicos. Os cursos foram se constituindo em espaços de construção coletiva, de diálogo, de exposição protegida, nossa terceira margem do rio, preparatória para outras exposições com pouca proteção, porém sem ingenuidade, para a

construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental. Os módulos eram entremeados com atividades abertas e mobilizadoras com o objetivo de politizar: tornar nosso problema uma questão social, nos manter *na boca do povo*, produzir vida presente e legitimação. Por isso, as rotas incluem eventos que tiveram potência de adventos como os próprios cursos o foram. Adventos, acontecimentos capazes de ressonâncias, interferências, permeabilidades entre saberes e práticas. Eventos-adventos só ocorrem em uma pedagogia da implicação.

As rotas foram primeiramente reveladas por Delvo Oliveira e Olinda Lechmann Saldanha na revista Saúde Mental Coletiva, em 1993.

Em 1987, realizamos o I Encontro Estadual de Saúde Mental, com 280 participantes, preparatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental e nossa delegação marcou diferença ao eleger entre seus representantes um líder comunitário. O Rio Grande do Sul foi o único estado que levou como delegado um militante oriundo do movimento popular. O Rio de Janeiro fez a diferença levando a única usuária delegada da Conferência. Nesse ano, a equipe condutora da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da SES-RS fez o curso em Concórdia (Argentina) e ocorreu um encontro de coordenadores de saúde mental da Argentina, com a participação de autoridades daquele país, do Uruguai e consultores da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Com o objetivo de promover intercâmbio e sensibilização para desencadear um processo de formação no Rio Grande do Sul mobilizamos uma delegação gaúcha, interinstitucional, multiprofissional e de várias regiões do estado para o encontro em Concórdia. Fomos 33 pessoas de ônibus e nos reunimos com Vicente Galli (coordenador nacional de Saúde Mental), Rubén Ferro (coordenador de formação) e Miguel Ángel Nicolla (coordenador local do curso e do encontro).

No ano seguinte, 1988, iniciamos o I Curso de Aperfeiçoamento em Administração em Serviços de Saúde Mental com 103 alunos, de 22 municípios. Concluíram o curso, depois de oito módulos, 85 alunos. Durante o curso, promovemos intercâmbio entre coordenadores

de saúde mental das províncias de Córdoba e Mendoza, na Argentina, com coordenadores da área da região sul do Brasil (alunos). Nesse encontro, tive um retorno do modo como conduzia a política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma liderança “a par”, compartilhada, disse Diego Rapella, coordenador de saúde mental em Córdoba. Nesse ano, realizamos o II Encontro Estadual de Saúde Mental, com 320 participantes, nele Galli fez a conferência sobre *Construção participativa em saúde mental*, que integrou a bibliografia de todos os cursos, assim como contamos com a presença de Pedro Gabriel Delgado, à época, atuando na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Colônia que havia sofrido uma intervenção com o uso inclusive de urutus (tanques de guerra) e, no encontro, aprovamos uma moção de repúdio ao ato.

Ainda em 1988, apresentei a proposta de Política de Saúde Mental da SES-RS no II Encontro Latino-Americano de Psicologia Marxista e Psicanálise: intercâmbio de experiências, práticas e teorias, em Cuba (Camargo et al, 1988). Encontro cuja primeira edição em junho de 1986 já havia sido decisivo para aceitar o convite de coordenar a Paismental, pois lá vivi com intensidade a implicação de profissionais com projetos públicos. Os intercâmbios com cubanos se produziram ao longo dos anos de 1990 e muitos são companheiros de vida.

Também em 1988 organizamos junto com a Universidade Federal de Santa Maria, por meio do Departamento de Psicologia (com professores alunos no curso de saúde mental), o I Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária (Sismec): *repensando a saúde mental*, que contou com 750 participantes vindos do Brasil, Uruguai e Argentina. No Simpósio, ocorreu um dos módulos do curso de Porto Alegre: alunos e professores se deslocaram à Santa Maria, as aulas ocorreram em espaços compartilhados e próprios e o trabalho do módulo foi sobre a experiência. Deslocamento mobilizador, explicitador de implicação e marcador de itinerância.

Em 1989, iniciamos em Santa Maria o II Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental com 84 alunos, de 27 municípios. Ao final, 65 alunos concluíntes.

No mesmo ano, propusemos um curso de aperfeiçoamento em *programação e gestão estratégica* para a equipe descentralizada de saúde mental (constituída no I curso) e alguns gerentes de serviços, com uma metodologia de autogestão: os conteúdos, professores e textos eram pactuados em sala de aula a cada um dos cinco módulos: dos 40 inscritos, de onze municípios, 32 terminaram o curso. Desse modo, tivemos acesso ao seminário sobre *planejamento estratégico* com Mário Testa e Carlos Matus, que havia se realizado na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, e desenhamos a formação, que passou a ser chamada por saúde mental coletiva, para 1990 (último ano do governo estadual). Ainda em 1989 realizamos o III Encontro Estadual de Saúde Mental no Hospital Psiquiátrico São Pedro, dele participaram 850 pessoas. Entre os convidados estiveram os coordenadores nacionais de saúde mental do Brasil, da Argentina e do Uruguai e uma convidada especial, a enfermeira Eunice Xavier de Lima, que realizou uma oficina com os trabalhadores do hospital sobre sexualidade e loucura, pois era um tema tabu na instituição e que precisava ser enfrentado de outro modo. Eunice era livre docente em enfermagem psiquiátrica, autora de projetos inovadores na universidade (à época Universidade Federal de Pelotas, depois estava em Florianópolis, na Universidade Federal de Santa Catarina) e se tornou uma importante aliada na construção da saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul.

Em 1990 foram viabilizados quatro Cursos de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva em Passo Fundo, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Ijuí e Bagé, coordenados por integrantes da equipe descentralizada. Os dois primeiros tiveram 8 módulos e os últimos 6. Passo Fundo teve 75 alunos inscritos de 33 municípios, dos quais 65 concluíram o curso. No Hospital Psiquiátrico São Pedro foram 120, de seis municípios e terminaram 80 alunos. Em Ijuí, 45 se inscreveram, de onze municípios e 35 concluíram. Em Bagé, 60 concluíram de 165

inscritos, oriundos de doze municípios. Neste período, os coordenadores passaram a nomear os cursos de acordo com a realidade locorregional. Assim, no Hospital chamou-se *desinstitucionalização*; em Ijuí *saúde mental nos sistemas locais de saúde*; em Bagé *liberdade é terapêutica*.

Em Passo Fundo, a grande marca foi a quantidade de municípios, outras foram:

- o início de uma interlocução militante com um procurador do estado (Geraldo Feix) e um juiz do município (Paulo Félix) que realizaram os demais roteiros como professores e integraram o Fórum Gaúcho de Saúde Mental;
- a produção de uma aluna, que serviu de guia para as demais rotas, no módulo sobre saúde e trabalho: saúde mental do trabalhador, na qual ela disse “aprendi que no meio do caminho tinha uma pedra e essa pedra era eu!”, inspirada na poesia de Carlos Drummond de Andrade (1978) *No meio do caminho*;
- a nomeação de Caismental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental) para os serviços substitutivos no município, proposto no trabalho final de alunas de Passo Fundo, um nome que propusemos para Porto Alegre e que foi aceito pela pertinência à história da cidade, seu nome e seu porto.

Dois adventos ocorreram no II Curso, um foi a conferência do cubano, psicólogo, professor doutor Juan Guevara Valdez, proporcionada pelo curso, pela Universidade de Passo Fundo e Coordenadoria Regional de Saúde. Era a primeira vez que um cubano ia ao município e o fato repercutiu na região. Durante a década de 1990, Guevara foi professor convidado da Universidade Federal de Santa Maria e também realizou os roteiros da saúde mental coletiva (Guevara Valdez, 1995). O outro advento foi a luta que travamos ao longo do curso contra a abertura de um hospital psiquiátrico regional em Passo Fundo, conseguimos problematizar, tornar público o embate e adiamos a inauguração, que ocorreu e se tornou o

manicômio presumido. Este advento foi decisivo para acelerarmos a criação de dispositivos que proibissem a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos. Assim, conseguimos, junto ao Conselho Estadual de Saúde e sanção pela Secretaria Estadual da Saúde de uma resolução que impedia novas contratações de leitos em hospitais psiquiátricos e, em 1991, foi proposto o projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e a substituição gradativa dos existentes por uma rede de serviços, semelhante às proposições do projeto de lei do Deputado Paulo Delgado aprovado na Câmara de Deputados e que tramitava no Senado Federal.

O curso no Hospital Psiquiátrico São Pedro instalou a problematização na instituição que já vinha sendo provocada pela política de saúde mental e, especificamente, pela área de desenvolvimento de pessoal do hospital, da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da realização do III Encontro Estadual, culminando com a troca da direção. Uma marca do curso foi a quantidade de alunos de nível médio, os auxiliares de enfermagem, e o seu silêncio em aula. Quando indagados sobre o silêncio responderam “estamos amadurecendo as idéias”, desde então aprendemos sobre produção silenciosa de cumplicidade e de aprendizagem. Alguns desses profissionais se tornaram autores da desinstitucionalização e militantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A implicação produz cumplicidade.

Em Ijuí, ocorreu o encontro com a enfermagem, com a realidade dos minifúndios e dos pequenos municípios, como a que já havia iniciado em Passo Fundo: o conhecimento de Santo Augusto, de Santo Cristo (com seu alto índice de suicídios) e de Três de Maio formulando a proposta de Raismetal (Rede de Atenção Integral à Saúde Mental), *raiz* e *mental* referindo o cultivo da terra e às raízes. Ijuí promove anualmente a *festa das nações* e esta motivou a ida de Giovanna Del Giudice, de Trieste, para a cidade, o que se constituiu um advento agregador na região para a saúde mental coletiva.

O curso em Bagé iniciou no final de 1990 e deu o suporte para a transição de construção de uma política pública desde o Estado (Secretaria Estadual da Saúde) para o movimento social, bem como para a continuidade da formação em saúde mental coletiva. Chamou a atenção o número de alunos inscritos: 165, que nos levou a realizar no primeiro módulo um encontro com a apresentação do curso para que os inscritos fizessem a escolha da continuidade ou não: confirmaram 105 alunos. O curso também deu suporte para a instalação da Oficina de Criação Coletiva de Bagé. Neste curso, a utilização do “conto”, de histórias transmitidas oralmente, de “acontecidos” da vida consolidou-se como método pedagógico eficaz para produção de conhecimento e de possíveis. Duas histórias tornaram-se código entre nós a da *nuvem negra* e a da *passagem de Drake*, contadas pelo professor Rubén Ferro.

A primeira, uma ficção escrita pelo físico inglês Fred Hoyle (1964) sobre acesso e modos de produção de novos conhecimentos. Uma enorme nuvem negra se aproximava da Terra e foi detectada por dois grupos de cientistas, de dois pontos distintos do planeta, um utilizou a tecnologia de ponta disponível e outro, métodos clássicos de observação e cálculos próprios da astronomia. Os dois concluíram que a nuvem se chocaria com a Terra e que sua aproximação seria suficiente para a destruição planetária. Os Estados reuniram um estrato representativo de humanos numa comunidade criada artificialmente para estudar e evitar o choque. Durante os estudos, verificaram que a nuvem respondia, era inteligente, e recrutaram os melhores cientistas para tentarem comunicação com a mesma. Ocorria que cada um chegava no limite de suportabilidade do cérebro: entrava em estado febril, convulsionava e morria. O exército queria utilizar a força e armas nucleares para destruir a nuvem e os cientistas resistiam. O físico coordenador da missão procurou se comunicar. Nesse processo, foram decifrando códigos e a nuvem ia revelando o quanto os humanos éramos atrasados e precários no modo como necessitávamos de corpos e quanto trabalho tínhamos para carregá-lo, reproduzi-lo, em ciclos muito curtos de vida. Por outro lado, contava como era sua vida

puramente energética e inteligente. Chegou o momento limite do físico coordenador, que, então, antes de morrer, chamou o jardineiro para continuar a comunicação, pois era o que poderia utilizar o cérebro de outro modo: seus neurônios estavam disponíveis para diferentes circuitos.

A expressão *Nuvem Negra* passou a ser utilizada diante de situações de aprendizagem e de vida que exigiam saberes e práticas diferentes dos utilizados até então, e mais, situações nas quais o conhecido não permitiria acessar o desconhecido. A desinstitucionalização exigia movimento de desaprender o aprendido, de um lado, e de aprender diferente, de outro.

A passagem de Drake foi experienciada por Ferro. É a passagem mais perigosa do sul do planeta, pois nela encontram-se os mares dos Oceanos Pacífico e Atlântico, correntes frias e quentes, ventos de mais de uma direção. O barco para atravessar se assemelha a uma bacia, é redondo para poder jogar mais levemente. Todos os tripulantes se amarram no barco para poder atravessar e apenas tomam, de um recipiente preso ao corpo, com canudinho, o líquido necessário para a sobrevivência. Há movimentos concomitantes de todas as direções e diferentes velocidades e temperaturas. Chama-se Drake em homenagem ao pirata que conseguiu atravessar a passagem, numa fuga da marinha inglesa. Apenas uma pessoa não se amarra, pois há um lugar estável no barco, de movimento zero, seu centro de gravidade: aí fica quem está no comando, que nessa situação nem sempre é o comandante. Após a passagem há uma cerimônia em homenagem a Netuno. *Drake* passou a ser utilizada para identificar situações limites, nas quais são necessários saberes e práticas mestiços e híbridos: científicos e míticos, ritos técnicos e religiosos. Duas histórias para criar uma linguagem para a implicação.

O final da gestão (1990) na Política de Saúde Mental da SES-RS ocorreu com três grandes eventos-adventos: o II Sismec, a exposição da obra de Bispo do Rosário e o IV Encontro Estadual. O II Sismec: *criando alternativas de liberdade*, foi em Santa Maria,

contou com 732 participantes e reuniu a rede estadual, nacional e internacional que vínhamos tecendo. Realizamos inúmeras oficinas sobre municipalização, saúde mental e trabalho, desinstitucionalização, comunicação, arte, cooperativas e legislação, entre outras. Do Brasil, estiveram presentes Ana Pitta, Fernanda Nicácio e Roberto Tykanori (coordenadores de saúde mental de Santos), Eugênio Escanovino Neto e Magnólio (Paulo Sposito Oliveira) do projeto amazônico *saúde e alegria*. Projeto com o qual sintonizamos rapidamente por sua itinerância e compromisso com a vida: uma equipe de saúde que andava de barco pelas comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, por onde aportavam fazendo um espetáculo de circo, no qual os profissionais eram os personagens, com temáticas de saúde e utilizando produtos da terra (sementes e frutos) no lugar da pipoca e do amendoim. Com sua tecnologia, tinham reduzido a desnutrição e a mortalidade infantil da região. Também iniciaram projetos de desenvolvimento local e prosseguiram sua trajetória com práticas de ecodesenvolvimento. Continuamos trabalhando com Magnólio na produção da saúde mental coletiva, que ele, por sua vez, utilizou para formular o que intitulou de “educologia” (Magnólio, 2003). São de sua autoria frases como “saúde alegria do corpo, alegria saúde da alma” e “a alegria não nos tira a seriedade”. Magnólio coordenou uma grande oficina que incluiu uma caminhada pelas ruas da cidade e o término num showmício no centro de Santa Maria pelo fim dos manicômios e pela invenção de vida, com a participação dos convidados internacionais: Giovanna Del Giudice, da Itália, Alma Carrasco, Suzana Rudolf e Marcelo Viñar, do Uruguai, Vicente Galli, Rubén Ferro, Silvina Malvarez, Hugo Cohen, Miguel Angel Nicolla e Luis Ellerman, da Argentina. O encerramento do II Sismec foi a produção coletiva de uma carta, na qual todos que quiseram escreveram uma frase, uma poesia, uma história ou uma música suscitada pelo simpósio. Foi uma carta multilingüe (português, espanhol e italiano) escrita a 300 mãos. A implicação era alegre, produzia coletivos e mestiçagens e nos levou à praça pública.

A exposição da obra de Bispo de Rosário foi considerada pelo mundo da cultura gaúcha o acontecimento do ano. Foi o evento de 1990 com maior público no Museu de Artes do Rio Grande do Sul (Margs): 6.000 visitantes. Achutti, fotógrafo que registrou a exposição chamou-a de *bordado de uma existência*. Bispo do Rosário, sergipano, foi da Marinha brasileira, morreu na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, tempo onde produziu toda sua obra (que intitulava de *reconstrução do universo*) desfiando lençóis e juntando objetos no hospital, permitindo que pouquíssimas pessoas tivessem acesso a ela. Ele nos colocou no mundo *a marteladas*, parafraseando Nietzsche. Suas obras ilustraram a primeira revista do Fórum, a *Saúde Mental Coletiva* e o cartaz do IV Encontro Estadual de Saúde Mental. A implicação também ocorre *a marteladas*.

O IV Encontro chamou-se *Desconstruindo manicômios a caminho da municipalização* e contou com 1.200 participantes vindos de cem municípios gaúchos. Ocupamos múltiplos espaços de Porto Alegre para a realização de cursos e oficinas, inclusive alguns não disponibilizados ao público como o terraço do Margs (graças ao Bispo do Rosário). Houve uma oficina-advento no encontro-advento intitulada *o mundo das imagens* coordenada por profissionais do Museu de Imagens do Inconsciente, fundado por Nise da Silveira, do Rio de Janeiro (Silveira, 2001). Desta oficina, que ocorreu no auditório da Assembléia Legislativa participaram 600 pessoas. O Encontro terminou com os participantes no palco do salão de atos da Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), num movimento coletivo que abarcou todo o auditório expressando que a política pública de saúde mental era de autoria de todos. A implicação produz uma estética própria.

Ao mapearmos as rotas de navegação percebemos que a política de saúde mental no Rio Grande do Sul produziu e foi produzida por eventos-adventos promovidos por coletivos implicados, em movimentos itinerantes de expansão (encontros, simpósios) e de recolhimento (cursos), que ampliou progressivamente a quantidade de aliados e territorializou projetos de

presente. Ocorreram nesse período (1987-1990) inúmeros encontros municipais e regionais no estado, possibilitadores de aprendizagem e de legitimação de práticas: São Lourenço do Sul, Santo Augusto, Bagé, Santa Maria, São Francisco de Assis, Santiago, Erechim, Passo Fundo, Nova Prata e Caçapava do Sul (Oliveira e Saldanha, 1993). Os eventos também se constituíram em *celebrações* de encontros, de produção de híbridos e de mestiçagem.

O IV Encontro sinalizou o caminho: os municípios. Estes assumiram a continuidade da formação em serviço (aperfeiçoamentos) e as universidades regionais (com as quais já tínhamos trabalhado) abriram espaço para as especializações em Saúde Mental Coletiva.

Em 1991, continuou o curso iniciado em Bagé, lá promovemos o Fórum Estadual de Saúde Mental, com 350 participantes entre eles Mário Testa, Vicente Galli, Rubén Ferro e Miguel Ángel Nicolla (Argentina) e no encerramento criamos o Fórum Gaúcho. No evento uma exposição inédita: uma mesa interativa sobre *saúde e loucura* transmitida pela rádio, possibilitando a intervenção dos ouvintes. Experiência que passamos a utilizar sempre que possível: Uruguaiana, Alegrete, São Lourenço do Sul, São Francisco de Assis e Três de Maio, e que provocou o intercâmbio com a rádio *TAM-TAM* de Santos (Oliveira e Saldanha, 1993).

Em 1990, havia duas regiões que não tinham desencadeado processos de formação e que praticamente não contavam com serviços substitutivos: o litoral norte e a serra gaúcha. Desde a Paismental procuramos prefeitos e secretários municipais da saúde propondo o curso de aperfeiçoamento em saúde mental coletiva. Os do litoral aceitaram, sendo decisivo o compromisso da secretária municipal de saúde de Osório e, na Serra, o apoio foi de Nova Prata. Desse modo, em 1991 realizamos dois cursos de aperfeiçoamento mantidos pelos municípios, pois a gestão estadual tinha encerrado esse tipo de financiamento com a mudança de governo. Em Nova Prata, inscreveram-se 43 alunos de oito municípios e concluíram 22. No litoral foram 60 inscritos de nove municípios, dos quais 35 concluíram. Nos dois cursos a presença significativa de profissionais de nível médio e, no litoral, de funcionários públicos

sem experiência na saúde ou saúde mental. A aprendizagem no curso do Hospital Psiquiátrico São Pedro facilitou o desenvolvimento pedagógico nesses dois cursos. Em Nova Prata, a invenção local foi por meio do trabalho: marca da cultura regional italiana, portanto código que todos os alunos dominavam. Assim, a loucura começou a circular e a sair da invisibilidade e do quase absoluto silêncio, por meio das feiras de produtos artesanais caseiros, também produzidos pelos usuários da saúde mental.

No litoral norte, os módulos foram itinerantes e cada cidade preparou a recepção aos alunos e professores: Osório, Torres, Capão da Canoa, Tramandaí, Santo Antonio da Patrulha e Canela (também promotora do curso). Neste curso, tivemos a experiência e o desafio de pensar a gestão de municípios com populações sazonais: durante o ano com 250.000 habitantes no máximo e no verão com 1.500.000 pessoas! Eram cidades praticamente desertas a maior parte do ano e nitidamente estratificadas: havia o território dos veranistas (com infraestrutura e próximo da praia) e o dos munícipes (quase sem infra-estrutura e distantes da praia). Era visível a necessidade de políticas equitativas e de fixação de moradores no litoral. O aumento da longevidade e de pessoas morando sozinhas, bem como do empobrecimento da classe média brasileira, a partir de 1991, contribuiu para a ampliação de habitantes nas cidades litorâneas. Neste curso, a experiência do contra-fluxo: aulas, hospedagem e festas em lugares ociosos e em dias não convencionais (segundas e terças-feiras). Modo facilitador para a indagação, para a invenção de possíveis. Assim, acompanhamos, por exemplo, duas funcionárias administrativas do município de Maquiné (município com muitas correntezas e cachoeiras) transformarem-se em trabalhadoras de saúde mental, capazes de romper com o cárcere privado de um morador da cidade, conseguindo que ocupasse outro lugar na família e no município e, ainda, que o médico da unidade de saúde o atendesse. Provocaram o interesse do profissional por meio do próprio compromisso. A implicação é encarnada.

Em Palmares do Sul, também com alunos no curso, o atendimento iniciou na sede da secretaria da saúde, a loucura invadia as salas, rompia silêncios, incomodava/desacomodava, todos foram aprendendo a lidar com os problemas e muitos a cuidar das pessoas em sofrimento psíquico. Em homenagem a essa história, quando inauguraram uma casa para o atendimento chamaram-na *Meu Cantinho*. A implicação desacomoda.

Decorrente do curso realizamos um segundo Fórum Estadual, que denominamos Fórum de Serviços Locais de Atenção Integral à Saúde Mental, em Canela, com as presenças de Mário Testa e Rubén Ferro (Argentina), de Domingos Sávio Nascimento Alves, coordenador nacional de saúde mental do Ministério de Saúde (Brasil) e de Tereza Ragno (Itália). No Fórum, realizamos uma reunião com secretários municipais de saúde da região para discutir a viabilidade de abertura de serviços locais de saúde mental e preparamos nossa participação para um encontro internacional que ocorreria em Santos. A grande marca foi o local do evento e da hospedagem: um hotel cinco estrelas para todos os participantes: usuários, trabalhadores e convidados. Já havíamos aprendido sobre contra-fluxos: durante a semana há pouco movimento em lugares turísticos. A implicação gera linhas de fuga para a invenção.

Em 1991, iniciamos o I Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria com 62 inscritos de quatorze municípios, dos quais 56 concluíram. Dois novos encontros, com o professor doutor Ricardo Rossato, demógrafo que passou a integrar o corpo docente dos demais cursos, que preparava textos específicos para as regiões dos alunos e nos apresentou os trabalhos do professor Milton Santos (2004), e com o professor mestre da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) Nilson Rosário Costa, organizador do livro *Cidadania e Loucura* e que estudava o tema das políticas públicas. No final do curso, professores da Ensp integraram as bancas de apresentação dos trabalhos, os quais foram publicados na primeira revista *Saúde Mental Coletiva*. Durante o curso, Mário

Testa pôs em discussão suas elaborações iniciais sobre a relação entre vida cotidiana e ciências sociais, publicadas em 1997 no livro *Saber en salud*. Referíamos, à época, a necessidade de constituição de sujeitos *amorosos e epistêmicos* e nos encontramos com a expressão *sentipensantes*, publicada por Eduardo Galeano. A experiência na formação em saúde mental coletiva contribuiu para a consolidação do Instituto de Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. No curso de Santa Maria, foi elaborado o pré-projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica, referido anteriormente, apresentado pelo deputado Marcos Rolim, cuja formação política iniciou na UFSM. Também nesse curso, no módulo sobre política de pessoal, coordenado por Carmen Oliveira e Teresinha Klafke foi utilizada uma história infantil sobre o equilibrista (Almeida, 1999). Desde então passamos a nos considerar *equilibristas da vida*. Rubem Alves foi outro autor que passou a ser constante nos cursos. Na formatura, os alunos produziram um texto coletivo no qual referiram a obra de Bispo do Rosário e destacaram o barco, que diferente da *nau dos insensatos*, era produto e produtor da liberdade de criar possíveis, “de ultrapassar barreiras, descobrir outros portos, de ir além, descobrir águas em que não mais navegue só uma triste embarcação” (A pós-graduação em saúde mental coletiva, 1993).

Ainda em 1991, desde o Conselho Regional de Psicologia, do qual eu era presidente, tivemos a oportunidade de organizar o II Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, decidimos pelo tema dos novos paradigmas e práticas no mundo do trabalho, enfatizando a transdisciplinariedade e as novas tecnologias, e o denominamos *o trabalho na constituição do sujeito*. Foi mais um evento-advento de muita efervescência, tensionamento, desacomodação e encontro. Reunimos psicólogos, físicos, sociólogos, sanitaristas, sindicalistas, mentaleiros, médicos e pedagogos. Um dos debates intensos foi sobre subjetividade, trabalho e a dimensão prazerosa do mesmo. A professora que fazia a interlocução desses temas com o espaço público era a psicóloga Sandra Jovchelovitch.

Nesse ano, tramitava o projeto de lei estadual sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, para consolidar apoios, convencer legisladores em dúvida e demover os contrários tivemos a possibilidade de organizar, junto com Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa, um Seminário Internacional de Saúde Mental com a presença de Franco Rotelli, da Itália, e 1.500 participantes. Nessa ocasião, Rotelli visitou a Pensão Pública Protegida *Nova Vida*, em Porto Alegre, e a *Nossa Casa*, em São Lourenço do Sul. A visita a São Lourenço do Sul foi marcadora da internacionalização do município no mapa da desinstitucionalização. A implicação produz uma geografia própria.

Em 1992, iniciou o II Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, agora em Bagé, com 43 alunos, de treze municípios, dos quais 37 concluíram. Nesse ano, nos dedicamos à aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em todas as suas etapas: municipais, estaduais e nacional bem como com a organização e participação no III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva a cargo da Secretaria Municipal e Saúde de Porto Alegre.

No curso, houve a organização em comissões de trabalho com alunos e coordenadores para a elaboração do regimento interno, para a confecção do boletim (que se tornou poético): *cometa loucura*, de mobilização e de participação em eventos, assim como constituímos uma comissão de ética com dois coordenadores e dois alunos eleitos em plenária. O segundo módulo, cujo tema era cidadania e legislação, transformou-se numa oficina com a assessoria jurídica da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa sobre a lei estadual da reforma psiquiátrica, na qual identificamos os pontos possíveis de negociar e os inegociáveis. A produção da oficina foi subsídio para a redação do texto substitutivo aos projetos apresentados pelos deputados Marcos Rolim e Beto Grill (que havia apresentado outro projeto). Texto pactuado entre os dois, as respectivas assessorias e o Fórum Gaúcho de Saúde

Mental, aprovado por unanimidade e sancionado em agosto de 1992. O deputado Grill apresentou, ainda, um projeto de lei sobre pensões protegidas, que também foi aprovado.

De Bagé, da Oficina de Criação Coletiva, foi a ilustração de todo o material da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), escolhida após um concurso público. Participamos de conferências municipais, entre elas a de Porto Alegre, que realizava sua primeira conferência intitulada *Loucura maior é o preconceito* (Porto Alegre, 1992), da qual participaram mais de 1.000 pessoas, onde foi aprovado o Plano Municipal de Saúde Mental para a cidade e a moção de apoio à Pensão Pública Protegida *Nova Vida* e sua coordenação, como foi registrado nos cursos das águas. Fomos escolhidos delegados para a conferência estadual, em Tramandaí e a relatora geral, escolhida em plenária, foi Olinda Lechmann Saldanha, uma de nossas referências da saúde mental coletiva. O fato é que a delegação gaúcha para a Conferência Nacional foi composta majoritariamente com os *mentaleiros*, o que motivou um encontro preparatório na cidade de Rio Grande, viabilizado por dois alunos do curso de Bagé. O encontro gerou o Fórum Riograndino de Saúde Mental e nele preparamos nossa participação com propostas, camisetas e bancas expondo os trabalhos desenvolvidos nos municípios. Nossa participação na II CNSM internacionalizou a experiência gaúcha (Desviat, 1999). A grande marca da Conferência foi a quantidade e intensidade da participação dos usuários.

No III Congresso Nacional de Saúde Coletiva (1992), da Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (Abrasco), organizamos um curso sobre *saúde mental nos municípios*, coordenado por Delvo Oliveira (coordenador da equipe descentralizada e do curso de especialização em saúde mental coletiva de Bagé), com a participação de municípios pequenos (Lavras do Sul, Santo Augusto e São Lourenço do Sul), médios (Passo Fundo, Bagé e Santos) e grandes (Porto Alegre, São Paulo e Campinas), em processos de abertura, avanço e consolidação, pois já havia experiência nacional diversificada e complexa o suficiente para

por em discussão. Uma das palestras do Congresso foi proferida por Rubén Ferro sobre Planejamento Estratégico em Saúde Mental e um dos livros lançados foi o de Mário Testa, *Pensar em Saúde*, o qual tive o prazer de apresentar junto com Rubén Ferro. Estivemos presentes em comunicações coordenadas sobre o tema: *processo de desinstitucionalização: determinantes e democracias; planejamento e avaliação da política de saúde mental do Rio Grande do Sul e saúde mental: o problema da reinserção social* (Abrasco, 1992). No Congresso circulou a camiseta *de militonto a militante*, título de trabalho apresentado por Carmen Oliveira (Abrasco, 1992) e produzido nas rotas de navegação da saúde mental coletiva. Os referentes para a saúde mental da Abrasco, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante organizaram uma oficina sobre a reforma psiquiátrica. A forte presença do tema da saúde mental no Congresso gerou o livro *Psiquiatria sem hospício* (1992), que foi um marco para o processo em curso no Brasil e no qual está inserida a trajetória do Rio Grande do Sul, um texto de minha autoria. A implicação provoca autoria.

Uma ousadia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, cuja titular era Maria Luiza Jaeger, socióloga, primeira mulher no cargo, foi promover concomitantemente ao congresso uma *feira de saúde* aberta ao público e, ainda mais, autorizar que a chaminé da Usina do Gasômetro fosse vestida com uma cobertura que simulava um preservativo (camisinha), prática inusitada até então. A implicação convoca ousadia.

O ano de 1993 foi um ano de desencadear um novo ciclo de cursos de aperfeiçoamento e continuar as especializações. Alunos das especializações de Santa Maria e Bagé viabilizaram cursos em seus municípios. Em Rio Grande, realizamos um Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva com 30 alunos inscritos, de cinco municípios, dos quais 25 o concluíram. Em Alegrete, o curso de aperfeiçoamento foi sobre Políticas Sociais e Municipalização, para o qual 50 pessoas de três municípios se inscreveram, 21 cursaram até o final e 14 apresentaram os trabalhos finais, entre elas duas alunas do Paraguai.

Foram cursos que vivenciaram a ampliação da internacionalização da saúde mental coletiva, pois foram muitos professores de outros países aos municípios de Rio Grande e Alegrete, cuja presença fez diferença: além dos já constantes Rubén Ferro (Argentina) e Juan Guevara Valdez (Cuba), estiveram presentes Manoel Desviat (Espanha) em Rio Grande, Montserrat Pellegrí (Espanha) e Angélica Vallejos (Paraguai) em Alegrete (Salbego e Fabrício, 1995).

Ainda em 1993 retornamos a Ijuí para uma Especialização em Saúde Mental Coletiva, numa experiência inédita: o curso era bi-nacional. Liane Beatriz Righi, professora da Unijuí (Brasil), integrante da equipe descentralizada de saúde mental, e Glória Montenegro, professora da Universidad de Misiones (Argentina) propuseram e obtiveram a aprovação das Universidades para realizarem o curso. Inscreveram-se 22 alunos de nove municípios gaúchos, dos quais 17 o concluíram. Alunos, professores e coordenadores aceitaram o desafio da travessia de balsa, meio de transporte mais rápido de ir de um país ao outro, em meses alternados, pois os módulos ocorreram um mês no Brasil e outro na Argentina. O curso contou com duas alunas do Paraguai, da cidade de Encarnación. No curso, a experiência tri-nacional, o impacto da cultura indígena, da pesca no rio Paraná e da travessia do rio Uruguai. A parceria entre as duas universidades continua até hoje (2005) com seminários e publicações bi-nacionais sobre os temas da saúde coletiva, políticas públicas e desenvolvimento local. Implicação gera pontes.

Em 1993, ainda, uma outra experiência pedagógica em Bagé, fizemos coincidir o término de um curso de especialização em Saúde Mental Coletiva com o início de outro. Os novos alunos (34, de quinze municípios, dos quais 30 concluíram) assistiram a apresentação dos trabalhos finais do curso anterior e os alunos concluintes fizeram a recepção aos que estavam ingressando. Uma comissão de trabalho que constituímos nessa 4ª edição do curso foi a de publicação e o grupo viabilizou a revista *Saúde Mental Coletiva*. A produção dos boletins poéticos a cada módulo continuou. Uma experiência intercessora foram as aulas

proferidas por usuários e familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Geraldo Peixoto, um familiar e liderança do Movimento ficou surpreso com o convite e o pagamento das horas-aula, manifestando que estava acostumado a falar, fazer depoimento de vida, mas não “dar aula”, menos ainda numa especialização. A implicação tensiona contradições.

No mesmo ano, outros dois eventos-adventos: *São Pedro Cidadão* e o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. O *São Pedro Cidadão* foi decorrente da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, pois era necessário dar conseqüência à aprovação da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços de saúde mental. O entendimento de que só com uma ampla adesão social e da comunidade interna e externa levaria a termo o compromisso, levou a que propuséssemos desde o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ao Conselho Estadual de Saúde (CES-RS), uma grande força-tarefa para elaboração da transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). O Conselho aprovou e delegou à recente Comissão Estadual de Saúde Mental do próprio CES-RS a tarefa de coordenar o trabalho e a psicóloga Maria de Fátima Bueno Fischer foi escolhida coordenadora. A Comissão Estadual de Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa, também integrou o grupo. Foi realizado um seminário onde foram pactuados o método, os temas e o prazo para apresentação das propostas. Os temas foram: moradias, rede de serviços substitutivos, força de trabalho e cultura e lazer, com participantes do bairro Partenon (onde se localiza o HPSP), dos funcionários do hospital, das entidades das categorias profissionais da saúde, das gestões estadual e municipal e do legislativo. Os trabalhos foram apresentados em outro seminário na Assembléia Legislativa e sistematizados no documento intitulado *São Pedro Cidadão*. A proposta foi aprovada no CES-RS, mas só foi retomada cinco anos depois como política

pública a ser implementada, quando Maria Luiza Jaeger foi Secretária Estadual de Saúde, primeira e única mulher no cargo. A implicação produz resistência.

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial ocorreu em Salvador, na Bahia, e discutiui a produção social da loucura, as intervenções culturais, a invenção da atenção, a legislação e a organização do Movimento. O Fórum Gaúcho (1993) preparou sua participação no encontro estadual chamado *Louca vida*, realizado em Porto Alegre, apoiado pelo Conselho Regional de Psicologia e pelas Secretarias Municipais da Saúde e da Educação da capital. Pela primeira vez, a Secretaria Municipal da Educação se envolveu com um evento de saúde mental, assumindo um novo lugar de responsabilidade nas políticas públicas de educação. Ricardo Burg Ceccim, então diretor da Divisão de Assistência ao Educando, da Secretaria Municipal da Educação, colocou o segmento da educação especial nas ruas, com professores e alunos, que pintaram o Muro da Avenida Mauá, no cais do porto, e expuseram camisetas pintadas à mão, assim como telas e máscaras, entre outras expressões de artes plásticas, produzidas nas escolas especiais municipais. Essas escolas faziam a inclusão reversa, aceitavam alunos sem qualquer indicação psicopedagógica de educação especial para aulas de teatro, dança, educação física, oficina de máscara, jardinagem ecológica, entre outras (Ceccim, 1997). A Secretaria Municipal de Educação bancou nova tiragem da revista Saúde Mental Coletiva, inserindo a fala do secretário municipal da educação, professor doutor Nilton Bueno Fischer. O documento elaborado no *Louca vida*, ao referir-se sobre a intervenção cultural incluiu o tema das ruas, da construção de coletivos, da reterritorialização da loucura nas cidades e a formação como determinantes para a produção de atores sentipensantes. A implicação é militante.

O ano de itinerância máxima foi 1994, foram seis cursos, quatro iniciados em 1993 e dois novos de aperfeiçoamento: um em saúde mental coletiva em Melo, Uruguai, com 22 alunos inscritos de quatro municípios, dos quais concluíram 18; outro em Bagé de políticas

sociais e municipalização, com 35 alunos de cinco municípios, dos quais 20 terminaram. Um dos trabalhos de conclusão da especialização em Saúde Mental Coletiva de Bagé foi a proposta de criação do Centro de Estudos Sociais Contemporâneos (CESCON), fundado em 1994 (Carpes, Vieira e Rodrigues, 1995). Centro que publicou outros dois números da revista *Saúde Mental Coletiva*. Outra marca de 1994 foi a campanha para deputada estadual, na qual a candidata era eu, uma aposta na ética-estética da diferença. A chamada da campanha foi *cidadanize-se*, o panfleto de apresentação intitulava-se *Iceberg tropical*, inspirado no fato de que o iceberg gira sobre si, quando, pelo trabalho das águas, a parte inferior se torna menor que a superior, proporcionando um dos espetáculos mais belos e ruidosos da natureza. A aposta era na virada do Brasil; incluía outro fato o de ter sido mãe sem ter parido e os demais materiais de campanha foram produzidos regionalmente pelos grupos de apoiadores. Foram 6.200 corajosos votos, dos quais 1.100 de bageenses. A implicação produz bifurcação.

Em 1995, o início do 5º Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, em Bagé, com 16 inscritos de cinco cidades, dos quais 13 o concluíram. Neste ano, ainda, realizamos o V Encontro Estadual de Saúde Mental Coletiva e o *I Encuentro de Salud Mental del Cono Sur*, em Bagé, com a participação de 500 pessoas do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Novamente as presenças de Magnólio e Rubén Ferro foram marcantes e dessa vez o programa interativo de rádio teve continuidade através de um programa levado ao ar durante um ano apresentado por Delvo Oliveira e seus convidados.

Em meados de 1990 estávamos sob o impacto da aposta político-partidária e resolvemos, em 1996, nos auto dissolvermos enquanto coletivo de ensino, destino dos grupos instituintes (Lourau, 1993; Conde, 2003). Num coletivo menor continuamos a militância política e elegemos vereadores em Bagé e Alegrete desde 1996 e noutro coletivo, descentrado e diversificado, a militância no Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Práticas que se entremeam, entrecruzam, transversalizam e mantêm diferenças.

Outra linha seguida foi a de sistematizar os saberes e as práticas desse período em dissertações de mestrado e teses de doutorado como já foi referido. Em 1996, decorrente da rede que tínhamos construído no Brasil e na Argentina, a Urcamp (Bagé) iniciou um mestrado bi-nacional em convênio com a Universidad de Rosario (Argentina). A negociação foi entre as autoridades universitárias, sem nossa participação formal. Os alunos que realizassem os seminários e apresentassem uma monografia obteriam o título de especialista em saúde pública, os que continuassem com orientação e elaborassem uma dissertação obteriam o título de mestre. Entendendo que esse era um curso coerente com nossos itinerários, reivindicamos ingresso, pois era destinado apenas para professores do quadro da Urcamp. A implicação produz desconforto e oposição.

A aliança com professores referentes da Argentina favoreceu a aceitação de nossa reivindicação. Assim, cursamos o primeiro ano: Delvo Oliveira, Maria de Fátima Bueno Fischer, Maria Judete Ferrari e eu, indo a Bagé uma semana por mês.

No período de 1988 a 1996 foram realizados 18 cursos, dos quais 10 de Aperfeiçoamento em Administração em Saúde Mental Coletiva, cinco de Especialização em Saúde Mental Coletiva, dois de Aperfeiçoamento em Políticas Sociais e Municipalização e um de Aperfeiçoamento em Programação e Gestão Estratégica. O dimensionamento ocorreu em relação à centralidade das pessoas (tripulantes) e dos municípios (cais) para o processo desenvolvido, bem como a necessidade de instituições (embarcações) para a realização das viagens. Os tripulantes distribuídos em alunos, dos quais mapeamos o gênero, escolaridade e profissão, professores e coordenadores, dos quais identificamos a profissão. O inventário foi traçado com questões descritivas:

- quantos alunos participantes os cursos convocaram, quantos concluíram e de quantos municípios vieram?

Os cursos de aperfeiçoamento em Administração convocaram 787 pessoas, que fizeram suas inscrições e freqüentaram pelo menos um módulo. Concluíram o curso, apresentando trabalho final, 522 (66,32%) dos inscritos. Os alunos estavam trabalhando em 113 municípios do Rio Grande do Sul, 34 dos quais tiveram alunos em mais de um curso. Destacaram-se Bagé, Porto Alegre, Santa Maria, Alegrete, Pelotas e Santo Augusto que tiveram alunos em seis cursos. De Santa Catarina, Paraná e São Paulo vieram alunos de onze municípios. Do Uruguai, participaram alunos de cinco municípios.

Nas especializações foram 177 inscritos, dos quais 153 (86,4%) concluíram o curso. Os alunos vieram de 41 municípios do Rio Grande do Sul e onze municípios tiveram alunos em mais de uma especialização, sendo que Bagé e Alegrete participaram com alunos em quatro dos cinco cursos.

Nos cursos de políticas sociais inscreveram-se 85 pessoas. cursaram até o final 50 (70%), dos quais 34 (40%) apresentaram trabalho de conclusão. Vieram oito municípios do estado do Rio Grande do Sul e dois do Paraguai.

Todo o processo envolveu diretamente 1.049 alunos, dos quais 709 (71,9%) concluíram os cursos.

TABELA 1 – ALUNOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

CURSOS	ALUNOS		
	Inscritos	Concluintes	%
Gestão	787	522	66,32
Especialização em Saúde Mental Coletiva	177	153	86,4
Políticas Sociais	85	34	40
TOTAL	1049	709	71,9

TABELA 2 – MUNICÍPIOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

CURSOS	MUNICÍPIOS
--------	------------

	RS		BRASIL		OUTROS PAÍSES	
	Total	Únicos*	Total	Únicos*	Total	Únicos*
Gestão	147	113	15	11	5	4
Especialização em Saúde Mental Coletiva	52	41	2	2	6	6
Políticas Sociais	8	8	-	-	2	2

* Únicos referem-se a municípios cujos alunos participaram de uma única edição do curso.

Precisando os dados, considerando que alunos se inscreveram e concluíram mais de um curso e municípios tiveram alunos em mais de um curso, quantas pessoas se inscreveram, quantas concluíram os cursos e de quantos municípios?

Freqüentaram mais de um curso 56 pessoas: 52 que já haviam feito gestão cursaram a especialização e quatro que participaram das políticas sociais fizeram posteriormente a especialização. Portanto, foram 993 pessoas inscritas e 653 pessoas que concluíram os cursos, oriundas de 126 municípios do Rio Grande do Sul, doze do Brasil e doze de outros países (Uruguai, Paraguai e Argentina).

TABELA 3 - PESSOAS e MUNICÍPIOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e de POLÍTICAS SOCIAIS, de 1988 a 1996

PESSOAS	CONCLUÍRAM			MUNICÍPIOS		
	CURSOS	Inscritas	1 Curso	2 Cursos	RS	Brasil
Gestão	787	522	-	113	11	4
Esp. S. M. Coletiva	125	101	52	11	1	6
Políticas Sociais	81	30	4	2	-	2
TOTAL	993	653	56	126	12	12

Os 126 municípios representavam 29,5% dos 427 municípios gaúchos existentes até o ano de 1994.

Considerando que a relação entre número de habitantes por profissionais é um indicador utilizado na gestão de pessoas e que o objetivo do curso era formar para a intervenção em municípios, dimensionei a relação habitantes/aluno dos cursos de

especialização. Não dispunha de dados dos demais cursos (gestão e políticas sociais) para o cálculo desta relação.

Os municípios com melhor relação foram:

TABELA 4 – MUNICÍPIOS com MELHOR RELAÇÃO HABITANTES/ALUNO dos CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO em SAÚDE MENTAL COLETIVA, de 1991 a 1996

MUNICÍPIOS	HABITANTES*	Nº DE ALUNOS	HABITANTES/ ALUNO
Bagé	110.784	49	2.261
Santo Augusto	15.283	3	5.094
Três de Maio	26.527	5	5.105
Três Passos	26.511	4	6.628
Santa Maria	212.565	31	6.857
Alegrete	78.741	9	8.749

*Censo 1991-IBGE

- Qual o gênero, escolaridade e profissão dos alunos dos cursos de Aperfeiçoamento em Administração e de Especialização em Saúde Mental Coletiva?

A maioria dos alunos dos cursos de aperfeiçoamento e especialização em saúde mental coletiva eram mulheres (79%), tinham curso superior (78%) e suas profissões eram psicologia (25,38%), enfermagem (21,38%), serviço social (14,15%), medicina (12,46%) e pedagogia (11,23%). 12,46% dos alunos eram auxiliares de enfermagem. O percentual de médicos que nos cursos de gestão chegou a 15%, nas especializações em Saúde Mental Coletiva foi para 5%. Os dados dos alunos dos cursos de políticas sociais em relação a gênero, escolaridade e profissão, não estavam disponíveis.

ALUNOS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

TABELA 5 – GÊNERO

CURSOS	MULHERES	%	HOMENS	%	TOTAL
Gestão	614	78	173	22	787
Especialização	151	85	26	15	177
TOTAL	765	79	199	21	964

TABELA 6 – ESCOLARIDADE

CURSOS	Superior	%	Ensino	%	Ensino	%	TOTAL
	Completo		Médio Completo		Fundamental Completo		
Gestão	580	74	185	23	22	3	787
Especialização	168	95	9	5			177
TOTAL	748	78	194	20	22	2	964

TABELA 7 – PROFISSÕES

PROFISSÕES	GESTÃO	%	ESPECIALIZAÇÃO	%	TOTAL	%
Psicólogos	125	25.0	40	26.0	165	25,38
Enfermeiros	96	19.0	43	28.0	139	21,38
Médicos	73	15.0	8	6.0	81	12,46
Auxiliares de Enf.	72	15.0	9	6.0	81	12,46
Assistentes Sociais	68	14.0	24	16.0	92	14,15
Pedagogos	56	11.0	17	11.0	73	11,23
Terapeutas Ocupaci.	7	1.0	12	8.0	19	2,92
Subtotal	497		153		650	99,98
OUTROS*	290		24			

* Fisioterapeutas, administradores, jornalistas, nutricionistas, odontólogos, educadores físicos e não informados.

Quando apresentamos o curso de especialização num grupo de trabalho sobre formação em saúde mental promovido pelo Ministério da Saúde com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde, em 1993, geramos estranheza por aceitarmos alunos sem escolarização universitária, que somente chegou a ser aceito pelo fato de não receberem título de especialistas. A condição de alunos especiais para pessoas sem curso superior consistia em prerrogativa das Universidades. O que não foi aceito pela maioria dos participantes, em especial professores universitários, foi conferir título de especialista para profissionais “alheios” aos serviços de saúde (jornalistas e advogados) ou da terapêutica em saúde mental (odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos), profissionais não “tipicamente” *psi*. Indagavam: o que pode fazer um jornalista em saúde mental? Contamos com o apoio decisivo da Escola Nacional de Saúde Pública, representada por Paulo Amarante, na legitimação de nossas propostas de educação. Situação que expressa estratégias de concentração do poder-saber instituído nos especialismos e no disciplinamento.

- Em relação aos demais tripulantes (coordenadores e professores) como se constituíram, quais suas atribuições, como trabalhavam e quais suas profissões?

A Coordenação era constituída por uma equipe de trabalho, que havia feito a sua formação em algum curso anterior, formada por três pessoas, no mínimo, das quais, pelo menos uma trabalhava em instituição do município promotor do curso e outra de inserção estadual.

A coordenação acompanhava todos os módulos, realizava a integração contextualizada dos conteúdos, escolhia a bibliografia em conjunto com os professores, estruturava a programação de cada um dos módulos, supervisionava os trabalhos, realizava avaliações diárias e mensais do processo de trabalho, constituía espaços de atualização e elaboração teórico-política dos próprios coordenadores, professores e alunos.

Foram 28 coordenadores nos 18 cursos, sendo que coordenaram mais de um curso: Liane Righi, enfermeira, professora da Unijuí; Teresinha Klafke, psicóloga, professora da UFSM; Delvo Oliveira, psiquiatra de Bagé, Carmem Oliveira, psicóloga da SES-RS, Leila Guimarães e Sônia Acalde, assistentes sociais de Bagé, Rubén Ferro e eu participamos de todos os cursos.

Os dados a seguir referem-se aos cursos de gestão e de especialização em saúde mental coletiva, pois os dos cursos de políticas sócias não estavam disponíveis.

As profissões dos coordenadores estavam assim distribuídas:

TABELA 8 – PROFISSÃO dos COORDENADORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

PROFISSÃO	NÚMERO	%
Psicólogos	10	35,8
Médicos (Psiquiatras e Generalistas)	6	21,4
Assistentes Sociais	5	17,8
Enfermeiros	3	10,7
Pedagogos	2	7,1
Outros (filósofo e fisioterapeuta)	2	7,1
TOTAL	28	99,9

A cada módulo dos cursos constituíram-se grupos de trabalho com a coordenação e com professores oriundos da instituição local, do Rio Grande do Sul, do Brasil e de outros países (Argentina, Uruguai, Cuba, Espanha e Itália). O objetivo dos grupos de professores foi de propiciar a construção de práticas situadas, capazes de articular os conhecimentos e processos histórico-sociais do mundo com os locais e cotidianos.

Nos cursos de Gestão foram 75 professores e nas Especializações 45, assim distribuídos:

TABELA 9 – ÂMBITOS dos PROFESSORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

	GESTÃO		ESPECIALIZAÇÃO	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
LOCAIS	37	49,3	17	37,7
ESTADUAIS (RS)	19	25,3	13	28,8
NACIONAIS	2	2,66	6	13,3
INTERNACIONAIS	17	22,66	9	20
TOTAL	75	99,92	45	99,8

23 professores dos cursos de Gestão também lecionaram nas especializações em Saúde Mental Coletiva, os cursos tiveram 97 professores ao todo.

O que nos chamava a atenção era a disponibilidade dos professores doutores de participarem como docentes dos cursos, sentiam-se provocados pelo tema, pela diversidade e produziam agenciamento de nossas práticas nômades, mestiças e multireferenciadas, expunham em aula suas novas produções, enviavam materiais que consideravam pertinentes. Implicavam-se e produziam implicação.

A distribuição dos professores sinaliza que nos cursos de administração havia uma articulação loco-estadual-internacional. Já nas especializações ocorreu o incremento de

professores de âmbito nacional: de 2,66% nos cursos de administração, para 13,3% que ampliou a articulação anteriormente existente, tornando-a mais harmônica. Essa ampliação tem correspondência com o apoio institucional, nacional e internacional que os cursos passaram a ter do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, bem como com a rede que foi sendo constituída entre instituições formadoras, serviços substitutivos e Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Uma relação possível de se verificar é a estabelecida entre o número de alunos por professor:

TABELA 10 – RELAÇÃO do NÚMERO de ALUNOS por PROFESSOR

Cursos		GESTÃO		ESPECIALIZAÇÃO		
Alunos	Professores	Alunos	Alunos/Prof.	Professores	Alunos	Alunos/Prof
Inscritos	75	787	10/1	45	177	3,9/1
Concluintes	75	522	7/1	45	153	3.4/1

A estrutura dos cursos, em consonância com os seus objetivos, possibilitaram um número elevado de alunos e de professores, mantendo uma relação professor/aluno propiciadora de um ensino/ aprendizagem coletivo e singularizado.

Os professores tinham como formação profissional:

TABELA 11 – PROFISSÃO dos PROFESSORES

PROFISSÃO	NÚMERO	%
Psicologia	25	25,77
Psiquiatria / Psicanálise	21	21,64
Enfermagem	14	14,43
Medicina / Saúde Pública	8	8,24
Pedagogia	5	5,15

Sociologia	5	5,15
Filosofia	4	4,12
Serviço Social	4	4,12
Direito	4	4,12
Arte - Educação	3	3,09
OUTROS	4	4,12
TOTAL	97	99,95

Pode-se realizar uma correlação entre as profissões mais frequentes dos alunos, coordenadores e professores dos cursos de Saúde Mental Coletiva.

TABELA 12 - PROFISSÕES dos ALUNOS, COORDENADORES e PROFESSORES dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA

PROFISSÃO	ALUNOS	COORDENADORES	PROFESSORES
	%	%	%
Psicólogos	25	35	25
Enfermeiros	21	10	14
Auxiliares de Enf.	15	0	0
Assistentes Sociais	14	17	4
Médicos	12	21	29
Pedagogos	11	7	5

Há diversidade e um certo equilíbrio proporcional entre as profissões e os lugares ocupados, chamando a atenção a pequena percentagem de professores do serviço social (5%) em relação a quantidade de alunos (14%) e coordenadores (17%). Indicativa de maior disponibilidade à gestão? Outra relação a destacar é entre os alunos (13%), coordenadores (21%) e professores (29%) médicos e psiquiatras. Indicativa de menor disponibilidade para a condição de aluno?

- Quais instituições apoiaram, embarcaram e foram embarcações para os cursos de saúde mental coletiva e políticas sociais?

Promoveram e deram suporte político-institucional órgãos governamentais (federais, estaduais e municipais), universidades (regionais e federais), instâncias públicas (conselhos de saúde) e entidades não governamentais (movimentos, centros de estudos).

A multi-institucionalidade conferia legitimidade, possibilitava o trânsito da saúde mental coletiva em diferentes espaços e entre diferentes atores sociais, bem como era própria para a constituição de políticas públicas.

QUADRO 1 – INSTITUIÇÕES PROMOTORAS e APOIADORAS dos CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA e POLÍTICAS SOCIAIS de 1988 a 1996

	Instituições	MS/	SES -	Universidades	CIMS/	Prefeituras/	Mov.	Outros
	Localidades	OPAS	CRS	Federais	CISM	Associações	Saúde	
				Regionais	CMS	FAMURS/	Mental	LBA/
						Municípios	Centros	SENAC/
							de Estudo	SESI
Gestão	Porto Alegre (1 e 2)							
	Santa Maria							
	Passo Fundo							
	HPSP							
	Ijuí							
	Bagé							
	Nova Prata							
	Litoral Norte							
	Rio Grande							
	Melo							
Espec.	Santa Maria							
	Bagé (1)							
	Bagé (2)							
	Bagé (3)							
	Ijuí							
Pol	Alegrete							
	Bagé							

MS - OPAS: Ministério da Saúde - Organização Pan -Americana de Saúde

SES - RS: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

CIMS: Comissão Interinstitucional de Saúde
CISM: Comissão Interinstitucional de Saúde Mental
CMS: Conselho Municipal de Saúde
FAMURS: Federação dos Municípios do Rio Grande do Sul
LBA: Legião Brasileira de Assistência
SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SESI: Serviço Social da Indústria

Desde o início dos cursos, as embarcações (instituições) eram representativas da formação e pesquisa (universidades), da assistência e administração (secretaria estadual) e da participação social (comissões e conselhos), componentes da equação propiciadora do matriciamento necessário para a implicação.

No final da gestão estadual (1990) e a partir de Bagé, outras embarcações ampliaram e diversificaram a frota, em especial os municípios, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

São visíveis a participação das Universidades ao longo de todo o processo de formação e a capacidade mobilizadora de Bagé ao contar com o maior conjunto das instituições, notadamente na segunda e terceira edições do curso de especialização em saúde mental coletiva.

A organização e desenvolvimento dos cursos incluiu:

- a história dos municípios e dos processos sociais locais, bem como a problematização do poder, da exclusão e do inconsciente como estratégia e reorganizadora do pensamento e convocadora de um pensar-sentir-querer da desinstitucionalização;
- a análise da construção de políticas sociais de como o Estado e a sociedade têm excluído parcelas da população das políticas públicas e quais as possibilidades de inclusão, levantando, nas cidades, os movimentos existentes e quais as reterritorializações necessárias;
- a investigação dos processos organizativos que podem ser coerentes com processos inclusivos, problematizando as categorias do óbvio, do local e do cotidiano que têm

sido organizadoras e desencadeadoras dos processos locais de constituição das redes de serviços;

- a busca das respostas tecnológicas inusitadas que são, foram ou podem ser criadas e geradas nos locais;
- a elaboração de um projeto viável em saúde mental coletiva para os locais de trabalho/vida dos alunos/trabalhadores/cidadãos.

Apresentada de outro modo estrutural, a organização dos cursos abrangia áreas, conteúdos e conceitos curriculares:

QUADRO 2 – ESTRUTURA dos CURSOS

ÁREAS	CONTEÚDOS	CATEGORIAS/CONCEITOS
MÓDULO I - História e controle social - Estado: estrutura jurídica e política - Teorias em saúde	- Movimentos Sociais - Políticas públicas, leis e normas - Do preventivismo à saúde coletiva	- Exclusão, cidadania - Poder, pensamento estratégico e ação política - Saúde e Saúde Mental Coletiva
MÓDULO II - Análise da situação de saúde - Função social da loucura	- Epidemiologia - Processo saúde-doença-cuidado	- Informação em saúde - Causalidade, determinações e condicionantes sociais da saúde
MÓDULO III - Organização dos serviços de saúde	- Administração e organizações - Estratégias tecnoassistenciais	- Processos de trabalho - Do hospital à rede de serviços e a municipalização
MÓDULO IV - Investigação - Formação	- Pesquisa e metodologias - Ensino e desenvolvimento	- Produção de conhecimento - Aprendizagem e crescimento pessoal e profissional

MÓDULO V - Ações, serviços e sistema de saúde	- Tecnologias de Cuidado	- Acolhimento, integralidade e autonomia
---	--------------------------	--

Os conteúdos eram desenvolvidos por módulos mensais, durante seis a oito meses, segundo uma pedagogia da problematização e estavam agrupados por áreas temáticas. Os módulos iniciavam com restituições sobre o que havia ocorrido entre um e outro encontro. Restituições que incluíam relatos, poesias, músicas, textos, atividades, intercâmbios, embates, questionamentos do conjunto de alunos e professores. As restituições não são meras informações, operam como disparadores para análise institucional e para aprendizagem. Nelas se deve e se pode falar “coisas que, em geral, são deixadas à sombra, (...) silenciadas, faladas apenas nos corredores, cafés ou na intimidade do casal” (Lourau, 1993, p.51). A restituição refere-se a um modo de pesquisar e aprender, “um movimento para retomar os acontecimentos excluídos” (idem, p.57) e retornar “às pessoas com quem trabalhamos o saber científico que se permitiu construir” (idem, p.53).

As aulas eram conduzidas por um docente e compartilhada por outros, que intervinham complementando, contextualizando e/ou contradizendo, estabelecendo um diálogo instigante. A bibliografia era fornecida no final de cada módulo, pois o objetivo era primeiro trabalhar com a bagagem de cada um e uma produção em aula para, depois, significar o referencial teórico. Nesse processo, ia-se constituindo a grupalidade e o coletivo de produção desinstitucionalizante, no curso.

No transcorrer do curso, entre os módulos, os alunos elaboravam trabalhos teórico-práticos, uma monografia sobre a função social da loucura, desde a perspectiva da saúde mental e um trabalho final, que deveria conter um projeto exequível na realidade, comprometido com a transformação das características locais e do cotidiano. Trabalho apresentado publicamente na presença dos atores envolvidos ou a serem envolvidos na

viabilização da proposta. O primeiro trabalho era sobre a situação de saúde do município, incluindo a história do lugar. A produção ocorria em torno de probabilidades: *com tal situação e com essa história é provável que a tendência seja...* O trabalho sobre a função social da loucura, era o momento da criação, da utopia, do desvelamento do contraditório, do livre pensar e dos sonhos. Solicitávamos que o conteúdo da monografia fosse apresentado em 3 formas: uma frase e/ou imagem (para camisetas ou faixas, por exemplo); um artigo para jornal e um trabalho acadêmico. O trabalho final propiciava a singularidade, a elaboração de uma proposta de intervenção implicada, era o momento da construção de possíveis: *entre a situação na qual vivo e a que quero, o que é possível fazer?*

Os cursos de políticas sociais expuseram a questão da exigência do trabalho final para receber o certificado de conclusão, pois dos 80 alunos inscritos, 50 (70%) participaram de todos os módulos e 34 (40%) concluíram. Ao analisar os dados verificamos que para além da dificuldade de escrever, houve uma priorização do processo de aprendizagem para a ação na cidade em relação à elaboração do trabalho. O aprendido serviu de instrumento para atividades desenvolvidas nos municípios de Alegrete (atividades sócio-ambientais), de São Francisco de Assis (ações conjuntas entre saúde, educação e cultura), de Assunción, Paraguai (Fórum Paraguayo de Salud Mental), de Bagé (seminários sobre assistência social, cultura, ética e política) e de Hulha Negra (oficina sobre saúde, cidadania e desenvolvimento local).

Completando o inventário das rotas de navegação é o momento de identificar as *trocas* (produtos) ocorridas nas viagens, nos ancoradouros e nas embarcações.

O primeiro curso realizado em Porto Alegre propiciou a constituição da equipe descentralizada constituída por Delvo Oliveira (coordenador), da 7ª Delegacia Regional de Saúde (DRS-SES-RS), Bagé; Maria Cristina Couzen e Teresinha Klafke, da Universidade Federal de Santa Maria; Elza Tim Beskow e Flávio Resmini, da Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul; Hélio Possamai e Maria Cândida Salton, da 6ª DRS, Passo Fundo; Liane

Righi, da Universidade de Ijuí; Olinda Lechmann Saldanha, da Prefeitura Municipal de Nova Prata; Simone Gazzola, da Prefeitura Municipal de Lagoa Vermelha e Leda Zanini, do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O curso também proporcionou a articulação entre as coordenações de saúde mental dos estados da região sul do Brasil e a criação do primeiro serviço antimanicomial do Rio Grande do Sul, *A Casa*, de Novo Hamburgo.

O segundo curso e o processo desenvolvido em Santa Maria fortaleceu a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM), que incidiu em toda região central gaúcha (apoiando e propiciando as iniciativas de Santiago, por exemplo), contribuiu para a consolidação do Instituto de Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria e possibilitou a criação do Serviço de Psicologia da Universidade em Serviço de Saúde Mental, que por muitos anos foi o único recurso antimanicomial da cidade.

Em Passo Fundo, o curso propiciou a criação da CISM regional e a transformação do Serviço de Psicologia em serviço de saúde mental, diversificando atendimentos e ampliando o período de funcionamento dos mesmos para o ano inteiro (não somente no período escolar). Além disso, ocorreu a articulação entre profissionais professores de psicologia e medicina para ações integradas de saúde, que posteriormente constituíram um núcleo de saúde coletiva. Hélio Possamai, ativador e operador de toda a mobilização, integrante da equipe descentralizada, mudou suas práticas de atenção aos portadores de sofrimento psíquico na Unidade de Saúde e seu trabalho foi o embrião do Caismental da cidade. O trabalho regional possibilitou a constituição da rede de serviços em Carazinho, incluindo hospital geral e serviço de saúde mental, a criação de uma casa de passagem aberta a qualquer cidadão na cidade de Campina das Missões, pois essa tinha sido a necessidade social de saúde identificada na cidade, o atendimento em saúde mental em Lagoa Vermelha, Panambi, Selbach, Tapejara e Tapera, bem como a integração de recursos comunitários com o serviço de saúde mental em Erechim.

Bagé foi-se tornando um centro formador e irradiador da saúde mental coletiva. Gerou a Oficina de Criação Coletiva, a moradia e os leitos psiquiátricos no hospital geral da cidade, contribuiu para a criação de serviços em Caçapava do Sul, Dom Pedrito, Lavras do Sul, Pedras Altas, Pinheiro Machado e São Gabriel. Foi decisiva para o impedimento da criação de uma unidade psiquiátrica no hospital geral de Cachoeira do Sul, concebida de modo manicomial. O trabalho incluiu ações de saúde e de saúde mental entre municípios da fronteira entre o Brasil e o Uruguai: Aceguá e Melo. O curso de psicologia da Urcamp criou a disciplina de Saúde Mental Coletiva, com práticas nos serviços municipais de saúde mental e a Universidade viabilizou o mestrado em saúde coletiva em convênio com a Universidad de Rosário (Argentina). O curso de políticas sociais e municipalização fortaleceu ações intersetoriais entre educação, cultura e assistência social, bem como abriu espaço para o trabalho com Hulha Negra, particularmente com a população de assentados do município. Bagé foi, ainda, berço do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, constituiu o Centro de Estudos Sociais Contemporâneos e publicou a Revista Saúde Mental Coletiva. Em Bagé tomamos a decisão de os *mentaleiros* concorrerem aos legislativos estadual e municipais.

Os cursos em Ijuí foram ativadores e apoiadores do serviço de saúde mental de Santo Augusto, e da interrelação entre municípios na atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas unidades básicas de saúde em Alecrim, Boa Vista do Buricá, Braga, Campo Novo, Catuípe, Chapada, Condor, Independência, Ronda Alta, Santo Cristo, Três de Maio e Três Passos (municípios com população entre 5.000 e 30.000 habitantes). O trabalho nos municípios de pequeno porte teve o suporte decisivo da Unijuí, em especial do curso de Enfermagem, com práticas disciplinares, estágios, assessorias e pesquisas. Um produto importante foi a articulação binacional Brasil-Argentina (Ijuí-Posadas), antecipando o que hoje as organizações internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho propõem: convênios para processos internacionais

locais, mediados pelas Organizações entre municípios de mais de um país (Opas, 2005). O conhecimento produzido foi sobre a complexidade do trabalho em saúde nos municípios de pequeno porte, tema da tese de doutorado de Liane Righi (2002).

O curso do Litoral Norte gerou serviços em Osório (*Casa Aberta*), Santo Antônio da Patrulha, Torres, Tramandaí, Maquiné e Palmares do Sul, modificando a cartografia da atenção à saúde mental na região. O ativador do processo na região foi um pedagogo da equipe da Paismental, Alfano Moreira.

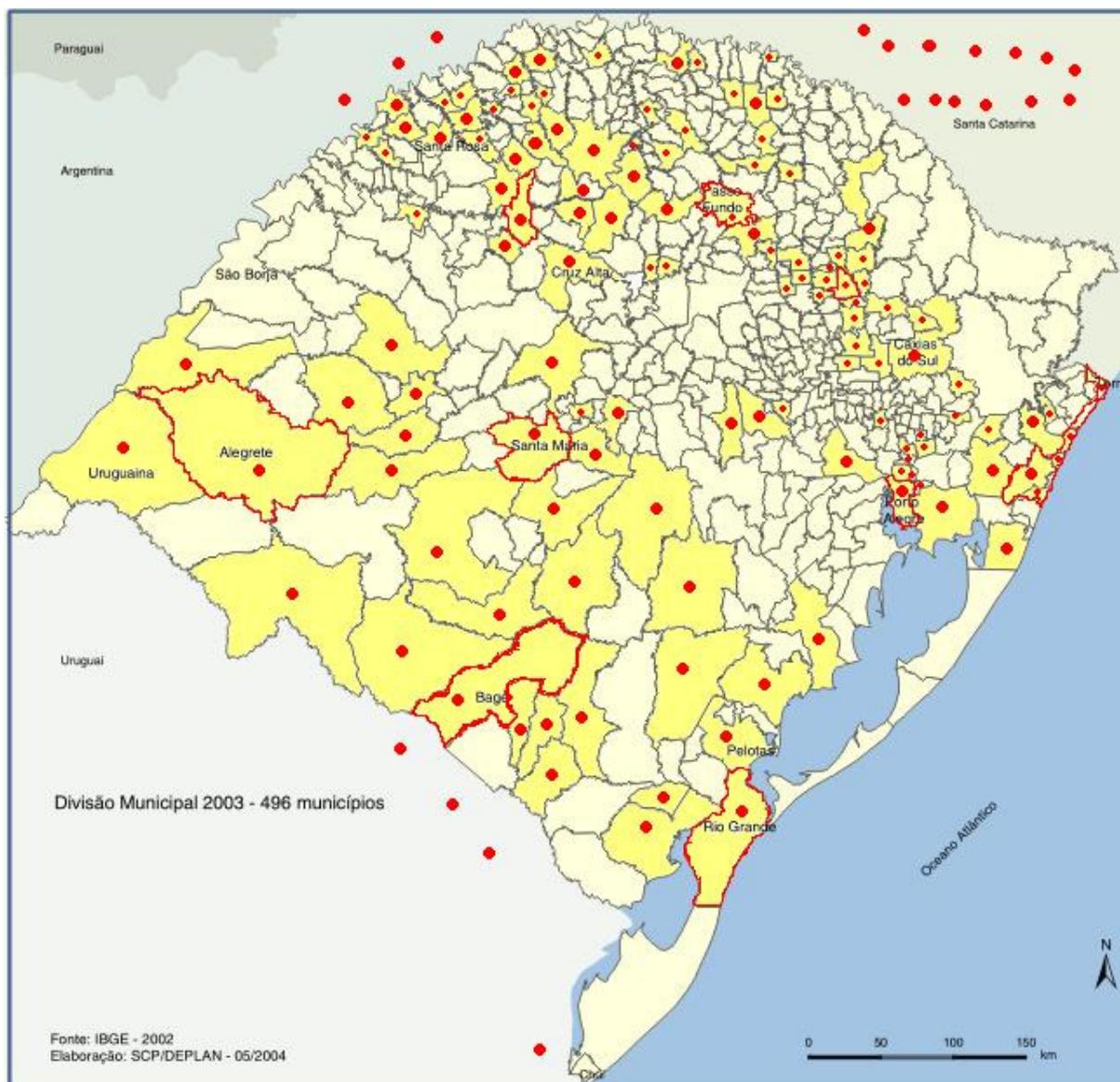
Na Serra, os serviços iniciais referentes foram os de São Marcos, de Nova Petrópolis e de Bento Gonçalves que contaram com alunos dos cursos, trabalhadores *mentaleiros* de serviços já existentes e secretários municipais de saúde envolvidos por responsabilidade com a saúde mental.

O curso de Rio Grande possibilitou a criação do serviço municipal de saúde mental, potencializou o trabalho integrado de prevenção à Aids e Saúde Mental e facilitou o diálogo com trabalhadores de saúde mental da cidade de Pelotas.

O curso em Alegrete propiciou o diálogo entre profissionais de vários setores e desencadeou trabalhos no município de parcerias entre atores sociais (vereadores, sindicalistas, lideranças comunitárias, trabalhadores e gestores), dos campos da saúde mental, educação, cultura e meio ambiente. Os projetos de uma *casa de passagem*, proposto por Maria do Horto Salbego e de uma *oficina* no Hospital Geral, proposto por Márcia Fabrício foram implantados alguns anos depois do término do curso. O que sinaliza a potência dos mesmos.

Para visualizar a potencialização da formação em saúde mental coletiva para a criação de serviços de atenção integral à saúde mental no Rio Grande do Sul, apresento a seguir o mapeamento dos municípios gaúchos com alunos e com serviços de saúde mental.

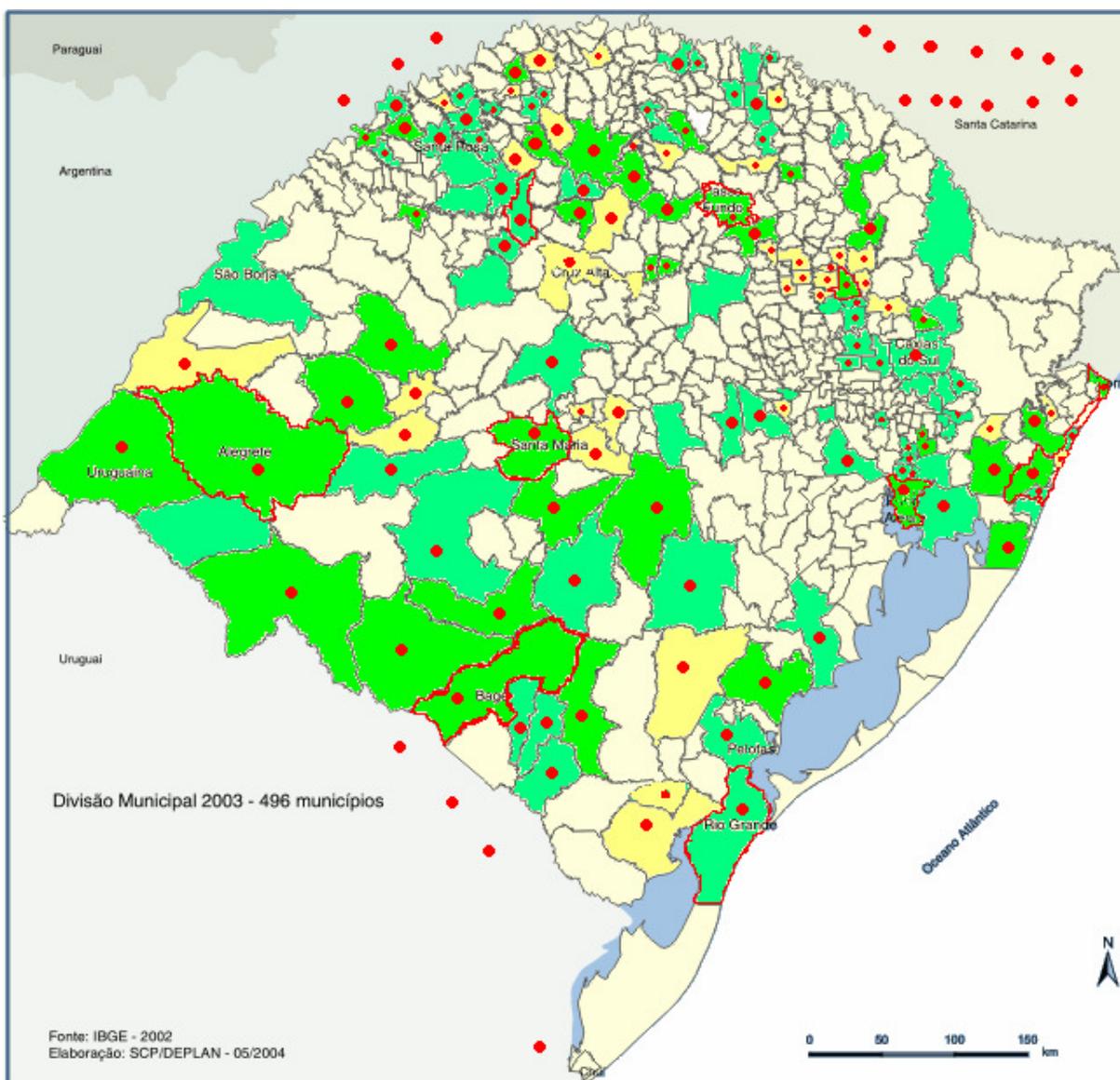
MAPA 1 – MUNICÍPIOS do RIO GRANDE do SUL com ALUNOS que CONCLUÍRAM os CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA (1988 – 1996)



 Municípios sede de cursos

 Municípios com alunos nos cursos (do Rio Grande do Sul – identificados no Anexo 1– de outros Estados e do Exterior)

MAPA 2: MUNICÍPIOS do RIO GRANDE do SUL com SERVIÇOS de SAÚDE MENTAL e ALUNOS que CONCLUÍRAM os CURSOS de SAÚDE MENTAL COLETIVA (1988-1996)



Concluindo o tema das *trocas* nas navegações discorro sobre a questão dos trabalhadores, dos processos de trabalho e suas práticas elaboradas a partir da intercessão da educação pelas políticas públicas.

A introdução de novidades da política de saúde mental destacou a relevância dos trabalhadores, seus universos de sentidos e relações de trabalho. Esperava-se dos trabalhadores o estabelecimento de laços afetivos com as pessoas, a relação funcionários/doença precisava ser rompida e transformada. O trabalhador não podia mais ser pensado como recurso humano, mas produção de subjetividade em processos de trabalho e de formação, em afirmação de si e do cuidado à saúde.

Para os usuários, o objetivo foi o de tornar cada vez mais complexa a rede de laços e de alternativas tanto sociais como políticas e culturais, ampliada às parcelas excluídas da população. A diversificação e a complexificação são processos contrários à cronificação, à simplificação ou ao empobrecimento identificatório, gerados pela vinculação e pelo poder único de uma instituição como o hospital psiquiátrico e o modelo manicomial.

O reconhecimento da diversidade, da especificidade dos problemas gerados pela doença mental e a singularidade de cada pessoa exigiram a viabilização de projetos e processos de reconstrução de histórias de vida. Os programas estandarizados e os estudos de caso estigmatizadores deixaram de ter sentido. Os vínculos passaram a ser múltiplos, de caráter matricial-referente, passíveis de serem criados com qualquer integrante da equipe, independentemente da formação de cada um. Por outro lado, a rede de serviços, por meio da organização do trabalho, precisou ser capaz de acolhimento, de continência, de proteção e de práticas cuidadoras. Quando o tema passou a ser a vida de uma pessoa, a discussão passou a ocorrer entre todos os integrantes da equipe que tinham vivência e algo a dizer sobre a referida pessoa.

O fundamento do trabalho tornou-se o compromisso com as pessoas. Portanto, definiu-se como uma questão ética a mesma equipe atendê-las, tanto nos momentos de crise ou de ruptura, nos quais a necessidade de cuidado se acentua, quanto em outros, que

requeiram atenção. A emergência pode e deve ser atendida onde ocorre: na rua, em casa, no trabalho.

A fragmentação do trabalho e do conhecimento, característica dos tempos atuais, coloca a necessidade de construir a integralidade, pelas diversas vias da atenção, centrada nos usuários e no respeito aos trabalhadores, como protagonistas do trabalho e da sua educação permanente.

Nos serviços, os espaços de circulação não podem estar mais rigidamente estabelecidos e divididos entre técnicos e auxiliares, familiares e pacientes ou por atividades técnicas e administrativas. O mesmo espaço deve passar a ser utilizado para finalidades diferentes, por diversas pessoas, em tempos distintos. A utilização burocrática, hierarquizada e discriminatória dos espaços começou a ser extinta na rede de saúde mental como o fizeram São Lourenço do Sul, Palmares do Sul, Alegrete e Bagé.

O trabalho com o corpo, em sua dimensão estruturadora, rompendo com a divisão corpo/mente foi fundamental para a criação de espaços de trabalho, organizado com base nas potencialidades, nas capacidades e na diversidade, viabilizando a inserção social e produzindo o rompimento com a divisão entre a atenção (setor social) e o trabalho (setor produtivo). A constituição de cooperativas e a inserção nas já existentes tornaram-se possibilidades nesta direção, as múltiplas formas de expressão criativa também precisavam ser resgatadas.

Os obstáculos para a integralidade foram, e continuam sendo, o poder concentrado nos especialismos, nos modos de trabalhar e de pensar segundo o paradigma clínico-biológico da doença, bem como a rigidez da organização dos trabalhos nos serviços e a falta de autonomia gerencial.

Para encerrar o inventário das práticas sigo a corrente dos confluente e prolongamentos das rotas de navegações.

O II Encontro Nacional da Luta Antimancomial aconteceu em Belo Horizonte no ano de 1995. Fomos 1.000 participantes discutindo com intensidade os temas da cidadania e da atenção e a delegação gaúcha foi a maior fora do eixo Minas-Rio-São Paulo. Nossa alegria, capacidade propositiva e de mediação nos credenciou para sediar o III Encontro Nacional em 1997. Organização que me levou além dos limites dos possíveis. Concebemos o Encontro de modo que os loucos e a loucura circulassem pela cidade. O I Encontro tinha ocorrido numa lona de circo na orla de Salvador e o II numa colônia de férias nos arredores de Belo Horizonte, houve interferência nas cidades, mas não nos cotidianos. Procuramos exercer com radicalidade a provocação antimancomial, do direito a desarazoar em praça pública. Precisávamos de uma infra-estrutura para 1.500 participantes durante cinco dias. Reservamos alojamentos em toda a extensão da cidade (zona sul, centro, cidade baixa, zona leste e norte) e em municípios da região metropolitana: Viamão, São Leopoldo e Novo Hamburgo. Procuramos alojar os gaúchos nos lugares mais distantes. As refeições e festas do Encontro foram contratadas num clube náutico na saída da cidade. Outra festa foi na Escola de Samba Bambas da Orgia, que aceitou fazer uma apresentação e abrir suas portas para os participantes. As plenárias, grupos e feira de produtos antimancomiais ocorreram no auditório Araújo Vianna, no Parque Farroupilha. Para que a circulação e o Encontro se viabilizassem precisávamos de uma forte logística de transporte. A arte do III Encontro foi feita gratuitamente por Edgar Vasquez, a decoração do auditório foi feita numa oficina coordenada por Patrícia Dornelles (terapeuta ocupacional e artista) com integrantes do Fórum Gaúcho e as pastas inspiradas na mala de garupa do gaúcho, feitas artesanalmente pelos participantes da Cooperativa Qorpo Santo de Alegrete. A produção das pastas foi intercessora na política da saúde mental do município: mobilizou o comércio (compra do tecido de algodão cru); constituiu a parceria com José Ferrari, que doou a edição do seu primeiro livro de “causos” para a Qorpo Santo comprar o material necessário (parceria que continuou no lançamento de

outros livro do autor); incluiu costureiras na confecção e, principalmente, foi um dispositivo para um trabalho coletivo, criativo e prazeroso. Metade das pastas foi feita com desenhos únicos, criados no momento da confecção, a outra metade, numa decisão conjunta, pela premência do tempo, foi ilustrada com a reprodução do desenho de uma das usuárias, cuja obra já decorava as paredes do serviço municipal de saúde mental e constituía a logomarca da Cooperativa Qorpo Santo. Ainda mais, seus desenhos “saíram” das paredes e dos papéis, transformaram-se em bonecas de pano, que ganharam o Brasil, “as bonecas ficaram famosas, vendemos pelo país inteiro” como comentou Lígia Falcão, familiar, liderança do movimento local e nacional da luta antimanicomial (Salbego, 2004, p.56). O apoio às delegações foi realizado pela comissão organizadora, por nós. O Encontro efetivamente aconteceu na cidade, foram visíveis nossas precariedades logísticas e nossa potência coletiva. Não obtivemos os recursos financeiros necessários. O Encontro foi sustentado pela rede de afetos e de militância. Mais um impossível transformado em possível. A implicação produz possíveis.

Outra confluência é com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental criada em 1984, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, modificada em 1988 e em 2000. Na gestão de 1987 a 1991 a Escola de Saúde Pública assume a responsabilidade de dirigir a política de formação de recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde, abrangendo os estágios acadêmicos nos serviços de saúde, os aperfeiçoamentos para os trabalhadores de saúde, as especializações e as residências em saúde financiadas pela SES-RS. Até então, a principal atividade da Escola de Saúde Pública era a formação de sanitaristas, os estágios e as residências eram responsabilidades dos serviços que os sediavam. A equipe da Paismental foi representada por Carmen Oliveira, psicóloga, coordenadora da formação em saúde mental. Houve uma reestruturação das residências de saúde comunitária (do Centro de Saúde Murialdo) e de saúde mental (do Hospital Psiquiátrico São Pedro) com a concepção de campo da saúde coletiva, por meio da qual os residentes passaram a ter seminários sobre o tema. Para ativar a

interdisciplinariedade foram constituídos espaços de supervisões multiprofissionais, coordenados por profissionais da instituição e de fora da instituição, com formação em grupos, psicanálise e saúde pública. Também foram sistematizadas as supervisões por núcleo profissional, entre pares: assistentes sociais supervisionados por assistente social, enfermeiros por enfermeiro, médicos por médicos, psicólogos por psicólogos e assim sucessivamente. Foram experiências que marcaram a formação dos grupos que dela participaram, marca referida por ex-residentes, dos quais muitos deles trabalharam ou continuam trabalhando em serviços da rede atenção à saúde mental: Alceu Fillman (psiquiatra, professor em Joinville), Izabel Suano (psiquiatra, especialista em álcool e outras drogas), Kátia Barfknecht (terapeuta ocupacional, da Oficina Geração PoA e professora do Ipa), Marilene Werlang (enfermeira, coordenadora de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na primeira metade dos anos de 1990), Nilson Sibemberg (psiquiatra, psicanalista, Caismental 8 de Porto Alegre), entre outros. Em 1991 com a troca de governo estadual, houve desativação das supervisões multiprofissionais e continuidade da residência com nítido esvaziamento progressivo da formação multiprofissional, evidenciado pela redução de vagas, por exemplo.

Em 1999 houve outra troca de governo estadual, em plena vigência do Sistema Único de Saúde, com redefinição das competências das secretarias estaduais de saúde e com dirigentes gaúchos comprometidos com o fortalecimento e qualificação do SUS e da Reforma Psiquiátrica: Maria Luiza Jaeger (secretária estadual), Ricardo Ceccim (diretor da Escola de Saúde Pública), Miriam Dias (coordenadora de Saúde Mental) e Régis Cruz (diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro), configurando as condições propícias para uma ressignificação da educação em saúde na SES-RS. Efetivamente a Escola de Saúde Pública passou a ser propositora de política e ativadora de processos de educação em saúde (Ceccim e Armani, 2002): viabilizou a formação de técnicos de enfermagem pela SES-RS, apoiou decisiva e tecnicamente a criação do curso de graduação de Administração em Sistemas e

Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, criou o Pólo de educação em saúde articulado em Núcleos Regionais de Educação em Saúde, impulsionou as capacitações de gestores municipais e estaduais, proporcionou o estágio-vivência de acadêmicos no SUS (Ver-SUS), constituiu o Centro de Informação e Documentação em Saúde, reeditou a revista *Boletim da Saúde* e editou outras publicações, assim como, produziu um reordenamento nas residências da SES-RS. Ocorreu uma radicalidade na operacionalização das noções de campo e núcleo: todos os residentes começaram a compartilhar seminários do campo da saúde coletiva, como saúde e sociedade, epidemiologia e planejamento estratégico. A residência foi configurada em ênfases: saúde comunitária, saúde mental, pneumologia e doenças sexualmente transmissíveis, com seminários para o conjunto de residentes de cada uma das ênfases. A formação se completou com seminários e supervisões específicas por núcleos de conhecimentos e práticas. A residência de saúde mental passou a ser denominada de *saúde mental coletiva*, foram reativadas as supervisões multiprofissionais, foram incluídos seminários sobre a clínica da psicose, a reabilitação psicossocial, a constituição de redes de serviços de saúde mental e às tecnologias de cuidado, com autores como Foucault, Guattari, Goffman, Lacan, Lobosque, Rotelli e Saraceno (Turkenicz e Fagundes, 2000). A residência, nesse período, foi intercessora para a desinstitucionalização no Hospital Psiquiátrico São Pedro, gerou questionamento de práticas, contribuiu para introdução de novas tecnologias de cuidados e para criação de serviços: casa de transição, morada São Pedro, coletivos de trabalho, alfabetização de usuários, acompanhamento terapêutico e saúde mental nas unidades básicas de saúde. Após outra mudança de governo estadual, a residência continua como um espaço de resistência da reforma psiquiátrica.

Finalizando o tema dos confluências e dos prolongamentos das rotas de navegação, identifico que fomos produzindo um encontro entre educação e saúde mental. Os espaços de

formação (cursos de saúde mental coletiva e políticas sociais) foram se constituindo numa *terceira margem do rio*, como já foi referido, a qual por meio da problematização, do diálogo com a cidade e diferentes atores sociais, da restituição e das oficinas de criação, possibilitou a invenção de suportes, de possíveis para a travessia e para a efetivação de projetos de presente. Nos cursos ocorreram processos coletivos de aprendizagem capazes de gerar e de explicitar implicação de alunos-técnicos transformando-se em cidadãos-autores.

**NÃO ESTAMOS
DESNORTEADOS
TEMOS VÁRIOS
NORTES**

TURKA



MOVIMENTO DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE MENTAL-RS
BRASIL

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

MATTZ

Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental

Parte V

AS ÂNCORAS DE UMA PEDAGOGIA DA IMPLICAÇÃO

Na trajetória inventariada foi possível detectar alguns caminhos sendo abertos e a introdução de seus desafios, bem como a presença de circuitos desejantes, para mover os referidos percursos e o incentivo à criação de inéditos. Dessa trajetória se pode extrair categorias, conceitos e dispositivos que dão suporte para processos instituintes. Nos leitões moventes dos cursos das águas, essas categorias, conceitos e dispositivos possibilitaram correção de rumos (rotas de navegação), agregação de vida, mais criação e soma de participantes, são *materiais de ancoragem* (intervalo, parada de abastecimento).

Materiais de ancoragem não são permanências, são durações, não são fatos que ficam, mas forças/vetores. Os fatos sofreram alterações, foram substituídos por novos ou renovados e se mantêm na condição de intercessões para políticas públicas de saúde e afirmação de vida. As âncoras que procurarei explicitar a seguir são intercessores da educação para políticas públicas, são extrações de sentido para uma pedagogia da implicação.

As categorias extraídas são o *matriciamento* entre formação-atenção-gestão-participação e o *poder e o pensamento estratégico* no setor da saúde. Os conceitos são a *transdisciplinariedade* e a *integralidade*. Os dispositivos são os operadores de *invenção/geração*: ousadias da implicação em abrir campos de possíveis onde havia impossibilidade, articulações inéditas para permitir a passagem dos fluxos instituintes.

5.1 Formação-atenção-gestão-participação: matriciamento para a implicação

Das vertentes da vidaformação, o estágio em psicologia comunitária e a residência em saúde comunitária na Unidade de Saúde Murialdo foram determinantes para o entendimento

de que é possível desenvolver formação e pesquisa no espaço de trabalho da atenção à saúde. Formação e pesquisa condicionados pelas necessidades dos serviços e da população, num ambiente profícuo para a criação e a mobilização de métodos e estratégias participativas de aprendizagem e investigação. Na vida profissionalização se constituía a matriz de uma organização do processo de trabalho, que abrangia, nos termos da época, capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária. Matriz constitutiva da política de saúde mental no Rio Grande do Sul de 1987 a 1991 (SES-RS, 1987), que foi se consolidando nos cursos das águas como estratégica para a implantação do Sistema Único de Saúde em nosso país. A organização assim matriciada possibilitava:

- o exercício diversificado de papéis pelos profissionais: experimentação do poder de ser professor, aluno, pesquisador, cuidador, orientador, planejador e gerente;
- a maior circulação dos saberes-fazeres: instalação do poder de aprender;
- o protagonismo das equipes e da população, com a valorização do trabalho e da construção da cidadania: mobilização do poder de “cidadanizar”.

Uma das dificuldades centrais para implementar um sistema de saúde que organize o trabalho segundo o matriciamento capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária ou, nos termos de agora, formação-atenção-gestão-participação, é oriunda da concepção hegemônica sobre o que é o trabalho em saúde: uma concepção que não admite a capacitação e pesquisa como suas constitutivas. Há uma convicção de que o trabalho em saúde é a assistência, aceitando-se no SUS a administração e participação comunitária, mas capacitação e pesquisa são consideradas não-trabalho. Pelo menos quatro vetores concorrem para tal convicção: concepção de saúde como ausência de doenças, remuneração dos serviços por procedimentos, política de pessoal como gerência de recursos e formação em saúde. Em relação ao primeiro vetor, embora, o Sistema Único de Saúde constitucionalmente esteja concebido a partir do entendimento de que saúde é determinada pelas condições de

vida, opera predominantemente com o conceito de saúde como ausência de doença e organiza os serviços ofertando procedimentos individuais, sem utilizar, muitas vezes, ferramentas próprias da saúde coletiva como a epidemiologia. O segundo vetor, associado ao primeiro, está relacionado com a remuneração por procedimentos realizados, ainda vigente no SUS, de modo que só é paga a assistência. Neste caso, a capacitação e pesquisa, além de não serem remuneradas, levam à redução de recursos financeiros pela diminuição da produtividade assistencial. O terceiro vetor é provocado pela política de pessoal predominante no sistema de saúde, que além de não contratar profissionais em número e diversidade suficientes, considera produção em saúde apenas o trabalho de atendimento assistencial, perpetuando a lógica do procedimento. O quarto vetor é oriundo da educação, pelo modo como a capacitação e pesquisa são ofertadas ao sistema de saúde, distanciadas da realidade, sem produzirem instrumentos para intervenção na mesma, centrada em treinamentos, propiciando que os gestores exijam que as horas de afastamento para cursos de formação sejam compensadas, para não haver “prejuízo” ao serviço nem à população, ou seja, a educação é considerada perda de tempo, perda de dinheiro e folga do trabalho. A educação *no e para o* trabalho fica subsumida no binômio treinamento-procedimento, embutido na assistência.

Na implementação do SUS, algumas ações foram efetuadas para incidir sobre os vetores referidos. Já existem repasses financeiros que ocorrem por população e não por procedimentos, como os recursos repassados pela União aos municípios para a atenção básica à saúde, assistência farmacêutica e vigilâncias sanitária e epidemiológica, os quais são calculados pelo número de habitantes de cada cidade. Alguns serviços e municípios têm incluído na jornada de trabalho, horas destinadas à formação. Nesse sentido, a política nacional de saúde mental antecipou-se, pois, desde as primeiras normativas (1989) no SUS, incluiu tempo para formação na carga horária dos profissionais, admitindo que a transformação do trabalho incluía a educação para o trabalho. Quanto à educação, a

formulação de uma política de Educação Permanente em Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003 e implementada com o dispositivo de Pólos de Educação Permanente em Saúde (Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004) procurou romper com o distanciamento entre ensino e serviço, educação e trabalho, formação e atuação, afirmando o cotidiano do trabalho como produtor de saberes e de práticas de saúde (lugar de capacitação e pesquisa).

Em relação à produção de conhecimento há um impossível a ser transposto, a concepção sobre ciência e produção científica de conhecimento. A separação entre sujeito e objeto, os ideais da objetividade, da neutralidade e da universalidade, marcas da ciência positivista, impossibilitam a validação do conhecimento produzido no cotidiano dos serviços, propondo que os trabalhadores implicados não sejam produtores de conhecimento.

Lourau (1993), dedicado à análise das instituições, marca a implicação como constitutiva da produção de conhecimentos e afirma que a implicação gera o pesquisador-praticante, tomando como objeto de pesquisas as suas intervenções e considerando seu pertencimento ao projeto de ação do trabalho. Desse modo, um trabalho não mais de prestação de procedimentos, mas de pensamento, intervenção e avaliação, implicação de si e interrogação das implicações sociais, históricas e epistemológicas do seu trabalho na sociedade. Lourau no curso sobre “análise institucional e práticas de pesquisa” ministrado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1993, refere à construção de um “novo campo de coerência”, que surge do confronto entre o instituído e a análise das implicações. O autor frisa que o novo surge como “escândalo”, “loucura”, e exemplifica com Durkheim, na sociologia, Freud, na psicanálise e Comte¹⁶, na segunda fase, com o método subjetivo. Lourau (1993, p.19), então, afirma que o amor e a loucura seriam “engrenagens imprescindíveis às mudanças”, a implicação teria uma “qualquer coisa que flerta com a loucura”.

¹⁶ Augusto Comte propositor da filosofia positivista, depois de apaixonar-se por Clotilde (irmã de um de seus discípulos) e de perdê-la prematuramente, pois morreu jovem, desesperou-se e nessa experiência produziu o método subjetivo (Lourau, 1993).

O pavor ao “escândalo” e a um construtivismo da implicação têm levado os diversos atores do SUS, inclusive da reforma psiquiátrica, a reduzirem a matriz: capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação comunitária a um binômio: serviço-participação ou, no máximo, em um trinômio, ao nomear a gestão, perpetuando a separação entre quem conhece, quem faz, quem gere e quem acompanha.

As produções desinstitucionalizantes da loucura no Brasil, entre elas a da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul, têm assumido e provocado, entretanto, o “escândalo” da implicação: tudo o que nos pertence, nos põe em ato de conhecimento, de cuidados, de gestão e de participação. Em 1991, criamos uma camiseta de cor roxa, no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, com a expressão escrita em cor laranja **SOMOS...** (na frente) **INSUPORTÁVEIS!** (nas costas). Os dizeres foram de minha autoria e a arte de Mirela Meira. Era uma combinação de cores pouco usada e de palavras menos ainda. A expressão foi de ousadia e de provocação intencional de incômodo: aposta no instituinte e indicação de que estávamos construindo outro suporte: o da implicação. A camiseta circulou pela primeira vez no II Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, em Gramado/RS, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia da 7ª região, cujo eixo principal era o debate sobre novos paradigmas e práticas nas ciências e no mundo do trabalho. A circulação de camisetas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental inspirou a produção de uma síntese poética no encerramento do II Encontro:

*De perto, bem de perto
Ninguém é militonto
Ora, não estamos desnorteados
Somos sim loucos pela vida.
Estamos assustados
Com a própria coragem
De termos vários
Nortes... insuportáveis.
Na vida só não temos
Medo de sermos
Felizes ... militantes.
(Ieda Rhoden, dez. 1991)*

No matriciamento em construção nos cursos de Saúde Mental Coletiva trabalhamos com o local, o óbvio e o cotidiano dos serviços e municípios na constituição de conhecimentos, de tecnologias de cuidado, de autoria, de invenção de presente e de vida. Identificamos que para os alunos validarem as próprias produções precisavam superar um pensamento dependente (autores são outros em outros lugares) e um sentimento de vergonha com as invenções locais e cotidianas. Abraham Turkenicz (1995) escreveu um texto intitulado *querendo aprender e aprendendo* sobre as condições subjetivas para a produção de conhecimento, identificando essas condições como o vazio, a incerteza, a insatisfação, o imprevisível, a surpresa, a confiança e a superação da desvalorização. Judete Ferrari, ao referir-se à política de saúde mental de Alegrete, considerou que a ruptura com a vergonha contribuiu para a expressão de produções silenciadas, construindo saídas, “porque a saída da loucura está no imaginário do povo, a loucura é o próprio povo que nomeia” (Salbego, 2004, p.40). Desse modo, faz sentido Alegrete ter produzido e difundido a camiseta “viver e não ter a vergonha de ser feliz” (verso da música de Gonzaguinha). A implicação desavergonha.

Imersos em produções da educação em ciências da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem o “quadrilátero da educação” para a formação na área da saúde: formação-gestão-atenção-controle social em um modo indissociável para educação significada no setor saúde, equação também apresentada como ensino-atenção-gestão-participação para focar o fazer das instituições formadoras. Ceccim (2005, p.161) considera a educação permanente em saúde como o *processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em análise*, o que implica seus agentes, as instituições e as políticas, potente para ativar o quadrilátero da educação. Assim, os componentes do quadrilátero se tornam analisadores para pensar a capacitação e pesquisa, as práticas de atenção à saúde e de gestão setorial e a mobilização social.

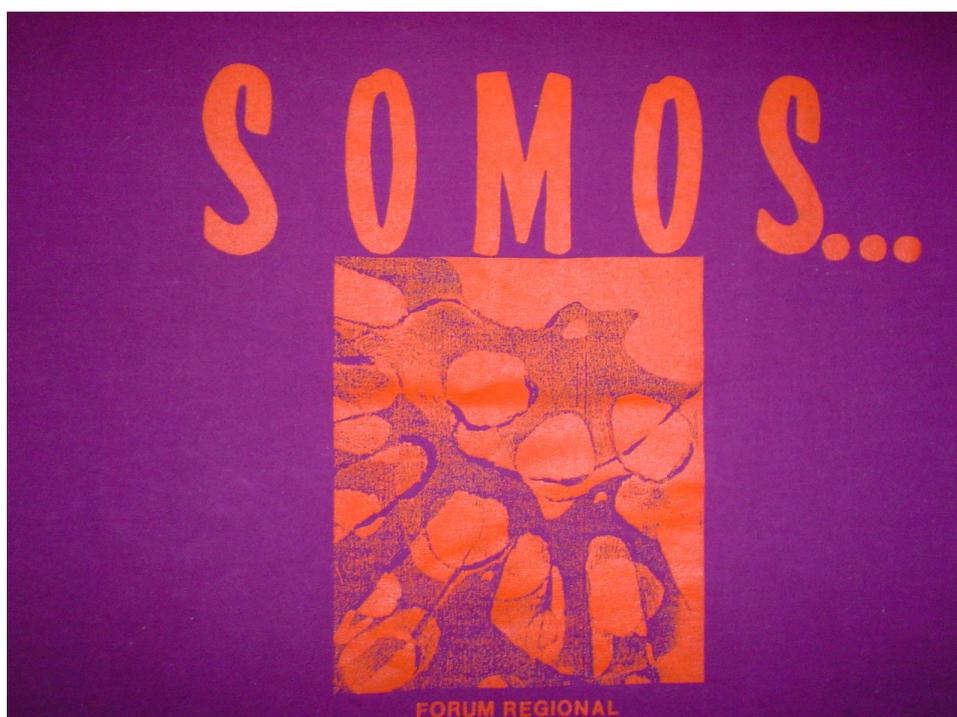
Emerson Merhy ao debater a proposta de Ceccim indica que a educação permanente em saúde tem em si uma pedagogia da implicação como desafio. O debatedor salienta que a educação tem *de ter potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar* (Merhy, 2005, p.174).

O *quadrilátero da educação* atualiza, supera e substitui a formulação *capacitação-pesquisa-assistência-administração-participação*, pois é contemporâneo ao SUS dos anos 2000 e está na construção de um *novo campo de coerência*. *Capacitação-pesquisa* fundem-se como *formação* e a concepção de implicação contribui para a fusão; a *assistência* desdobra-se em *atenção integral*, a *administração* em *gestão de sistema e de serviços* e a *participação* é entendida por *controle social*, pela marca de política pública de saúde deliberada pelos diversos atores do setor.

O desdobramento *assistência em atenção integral* já provocou uma outra formulação a da *gestão da atenção* ou *gestão do cuidado* (Pinheiro, 2003; Merhy, 2004; Ferla, 2004) para indicar que as propostas, os recursos e as decisões devem estar dirigidas para atender às pessoas em suas necessidades singulares, assim como, que ao desenhar um plano terapêutico, há escolhas e decisões, portanto, *gestão* (sentidos, intervenções e tempos envolvidos).

O processo de construção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul operou com os componentes do *quadrilátero*, também foi esta a tradução da vertente *vidaformação* e os agenciamentos de projetos de vida produzidos em Santo Augusto, Bagé, São Lourenço do Sul e Alegrete são exemplos de uma *gestão do cuidado* para a alteridade. Em cada uma das situações narradas foram tomadas decisões, foram realizadas apostas, foi destinado tempo, foram mobilizados recursos materiais, financeiros e tecnológicos: para ir ao campo (Santo Augusto), para redirecionar os recursos financeiros para bens coletivos e individuais (Bagé), para levar de volta pra casa (São Lourenço do Sul e Alegrete), para realizar plantões

participativos e viabilizar trabalho cooperativado (Alegrete e Santiago). São trabalhadores e municípios que têm *um certo flerte* com a loucura, um matriciamento formação-atenção-gestão-participação que qualifico como categoria para uma pedagogia da implicação. A implicação é matricial.



Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Bagé)

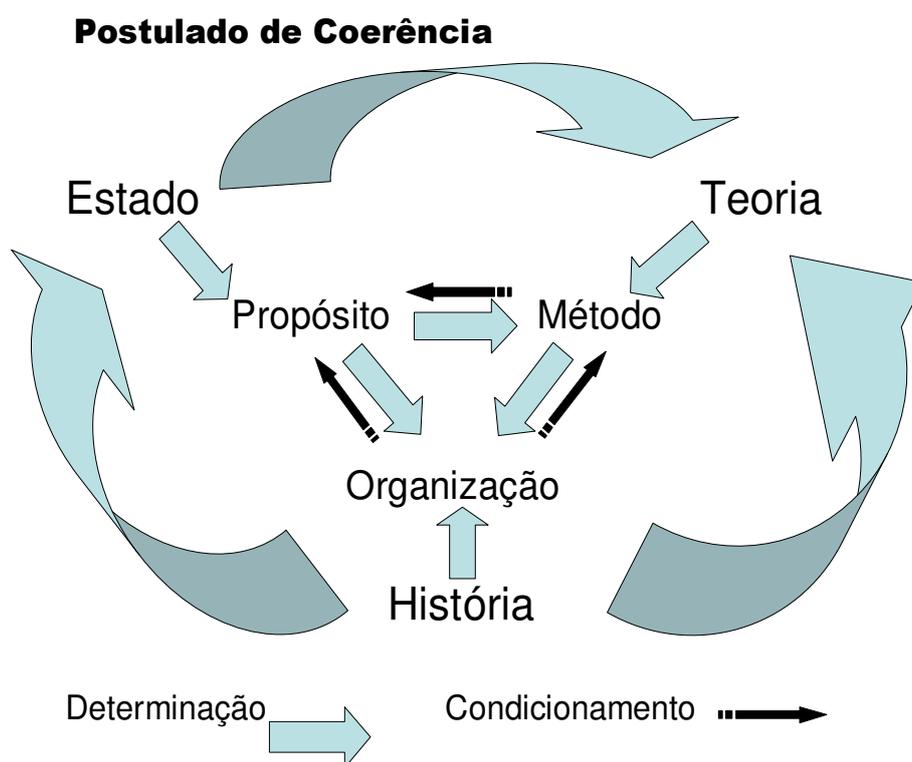
5.2 Poder e pensamento estratégico no setor da saúde

O poder foi se constituindo como categoria central nos cursos das águas e nas rotas de navegação. O autor que deu suporte para o tema foi Mário Testa com sua produção sobre pensamento estratégico e implicação com a saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul, a partir de 1989.

A implantação efetiva do Sistema Único de Saúde e da reforma psiquiátrica no Brasil exigia mudanças políticas, sociais e institucionais, produzia incômodo, deslocamento de forças e superação de instituídos, portanto, num contexto conflitivo e de disputa de poderes. Ser autor nesse contexto exigia preparo para os embates propositivos. Chamava a atenção a ausência do tema *poder* na formação dos trabalhadores de saúde, o que os fragilizava para a autoria de processos instituintes e a sustentação de novas institucionalidades. Nesse sentido, o encontro com Mário Testa e Carlos Matus foi decisivo para o traçar de nossas rotas. Com Mário Testa realizamos várias viagens.

Duas formulações de Testa (1992) sobre planejamento estratégico foram efetivas ferramentas para nosso saber-agir: o postulado de coerência e os poderes no setor da saúde. *Postulado de coerência* é a expressão das relações de determinação e/ou de condicionamento entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações que os implementam. A determinação abrange as forças propulsoras (facilitadoras) para a ocorrência de situações. O condicionamento é constituído pelas forças que limitam (obstaculizadoras) acontecimentos. O autor propõe o estudo das referidas relações, identificando os atores implicados e os poderes que cada um dispõe nos diversos componentes da equação. Ao estudar as relações entre propósitos, métodos e organizações, Testa identificou outra equação composta pela História, Estado e Teoria na qual há uma relação de determinação entre si e entre instâncias (equações). Relações próprias de países latino-americanos, dependentes e periféricos no sistema

capitalista. Na macro-instância, a história é o maior determinante (do Estado e da teoria) e a teoria é a mais determinada (pela história e pelo Estado). Nas relações entre instâncias, o Estado determina os propósitos de governo, a teoria os métodos e a história as organizações. Na micro-instância, os propósitos determinam os métodos e as organizações e estas são condicionantes para os demais componentes.



Na análise dos propósitos de governo foram mapeados os de legitimação, de crescimento e de transformação (da estrutura social). O último nem sempre presente e apenas compatível com uma visão de Estado constituído por heterogeneidades portadoras de contradições e conflitos. Cada propósito determina um método e processo organizacional próprio para haver maior eficácia. Assim, ao propósito de crescimento, corresponde um diagnóstico administrativo (quantificativo) e um processo de continuidade dos avanços (produzir mais do que já é produzido). Ao propósito de legitimação corresponde um diagnóstico ideológico (saberes e práticas construtores de sujeitos) para consolidação. Ao

propósito de transformação corresponde um diagnóstico estratégico (atores, poderes e diferenças) para processos de abertura (porosos, permeáveis e produtores do novo). Em 1995, Testa propôs uma “síntese diagnóstica”, referindo que os diagnósticos administrativo, ideológico e estratégico são parciais e precisam ser reconstruídos em situações concretas para que se abra caminho a propostas de saúde.

Trabalhamos nos cursos de saúde mental coletiva e na implementação das políticas públicas de saúde a necessidade de construir coerência no cotidiano da sala de aula e dos sistemas e serviços municipais (implicação dos alunos). Sendo o objetivo a construção de autoria, esta tende ser produzida sem que seja mera intenção esvaziada de sentido e de prática, por isso a itinerância, a metodologia com apresentação primeiro das realidades locais e a circulação e produção de conceitos-ferramenta como estrutura dos cursos.

Aos propósitos do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e participação correspondiam métodos e organizações que dessem concretude aos mesmos. Para universalizar era necessário ampliar o acesso com serviços que operassem com outra ética (da inclusão, da cidadania e da responsabilização) que não a vigente (da exclusão, do favor e do descompromisso) nos serviços públicos de saúde. A descentralização da gestão para os municípios (municipalização) era uma proposta potente para a efetiva transferência de poder para o âmbito local e pactuação entre os diversos atores do setor (não só o governo). A integralidade exigia uma rede de serviços e modificação nas práticas cotidianas capazes de escuta, de atenção às necessidades de saúde, de resolutividade e de trabalho coletivo. A participação precisava ser de todos com poder de decisão e com o exercício do controle da sociedade sobre o Estado: as conferências e os conselhos de saúde foram os dispositivos criados no final da década de 1980 e primeira metade dos 1990. Muitos de nós, professores e alunos, nos dedicamos à municipalização, à realização das Conferências de Saúde e à criação de Conselhos de Saúde nos municípios (Oliveira e Saldanha, 1993; Beskow, 1993; Rocha et

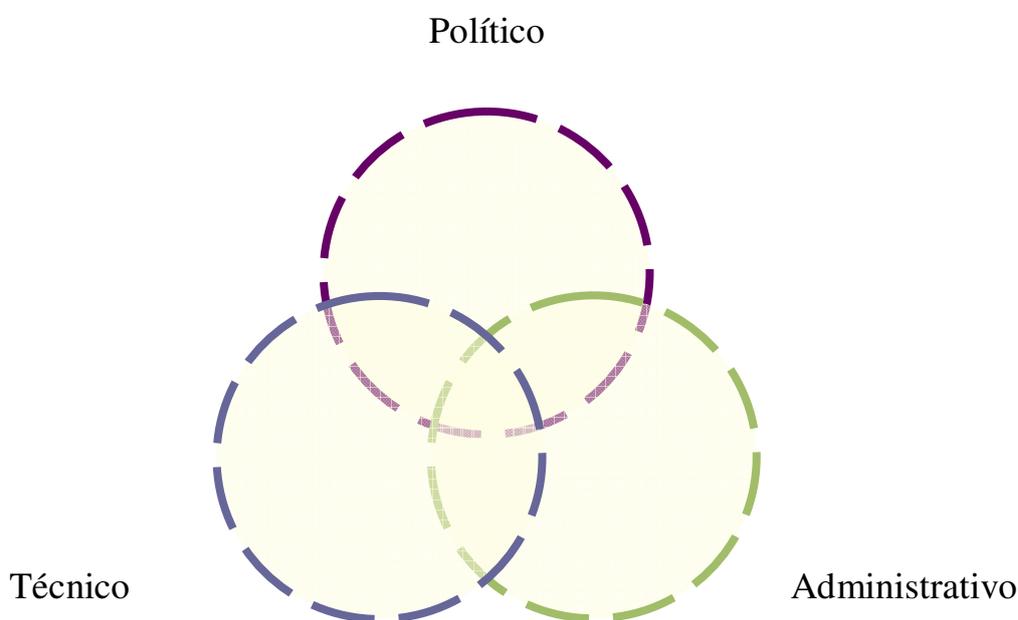
al, 1995; Crescente e; Oliveira, 1995; Ferrari e Mulazzani, 1997). A exigência de produção de coerência continua vigente no SUS e muitos problemas do sistema são oriundos das discrepâncias entre seus propósitos, métodos e organizações.

O postulado de coerência ancorou as práticas de saúde mental coletiva nos municípios. Para muitos, antes de saber que serviço criar e o que fazer, o motor da ação consistia no conjunto de propósitos: garantia de direitos (cidadania e saúde), atendimento local e atenção integral. São exemplos desse processo a criação da *Nossa Casa* em São Lourenço do Sul, no qual a secretária municipal de saúde provocou à equipe para implantar um serviço, não sabendo qual, mas sabendo ser possível (Beskow, 1993) e a abertura de leitos no hospital geral de Alegrete, inicialmente disponibilizado pela necessidade de um usuário (José de Canoas), depois pelo argumento do direito e por último pela formação da equipe em serviço (Salbego, 2004). O conhecimento foi produzido na ação, em sua ressignificação e na interação com outras práticas.

A outra formulação de Testa (1992 e 1995) que operou como conceito-ferramenta foi sobre os poderes político, técnico e administrativo no cotidiano do setor da saúde. Entendendo *poder* como capacidade, prática e relação entre atores sociais; proposto como distribuição democrática e estratégica de ganhar espaços de liberdade. A aprendizagem de que podem existir vários modos (estratégias) de implementar uma política, foi inspiradora da frase “não estamos desnorteados: temos vários nortes” de autoria de Abraham Turkenicz.

O *poder político* é a capacidade de desencadear uma mobilização e é o impacto de sua prática tanto nos mobilizados como nos mobilizadores, resulta em saberes e práticas. O *poder administrativo* é a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos e está sintetizado nas diversas formas de financiamento. O *poder técnico* é a capacidade de gerar, usar, circular, processar e veicular informações. Testa identifica o poder técnico por tipo de informação (médica, sanitária, administrativa e marco conceitual), âmbitos (docência, investigação,

serviços, administração e população), homogeneidade/heterogeneidade e por estilo (linguagem). Os poderes são interdependentes e se interseccionam.



Os âmbitos do poder técnico identificados por Testa coincidem com o matriciamento formulado no item anterior e com o conceito de integralidade proposto na Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Paismental-SES/RS): formação-atenção- gestão-participação.

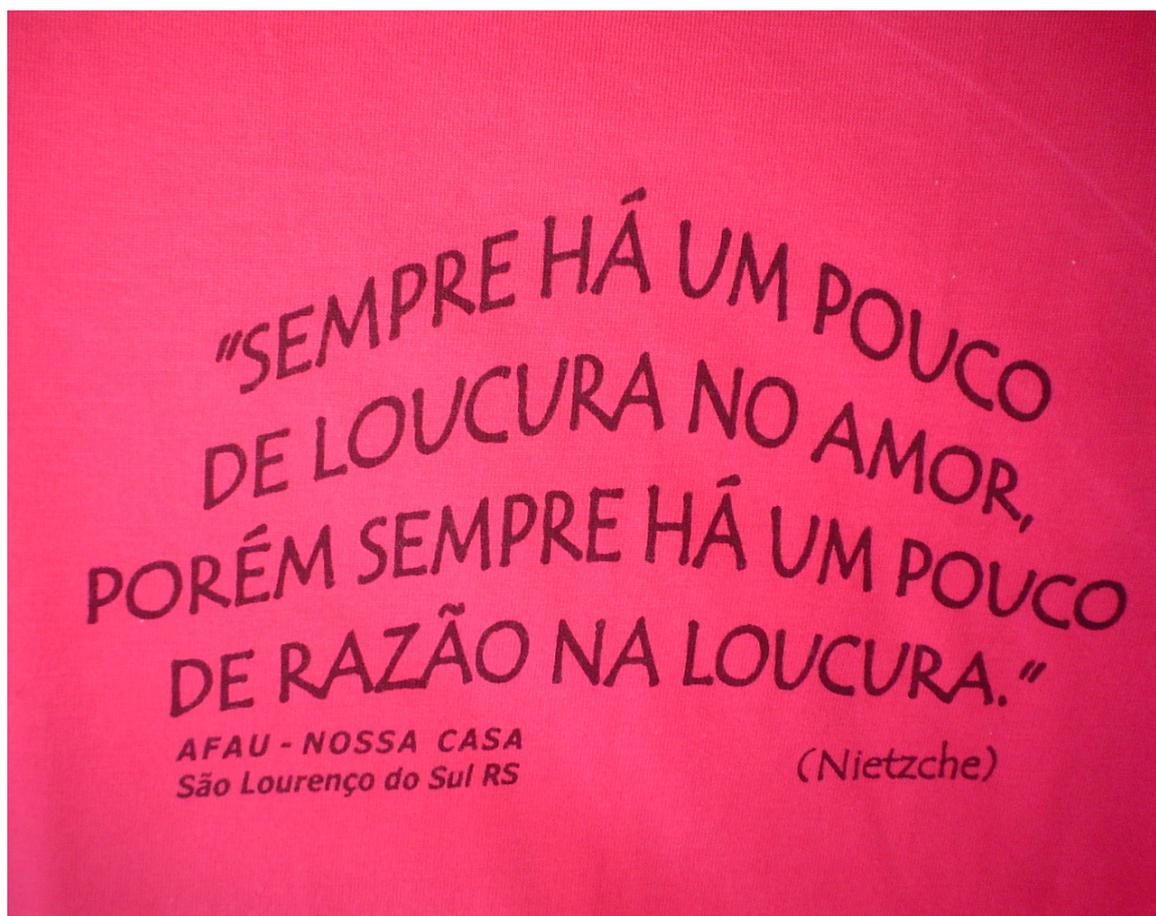
A identificação dos poderes na saúde e na saúde mental e a construção das propostas de intervenção nos mesmos foram intercessoras na produção de autoria nas políticas públicas do setor no Rio Grande do Sul. Para mim foi uma ferramenta que possibilitou a interlocução com políticos (no sentido convencional): prefeitos, secretários de saúde e legisladores, com técnicos profissionais de saúde e administradores, bem como facilitou a comunicação entre os mesmos. Trabalhar pedagogicamente com os preconceitos recíprocos tais como “todo político é mentiroso”, “todo técnico é alienado” e “todo o administrador é burocrata” era um disparador para refazer conceitos, romper limites rígidos e produzir interferências múltiplas

em suas práticas cotidianas. Nos cursos os alunos utilizavam nos boletins “as bolas” em contraposição “aos quadrados” que precisavam ser rompidos e superados, bem como para expressarem o quanto essa aprendizagem gerava inquietudes. Os poderes estão presentes no conceito de Saúde Mental Coletiva (Fagundes, 1995), na estruturação dos cursos de saúde mental coletiva (Cescon, 1995), nas propostas e avaliações de políticas públicas de saúde e saúde mental (Oliveira e Saldanha, 1993; Dias, 1993; Crasoves, 1995; Fagundes, 2001) e na constituição de colegiados gestores (Fagundes, 2001).

O tema provocou encontro com outro autor: Foucault. Inicialmente com a História da Loucura, depois com Vigiar e punir, Microfísica do poder, A ordem do discurso e, mais recentemente, com os Ditos e escritos, para o qual o poder é categoria central no assujeitamento e no disciplinamento na sociedade. A noção de biopoder (poder sobre a vida) também é um conceito-ferramenta que possibilitou o rompimento com seu exercício e o agenciamento de outros modos de inventar a vida no cotidiano (biopolítica) do trabalho vivo em saúde e saúde mental.

Outro encontro foi com Nietzsche dando ao poder sentido de vontade de potência para o movimento, as forças de expansão, transmutação, de destruição e criação de formas de invenção de si e da vida (Naffat Neto, 1996).

O poder aparece como categoria e não conceito, serve ao pensamento estratégico, ao desenvolvimento da autonomia, com coragem e ousadia para as autoridades. A implicação é poder de autoria.



Camiseta do Mental Tchê (São Lourenço do Sul, 2005)

5.3 Transdisciplinariedade

As vertentes, os cursos das águas e as rotas de navegação constituíram um conceito para a pedagogia da implicação: transdisciplinariedade.

A experiência e vivência do trabalho com profissionais de vários núcleos de saberes e de práticas e a experiência e vivência do quanto esse outro matriciamento potencializa a aprendizagem, a elaboração de estratégias inovadoras de atenção, a capacidade de dar suporte às incertezas e à desterritorialização dos saberes-fazeres prévios para que se tornem atuais, permitiram a extração do conceito de transdisciplinariedade.

A elaboração conceitual foi se processando ao longo da formulação/implementação da reforma psiquiátrica em nosso estado e país, marcadamente no período em que fui

responsável pela coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1987-1991). Tal política teve, como já foi referido anteriormente, como estratégia central, a formação de pessoas, realizando intercâmbios internacionais, nacionais, estaduais e locais, oferecendo oficinas de atenção integral à saúde, modificando a formação de residentes em saúde mental, criando cursos de aperfeiçoamento em saúde mental coletiva, de modo descentralizado, itinerante e multi-institucional. A formação desencadeada pela política estava fundamentada:

- nos princípios do SUS de descentralização, participação, integralidade, universalidade, gratuidade, equidade e acesso à informação;
- no entendimento de que, na saúde, o principal trabalho é o humano e que os trabalhadores, ao se apropriarem do seu processo de trabalho, exercitam-no gerando conhecimento, inovação e ação;
- no reconhecimento da subjetividade, do conflito, das contradições, da incerteza e do poder como constitutivas de indivíduos, coletivos e de instituições.

Foi a produção do encontro com a psicanálise (Vicente Galli, Jurandir Freire Costa e Joel Birman), com a análise institucional (Félix Guattari), com a psicologia dos grupos (José Bleger), com o pensamento estratégico (Mário Testa, Carlos Matus e Rubén Ferro), com a desinstitucionalização (Franco Basaglia, Franco Rotteli e Michael Foucault), com a pedagogia da problematização (Paulo Freire), com a administração criativa (Paulo Motta), com as ciências sociais (Boaventura Souza Santos, Susan Sontag e Cristóvam Buarque), com a epidemiologia sem números e da desigualdade (Naomar de Almeida Filho e César Victora) e com as políticas públicas de saúde (Giovanni Berlinguer, Sérgio Arouca, Sonia Fleury, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Luis Carlos Cecílio) que constituiu o estudo em uma necessidade do trabalho e o trabalho em uma necessidade do estudo, colocando subjetividade e instituição em questão. Poder-se-ia dizer

que reunir essa diversidade de autores configuraria um ecletismo sem sustentação epistemológica forte, mas a extração é a do “encontro”, não a do perfilamento. Não um ecletismo, mas encontro de teorias que as diferenciava inclusive de si mesmas: capacidade de agregar profissionais de diferentes “escolas”, fazendo diferença nas suas teorias. A expressão de multi-referencialidade utilizada por Lourau (1993) ao referir a análise institucional como “novo campo de coerência” traz essa noção como contraposição às filiações, não ecletismo.

O encontro foi produzido tanto por meio dos textos como das aulas, debates, convivência com os próprios autores em eventos-adventos provocados pelos nossos coletivos inventariados nas *rotas de navegação*, nos cursos de aperfeiçoamento e especialização em Saúde Mental Coletiva, nos Seminários Internacionais de Saúde Mental Comunitária e de Saúde Mental, nos Encontros Estaduais de Saúde Mental, no Encontro Nacional de Psicologia do Trabalho, nos Encontros do *Fórum Concordia de Salud Mental*, nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, em especial o terceiro, realizado em Porto Alegre, e nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental.

Essa formação multi-referenciada, provocadora de encontros e de efeitos como serviços locais de saúde mental e Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi uma das fontes para a elaboração de Mário Testa sobre o *Saber en salud: la constitución del texto* (1997). A experiência possibilitou a construção de novos perfis de trabalhadores e de usuários, em especial os “loucos” conquistaram outra escuta e outro cuidado, a configuração de uma nova metodologia de ensino-aprendizagem, centrada na capacidade de autoria, de o humano ser *sentipensante*, bem como de uma estrutura-eixo para cursos em saúde mental. Produção que dialoga com a formulação de Naomar de Almeida Filho (1997) sobre transdisciplinariedade, possível pelo trânsito de sujeitos dos discursos e não pela circulação dos discursos (pela via da tradução) em cada campo. A transdisciplinariedade é um processo prático exercido pela *mentecorpo* de pesquisadores em trânsito. Nós denominamos *sentipensantes* os novos

“operadores transdisciplinares da ciência” que foram propostos por Almeida Filho. Sujeitos transversais, capazes de “trans-passar fronteiras à vontade nos diferentes campos de transformação, agentes transformadores e transformantes” e “anfíbios”, pela capacidade de viverem em meios diferentes. A formulação de Almeida Filho foi debatida e publicizada na revista *Ciência & Saúde Coletiva* (1997). Do debate, destaco as interlocuções de Vera Portocarrero, José Ricardo Ayres e José da Rocha Carvalheiro. Os comentários provocaram Almeida Filho (1997, p.52) a propor novos objetos científicos “simultaneamente fronteirizos, híbridos, mestiços e complexos: os trans-objetos”, reafirmando o desafio de inventar instituições políticas capazes de entender que os “objetos são também agentes culturais” e, por fim, ressaltando a necessidade de “aumentar as travessias entre os campos científicos e de prática social”. Travessia em construção desde 1992 por Mário Testa na sua formulação sobre ciências sociais e vida cotidiana e publicada em 1997 no livro *Saber en salud*. O trans-passar na produção de transdisciplinariedade também acontece entre saberes e práticas científicas e populares, o que constitui um dos maiores desafios da pedagogia da implicação. Sobre aprender e conhecimento um motorista da equipe da Paismental, mentaleiro, cunhou a frase de outra camiseta “pior que massa encefálica falida, é massa encefálica poluída” (Vanderci). A restituição formulada por Lourau (1993) e praticada nos cursos de águas e nas rotas de navegação da Saúde Mental Coletiva é um dispositivo para esse transdisciplinar.

A elaboração das noções de campo (compartilhado) e núcleo (específico) de saberes e de práticas nas profissões de saúde e de ressignificação da clínica, realizadas por Gastão Wagner de Sousa Campos (1994 e 1997) e por Emerson Elias Merhy (1997) foram decisivas para a superação dos desafios da formação e para a continuidade da invenção do trabalho da atenção-gestão na saúde. Juntamente com a estrutura e a metodologia configuradas nos cursos de saúde mental coletiva. Tais elaborações foram guias sinalizadores para a estruturação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (Turkenicz e Fagundes, 2000, Ceccim e

Armani, 2002) e para o Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), no período 1999-2002.

As observações, as indagações, as autorias e os laços propiciados pela formação, como eixo prioritário da política pública de saúde mental, constituíram circuitos de viabilização do impossível: articulação entre educação e saúde, com as temáticas da autoria e da clínica; da integralidade e da educação permanente em saúde; da equidade e da singularização. Alguns alinhavos conceituais foram elaborados e registrados em artigos na Revista de Saúde Mental Coletiva, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (1993, 1995, 1997), em livros como *Psiquiatria sem Hospício* (1993) e *Saúde Mental: campo, saberes e práticas* (2001).

Um novo encontro afirmou a transdisciplinariedade como âncora para a pedagogia da implicação: com Regina Benevides e Eduardo Passos (2000). Os autores recorrem à implicação (análise do sistema de lugares do analista/pesquisador) para romper as barreiras entre sujeito e objeto, entre ação e produção de conhecimento. O sujeito e o objeto do conhecimento se constituem no mesmo processo de diferenciação, no qual todo conhecer é um fazer. Nesse processo a transdisciplinariedade “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos” pelo efeito desestabilizador da dicotomia sujeito/objeto, da unidade das disciplinas e dos especialismos. A proposta é de um “plano de constituições ou de emergências”, a partir do qual toda realidade se constrói, com componentes teóricos, tecnológicos, éticos, estéticos, econômicos, políticos e afetivos que o atravessam. Consideram a transdisciplinariedade um conceito-ferramenta por sua potência crítica como operador de realidade, por sua capacidade intercessora de produção de crise e desestabilização.

Os intercessores, propostos por Deleuze (1992), produzem efeitos de interferência, de intervenção por atravessamentos, de desestabilização e de perturbação na relação entre domínios. Os intercessores só podem ser aprendidos em operação: “de encontro, contágio, cruzamento que desestabiliza e faz diferir”, reafirmam Benevides e Passos (1997, p.77). Os

intercessores se fazem em torno de movimentos, ocorrem “entre” domínios. Transdisciplinar é problematizar os limites de cada disciplina, questionar seus pontos de congelamento e universalidade, nomadizar suas fronteiras, tornando-as instáveis. A aposta transdisciplinar é a de “caotizar os campos, desestabilizando-os a ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos”. A proposta de desinstitucionalização elaborada na Itália (Rotelli, 1992), a problematização e o descongelamento do pacote objeto-disciplina-procedimento-espaco-objetivo = doença mental-psiquiatria-internação/medicação-hospital psiquiátrico-cura, efetivada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil e a construção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul são produções transdisciplinares: pela capacidade de gerar crise, produzir diferenciação e ativar autorias.

Benevides e Passos conceituam a transdisciplinariedade ao proporem a construção do plano da clínica, defendendo que toda clínica é transdisciplinar. Aqui, dois outros encontros desestabilizadores são produzidos com Alcindo Ferla (2002) e Ricardo Ceccim (2004).

Ferla provoca, com sua formulação de uma clínica nômade: capaz de assumir novos arranjos ético-estéticos para potencializar a saúde e afirmar a vida em cada situação de atendimento. Prática construtora e construída por outra pedagogia: mestiça, de escuta à vida, às sensibilidades e singularidades, com suas múltiplas racionalidades e produtora de protagonismo.

Ceccim propõe diretamente o “entre-disciplinar” para as práticas de educação e de saúde. O autor utiliza a figura da *terceira margem do rio*, de Guimarães Rosa, a imagem da travessia de Che Guevara entre uma margem do rio (onde estão os profissionais de saúde) e outra (onde estão os pacientes) no filme *Diários de Motocicleta* de Walter Salles Jr. e o conceito de intercessor em sua proposta-aposta. No “entre”, zona de fronteira, de apagamento de domínios, de travessia, da transmutação de valores, de surpresa, de aprendizagem, lugar de efeitos, de subjetivação: a terceira margem. Entre-disciplina, zona das “intercessões das

práticas disciplinares, umas às outras, diferenciando-se cada uma de forma viva” (Ceccim, 2004, p.273).

Para Benevides e Passos, para Ferla e para Ceccim diferentemente de sujeitos que transitam a vontade em mais de um campo realizando sínteses provisórias, como propôs Almeida Filho, a transdisciplinariedade ocorre entre campos, desestabilizando-os e os sujeitos (intercessores) são os que suportam o trânsito na zona de fronteira, a perturbação, a diferenciação criativa, ou seja, a produção da terceira margem do rio.

O Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva bi-nacional, promovido pelas Universidades de Ijuí do Brasil (Unijuí) e de Misiones (Unam), da Argentina, com módulos alternados num e noutro país, como já foi referido nas rotas da navegação, exigia que alunos, professores, coordenadores e autoridades acadêmicas se deslocassem mensalmente de balsa pelo rio Uruguai, pois não havia estrada nem ponte. Imagem concreta, mas todos participantes se implicaram com a proposta e, por isso, assumiam o desafio da travessia de um lado a outro, mas também pelo “entre”. Nessa tessitura de redes, de itinerância, de multiplicidade e de possíveis vivi uma situação-marcadora de intercessão: atravessei o rio Uruguai de barco a remo à noite. Foi o modo de viabilizar e explicitar a implicação de professora (de um módulo na Argentina num dia) e de psicóloga (da Pensão Pública Protegida *Nova Vida* em Porto Alegre, que realizava sua confraternização de final de ano no dia seguinte). Os horários da balsa não permitiriam tal operação e a opção foi pelo meio utilizado pela cultura local de fronteira: o barco a remo dos pescadores. Entre medo, excitação e indagações vivi a sonoridade suave do ritmo das águas, bem como vi o rio-céu estrelado e uma enorme lua cheia nascer dourada. A aula e a festa tiveram ressonâncias, interferências da travessia intercessora e perturbadora de práticas.

Produção de transdisciplinariedade ocorreu no encontro entre operadores do direito e da saúde mental nos cursos e nos municípios. Professores convidados para aulas sobre

legislação e cidadania no curso de Passo Fundo, o juiz Paulo Félix (1993) e o procurador do estado Geraldo Feix, modificaram suas práticas profissionais (sentenças, mandados e pareceres) a partir dos debates sobre desinstitucionalização, integraram o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e nos apresentaram as propostas do direito alternativo. Em Alegrete, o curso das águas da vida de Clara foram modificados pela interferência das *mentaleiras* nas práticas do Ministério Público e as práticas de saúde mental foram se transformando no encontro com ela. Clara não foi encaminhada para internação num hospital psiquiátrico em Porto Alegre, foi cuidada, reconstituiu sua história e impulsionou a qualificação das tecnologias de cuidados de saúde mental em Alegrete.



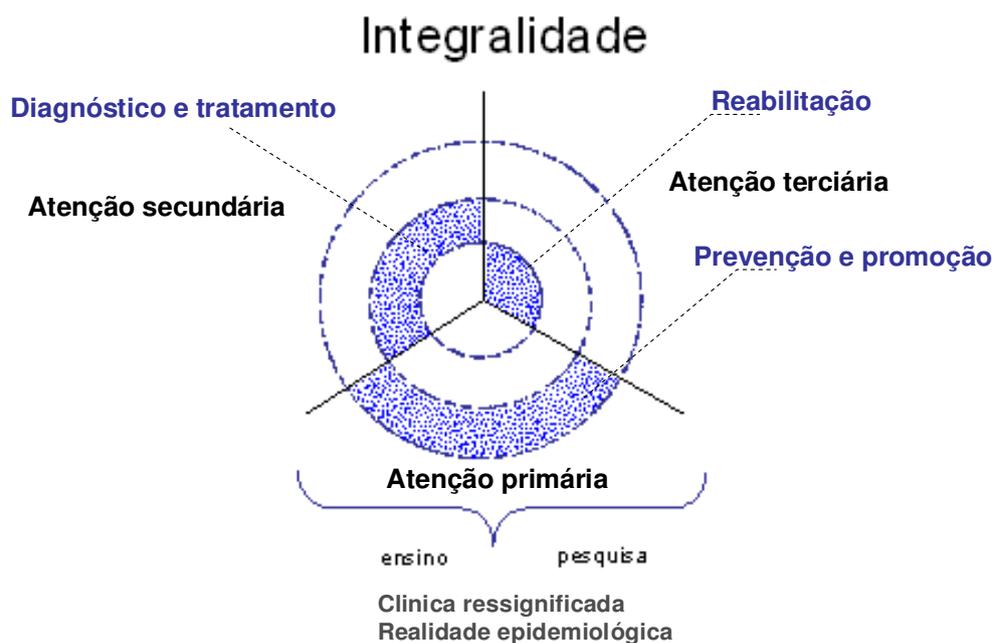
Camiseta Cooperativa Qorpo Santo (Alegrete)

5.4 Integralidade

Conceito complementar ao de transdisciplinariedade foi o da integralidade. Em cena a vertente da profissionalização: entre os princípios estavam o atendimento personalizado e a atenção integral, referências à singularidade, à clínica, ao acesso durante as vinte e quatro horas do dia, nos sete dias da semana, ao cuidado necessário à saúde. Princípios inexistentes no sistema de saúde pública da década de 1970, quando foi criado o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, mas práticas que alicerçaram e integraram o meu ser-saber-fazer, integralidade-equidade, no início deste milênio.

A reforma sanitária, que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), teve como diretriz a atenção integral à saúde. A integralidade, no tocante à assistência, deve ser entendida como a conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde.

O campo da saúde mental foi um terreno fértil para compor a integralidade. Nos *Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental no Rio Grande do Sul* (1987) foram formulados, pela primeira vez, os conceitos e as estratégias de implementação de uma atenção integral à saúde mental, na condição de uma política pública estadual, em nosso estado. As estratégias propostas para a integralidade articulavam níveis de prevenção – primária, secundária e terciária - com os níveis de abordagem – sócio-comunitário, ambulatorial e hospitalar, produção de conhecimento, capacitação e pesquisa, realidade epidemiológica e clínica ressignificada.



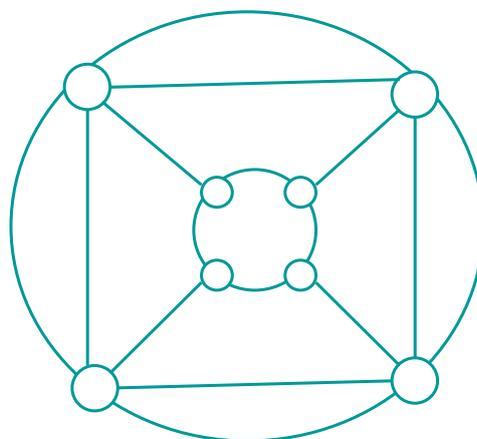
O desafio era provocar e propiciar que todos os serviços realizassem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de capacitação-pesquisa, de acordo com as necessidades individuais e coletivas da população, bem como com as especificidades tecnológicas dos mesmos. As instituições que se mobilizaram na direção de tais propostas, desencadearam um processo de reorganização do trabalho de um modo participativo – uma das prioridades da saúde mental. Processo que rompia com a rigidez dos sistemas piramidais de organização da assistência à saúde, possibilitava a reorientação do modelo assistencial com as equipes locais sendo produtoras participantes das políticas e dos planos de saúde e saúde mental. O mesmo coletivo de trabalho pensa, sente, planeja e faz.

Concomitantemente, a reforma psiquiátrica no Brasil foi assumindo os contornos e as propostas da desinstitucionalização que, assim como a reforma sanitária, exigia um novo paradigma ético-estético-político. Eram necessários novos e outros saberes-fazeres. Na saúde mental, produzia-se a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, afirmando sua superação pela invenção de tecnologias de cuidado que dispensassem o hospital psiquiátrico e se ocupassem

das existências em sofrimento na cultura. Os serviços precisavam ser-estar acessíveis, produzir acolhimento, responsabilização e resolutividade, mediante a plasticidade nas tecnologias de cuidado oferecidas, para que se contemplasse a diversidade de necessidades de cada usuário. Há uma radicalização do princípio de integralidade, quando associado às singularidades/subjetividades, e não apenas à assistência.

Gastão Campos (1994) realizou uma feliz síntese da contribuição da saúde mental ao SUS e propôs a reconfiguração do sistema de saúde, da pirâmide ao redemoinho de ponta cabeça, “com a base em movimento sobre o solo”. Luis Cecílio (1997) propôs a superação da pirâmide pelo círculo na estruturação de modelos tecnoassistenciais de saúde tendo como centro os usuários. Righi (2002) entremeou os temas da rede, território, poder local e complexidade, na constituição de sistemas de saúde, desmontando a pirâmide em diagramas de rede local para alcançar a integralidade. Ceccim (2005) propôs a imagem de malha de cuidados ininterruptos, tramando serviços e linhas de integralização dos cuidados. Imagem que publicizou na IV Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2003), preparatória para a XII Conferência Nacional de Saúde. O mesmo autor compôs o diagrama de uma mandala como expressão da disruptura com as racionalidades administrativas e gerenciais hegemônicas quanto à hierarquização e à regionalização propostas para o Sistema Único de Saúde. A hierarquização seria o *desenho dos eixos de comunicação, das linhas de cuidado e do matriciamento do trabalho em rede*. A regionalização seria o *desenho de zonas em torno dos pontos de contato e cruzamento onde ocorrem pactos entre gestores e laços com redes sociais*, tendo como *centro* ou *orientação ao centro* os usuários (Cecim, 2005, p.166).

Diagrama básico de uma mandala



A integralidade é eixo estruturante para a afirmação do SUS. Está associada à superação do reducionismo das práticas de saúde, à organização dos processos de trabalho e do sistema sócio-sanitário, à formulação das políticas de atenção a problemas e populações específicas, às necessidades das pessoas e suas condições de vida, à escolha das tecnologias de atenção, às inter-relações subjetivas e de produção da autonomia (Mattos, 2001; Cecílio, 2001).

Há acordo de que é necessária uma ressignificação da clínica e novas formulações foram concebidas, ao longo dos anos 1990, início dos 2000, oriundas, tanto do campo da saúde coletiva, como do campo da saúde mental, passíveis de diálogo entre si. Assim, é possível nomear ousadas e inventivas expressões-sínteses: clínica ampliada, clínica antimanicomial, clínica no plural, clínica da sensibilidade, clínica nômade, clínica da resistência e criação, clínica do cuidado e clínica em movimento. Florianita Campos (1992) e Gastão Campos (1997), Ana Marta Lobosque (1997 e 2003), Jonas Melman (2001), Emerson Merhy (2002), Ricardo Ceccim (2004) e Alcindo Ferla (2004) são autores referência para o tema. As duas primeiras, clínica ampliada e clínica antimanicomial, já têm um certo acúmulo

teórico-prático, as outras, talvez seus autores nem tenham essa pretensão, embora todas sejam efetivas.

Regina Benevides e Eduardo Passos têm pesquisado-intervido na questão da clínica sem outra nomeação, mas afirmando-a como transdisciplinar (2000), pública (2004), autopoietica, contemporânea, de passagem e analítica institucional¹⁷ (2005). Os autores dizem que *definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente* (2004, p.168).

A construção da integralidade inclui rede de serviços e cuidados. O acoplamento das propostas de “malha de cuidados ininterruptos” (Ceccim, 2005) e de “redes quentes” de produção de subjetividades (Benevides e Passos, 2004) dialogam com a integralidade produzida em Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul e expressam a integralidade necessária para o Sistema Único de Saúde ser um sistema vivo. A proposta de malha inclui a conectividade entre os nós, viabilizando o acesso ao sistema a partir de qualquer um de seus nós (unidades produzidas e produtoras de linhas e fluxos de cuidados); o trabalho regionalizado, intercomplementar e em equipe para efetiva resolutividade e inova com a característica de maleabilidade produtora de autonomia (escuta dos usuários e entre os profissionais), com o direito à informação e com a invenção (de tecnologias, de vida e de existências) geradora de responsabilização frente ao criado (Ceccim et al, 2005). As redes quentes são geradoras de efeitos de diferenciação pela dinâmica de conectividade ou de conjunção, são redes heterogenéticas, nas quais a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão constituem planos de produção de novas formas de existência, que

¹⁷ Afirmativas pontuadas no *Colóquio em dois movimentos: de Porto Alegre a Niterói, acompanhamento terapêutico e políticas públicas de saúde*, promovido pelo Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública da UFRGS e pelo Projeto de Acompanhamento Terapêutico da UFF, out. 2005 e jan. 2006.

resistem à serialização e ao assujeitamento próprios do capitalismo mundial integrado, na formulação de Guattari (1981), produtor de redes frias. A aposta clínico-política é de que a experiência clínica, assim como a vida, no contemporâneo, é a um só tempo de incidência dos mecanismos de biopoder e um ponto de resistência biopolítica (Benevides e Passos, 2004).

A produção de redes quentes em malhas de cuidados ininterruptos exige sujeitos encarnados. Sujeitos como expressou Alcindo Ferla (2004) corporificados, pulsáteis, singulares, marcados histórica e socialmente, com cicatrizes visíveis e invisíveis dos processos de disciplinamento e de subjetivação, que, ao mesmo tempo, nas dobras do corpo, são constituídos por movimentos, forças, afetos e devires (potências de vida). Potências que precisam ser escutadas e enxergadas para o agenciamento de *vidas que podem vingar* ou de uma *nova saúde, mais forte, mais tenaz, mais alegre, constantemente conquistada*, como propôs Nietzsche (2001, p.286) na *grande saúde*. Aprendizagem possibilitada pela pedagogia da implicação.

A aprendizagem da integralidade das nascentes às rotas da navegação incluíram a coexistência de produções apolíneas e dionisíacas: a ressignificação do corpo (das lutas, do trabalho, do amor), o boletim poético, os saraus musicais, a dança e as celebrações nos cursos de saúde mental coletiva e nos serviços-oficinas de Bagé, Alegrete, Santo Augusto e São Lourenço do Sul.

O modo como em Alegrete foi tramada a malha de cuidados ininterruptos, a partir das necessidades de cada usuário revela autoria de sujeitos encarnados capazes de tecer uma rede quente. O morador de Canoas, Clara e a artista foram “cidadãos fundamentais para a democratização da técnica em saúde mental em Alegrete” (Ferrari apud Salbego, 2004, p.50). Os mentaleiros são encarnados.



Camiseta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Núcleo Santo Augusto)

5.5 Invenção, geração

Apresentadas as categorias do matriciamento (quadrilátero da educação) e do poder (pensamento estratégico) no setor da saúde, os conceitos de transdisciplinariedade e de integralidade, surgem os dispositivos da pedagogia da implicação, dispositivos de invenção, geração. Dispositivo formulado por Foucault e sintetizado por Deleuze (1990) como entrecruzamento, mistura, variações e mutações de linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação, de ruptura, de fissura e de fratura. A filosofia dos dispositivos repudia a universalidade e propõe processos imanentes a dado dispositivo: quais as possibilidades intrínsecas de criatividade, de liberdade dos modos de existência. O dispositivo se define pelo que detém em novidade (atualidade) e pela capacidade de se transformar ou fissurar em

proveito de um dispositivo do futuro. É necessário distinguir em todo o dispositivo o que somos (o que não seremos mais) e aquilo que somos em devir, distinguir a história e o atual.

Como já referi nas *nascentes* (meu arquivo), ter nascido em Uruguaiana, na fronteira-oeste do Brasil com a Argentina e o Uruguai, bem como ter vivido um período de transição histórica, de inovações tecnológicas e de mudança de paradigma me permitiu uma identidade latino-americana, uma noção alargada de território, uma certa convicção de que a história também foi feita por mim.

Minha geração vivenciou as modificações do último século, pois quando nascemos, não havia televisão em nossas casas, o automóvel não era acessível à classe média, o telefone não fazia parte das comunicações cotidianas, a maior parte da população vivia no campo; os movimentos estudantis, de mulheres, pelos direitos humanos e ecológicos eram embrionários ou não existiam; o homem não tinha ido à lua; havia a guerra fria e a divisão do mundo se fazia em três blocos. Em quarenta anos tudo, ou quase tudo, se transformou: a televisão faz parte da família; o automóvel, de patrimônio, virou um bem de consumo; sem telefone ninguém mais vive (principalmente o celular); passamos a viver nas cidades; os movimentos sociais são responsáveis por conquistas de direitos; ir à lua já é quase um passeio; a União Soviética deixou de existir e o muro de Berlim foi demolido. Estamos na era da informática. As mais belas produções humanas, assim como as mais medonhas, podem ser acessadas pela internet. Muitos avanços e muitos sofrimentos, porém, como não acreditar que é possível inventar e reinventar o mundo? Muitas engenhocas de captura, mas também dispositivos de disruptura.

Considero que nossa geração foi praticamente compelida à invenção. No que me diz respeito, a invenção gera prazer, viabiliza-se coletivamente, exige solidariedade, capacidade de suporte, de solidão e de consciência histórica. Constituir e participar de espaços-laboratórios de vida, de usinas de criação, são circuitos desejantes de alta significação para

mim (o atual, *em que fui me tornando*). Desse modo, aceitei ser “*a primeira mulher e não médica*” a coordenar a política de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 1987. Participei da criação da primeira pensão pública para portadores de transtorno mental, assim como da casa de transição para os mesmos e da instalação do primeiro Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (Caismental) em Porto Alegre. Continuei na trajetória dos “primeiros” em Viamão: criamos o colegiado gestor e uma rede de atenção à saúde que não existia. Entendi que, para mim, ser a primeira, estava associado à invenção, à geração e não à classificação. Em 2001-2002 tive a possibilidade de constituir e integrar o corpo docente de um curso de graduação que não existia: “Administração de Sistemas e Serviços de Saúde” numa universidade em criação: a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Ceccim, 2002). Em 2003, aceitei o desafio de ser Secretária de Saúde do município de Porto Alegre, fui a segunda mulher e a primeira psicóloga no cargo e as alegrias foram, num curto período (17 meses), as de mobilizar o potencial dos trabalhadores e dos serviços para analisar e modificar o processo de trabalho na gestão, incluindo o financiamento e a atenção. Mais uma vez a educação foi ativadora de processos de invenção. Implantamos o *acolhimento* na rede de serviços, fizemos a regionalização do atendimento hospitalar, vinculando hospitais à determinada população do município e a rede de unidades de saúde da Secretaria, o que possibilitou constituir a *linha de cuidado mãe-bebê*, na qual a gestante sabe onde fará o parto e as equipes passam a trocar informações sobre as pessoas acompanhadas, efetivamos a *contratualização* com os hospitais de ensino da cidade, por meio da qual as instituições comprometeram-se com metas qualitativas e quantitativas de assistência, gestão, ensino e participação e passaram a receber de acordo com cumprimento das mesmas. Realizamos a *I Mostra* dos trabalhos executados pelos trabalhadores da rede de serviços municipais e fizemos duas publicações, uma com os trabalhos da *Mostra* (2004) e outra sobre *Acolhimento* (2004).

Aprendi que, para mim, o exercício da liberdade para criar é essencial à vida e que, para muitos outros, também é. É um processo de criação-recriação própria-do-outro-nossa. São muitos os que me criaram e que criei.

O tema da invenção/geração produziu outro encontro: com Virgínia Kastrup e seu livro *a invenção de si e do mundo* (1999). Ao estudar a cognição, a autora introduziu o tempo e o coletivo como constitutivos da invenção, indagou sobre uma prática pedagógica apropriada ao saber híbrido e produtor de diferença e propôs uma política da invenção, na qual se mantém vivo o aprender a aprender, política cuja chave é a manutenção da tensão permanente entre a ação e a problematização provocada por aprendizes-artistas em suas práticas diárias.

Salbego (2004) ao cartografar a processualidade da saúde mental coletiva no município de Alegrete referiu que mais do que tecnologias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, o processo foi de invenção de modos de andar a vida de todos implicados: comunidade, familiares, usuários e coletivo de trabalho, para tanto, escreve “buscamos um conhecimento que fosse emancipatório”, produtor de autoria.

Conceituando políticas públicas *como ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve, para administrar de maneira mais eqüitativa os diferentes interesses sociais* (Almeida, 2001), identifiquei o Sistema Único de Saúde como uma das políticas públicas mais férteis para a superação de iniquidades no nosso país, mas aprendi que se sua operação não for mediante trabalho vivo (com implicação) ele é só um ideário, não uma prática. Precisamos de uma pedagogia da implicação para o trabalho vivo e aprendi que com recursos da educação podemos interceder por políticas públicas de saúde que funcionam como dispositivos. Pedagogia que inclui a aprendizagem de utilizar positivamente os conflitos e contradições (Testa, 1997) e de politizar no sentido *de criar um caso gritante com seu problema, conquistar o respeito a ele, forçar sua clara colocação em pautas que não o*

previam ou que eram destinadas a escondê-lo ou ignorá-lo como escreveu Orlandi no prefácio do livro de Virgínia Kastrup (1999, p.11).

O SUS foi concebido no contexto histórico de democratização do país, no qual o desafio da construção de sua viabilidade e de controle da sociedade sobre o Estado era imprescindível. O exercício desse controle exige pessoas capazes de protagonismo, de exercício de cidadania e de autonomia, capacidades a serem desejadas e conquistadas por parcelas significativas da sociedade. Para tanto, há necessidade de propostas de distribuição de poder (políticas) geradoras de maior autonomia aos diversos atores sociais, de novos valores, de multiplicidade de processos de subjetivação daqueles, até então, discriminados, por questões de gênero, de etnia, de patologia ou de classe social. São propostas que necessitam de organizações e métodos democratizantes, participativos, includentes e inovadores para terem suporte e consistência.

O conceito de saúde no qual o SUS está alicerçado explicita que a saúde é determinada pelas condições de vida, portanto resultante de processos trans-setoriais, que envolvem ambiente, desenvolvimento, cultura, educação, assistência social, segurança, habitação e direitos humanos. Nesse sentido, o sistema e os serviços de saúde precisam ser partícipes de uma rede de proteção social, na qual o compromisso é responder às necessidades das pessoas: condições de vida, acesso a tecnologias, cuidado e desenvolvimento da autonomia. Rede quente propiciadora de acolhida, cuidado e apoio.

Os desafios da gestão são de direcionar e redirecionar recursos para os processos efetivamente produtores de saúde, de criar dispositivos e instrumentos indutores, potencializadores de coletivos de trabalho no cotidiano dos serviços, interconectados em rede e transformadores das situações locorregionais.

Por isso, vou aprofundar as intercessões da educação para as políticas públicas expondo experiências de políticas públicas em afirmação da vida, nas quais desempenhei o

protagonismo de gestora do poder executivo municipal em saúde, foram aprendizagens de um gestor implicado com vida, com cidadania e com organização de coletivos em movimento social.

Primeira Experiência: a escola como matriciamento da educação na gestão do cotidiano sócio-pedagógico

Na região de fronteira, entre Viamão, Alvorada e Porto Alegre, localiza-se um dos espaços urbanos de maior vulnerabilidade e baixa qualidade de vida dos viamonenses: ocupação irregular, ausência de saneamento básico, assoreamento do arroio e contaminação de nascentes, mortalidade infantil local mais alta que a do município, maior incidência de gravidez na adolescência, baixa escolaridade, altos índices de violência associada ao tráfico de drogas ilícitas, maior concentração de trabalho infantil e de denúncias junto ao conselho tutelar.

Como gerenciar uma escola na referida região, no contexto de um governo democrático popular, que propõe participação, inversão de prioridades e inclusão social? Um governo que implementa o Orçamento Participativo na cidade e o planejamento participativo no sistema escolar. Aqui operou a sensibilidade e a capacidade da diretora oriunda da localidade e comprometida com a melhoria das condições de vida no município. As decisões e os processos na escola eram coletivos, incluíam a comunidade escolar e as necessidades sociais do conjunto de moradores da região. O cotidiano da escola abrangia essa globalidade.

Vejamos alguns exemplos que sinalizam isto. Começamos pelo pátio sempre aberto, seus bancos utilizados pelos moradores, como se fossem de uma praça pública. Ali sentavam para descansar, para conversar, receber visitas, pois, para muitos, aquele era o melhor espaço disponível de sociabilidade. Continuemos pelo recreio e pelo lanche, cujo horário era

estabelecido pelos professores, conforme o ritmo das aulas e dos alunos. Assim, o pátio e o refeitório nunca estavam superlotados, não gerando os problemas conhecidos de vigilância e de disciplina dos intervalos convencionais e, principalmente, era um *continuum* do processo pedagógico, coerente com o que ocorria na sala de aula. Em relação ao refeitório, foi deliberada, no Orçamento Participativo, sua ampliação física e de seus equipamentos. Com quais finalidades? Além de cumprir suas funções para a escola, transformá-lo em um dispositivo de aprendizagem e de geração de renda das famílias dos alunos e da região. O refeitório passou a ser uma incubadora de projetos de economia solidária, de cooperativas de trabalho, assim como um espaço de convivência: ali passaram a ocorrer festas familiares e comunitárias. Também resultado de votação no Orçamento Participativo, uma quadra esportiva foi construída e equipada, na qual, durante o dia, em especial os adolescentes, jogavam futebol. Com um ano de disponibilização da quadra, só uma vez um vidro foi quebrado e, quando a diretora foi falar com os jogadores, eles já tinham recolhido o dinheiro para repor o material, com reserva para outro, caso viesse a ocorrer novamente. Havia uma combinação prévia sobre o tema entre direção e adolescentes. Ainda mais, as salas de aula também eram utilizadas para a alfabetização de jovens e adultos.

Esse modo de estruturar e conduzir o cotidiano escolar produziu um ambiente tranquilo e, ao mesmo tempo, efervescente, exigindo que os professores e funcionários fossem flexíveis, heterodoxos e muito autônomos. Houve professor que não conseguiu trabalhar nesse cotidiano e solicitou transferência. Intitulei a escola e a diretora de antimanicomiais, pois ali havia espaço para identificar e desenvolver potências de vida. Era uma escola que respondia às necessidades sociais da população na qual estava inserida, constituindo-se em um serviço efetivamente público. A escola era dispositivo de desinstitucionalização, ou seja, de superação do padronizado e do restritivo, dispositivo de processos aprendizes. O modo como a escola organizou os processos de trabalho convocava positividade, responsabilização e

confiabilidade entre todos os envolvidos, uma pedagogia da implicação estava ali. A referida diretora foi candidata à vereadora e, em 2004, assumiu a Secretaria Municipal da Educação, em um reconhecimento público de sua liderança e capacidade de gestão criativa.

Segunda Experiência: a hospedagem como poder de afirmação da vida numa situação crítica

Viamão, outono-inverno de 1998, 1.500 famílias do Movimento Sem Terra acampam no município. Como exercer a atribuição de mediador a que o governo municipal se propunha? Que relações estabelecer entre governo municipal e movimento? Que mediações desenvolver entre viamonenses, governo e acampados? Tratava-se do segundo ano do mandato de um governo democrático popular, eleito pela primeira vez em 1996. O município tinha 200 mil habitantes, era o penúltimo município em renda *per capita* da região metropolitana, a mortalidade infantil estava em 22 crianças mortas, até 1 ano de idade, por mil nascidas vivas, a atenção básica de saúde havia sido municipalizada em abril daquele ano, a cidade não contava com um único hospital com atendimento pelo SUS. Contexto de vulnerabilidade e fragilidade sócio-econômica, porém com a população e o governo mobilizados para processos de mudanças ético-políticas, capazes de superar as condições desfavoráveis. Eu exercia a titularidade da Secretaria Municipal de Saúde. A proposta transformadora foi convocar a cultura de acolhimento da cidade e não a de expulsão; de considerar os acampados como hóspedes e não como invasores. Considerou-se, no governo, o dado de que o município vinha recebendo o maior contingente de migrantes da metade sul do estado do Rio Grande do Sul e tinha a maior população de funcionários públicos estaduais aposentados, ou seja, pessoas pobres e empobrecidas economicamente que estavam em busca de acolhimento com boas condições de vida, um perfil semelhante ao das famílias acampadas.

Quanto à saúde, nos deparamos com a situação-limite do cuidado de crianças recém nascidas ou com poucos meses de vida, que eram hospitalizadas e, ao retornarem para o acampamento, pioravam suas condições de saúde e eram reinternadas fora do município. Como quebrar tal ciclo vicioso de adoecimento e exclusão e produzir aí mais vida? Precisávamos ofertar uma alternativa de cuidados que não estava disponível. O desafio era de ousar inventar uma solução local, identificando potências de vida com/nos recursos disponíveis.

Construímos uma proposta inusitada: *e se propuséssemos às famílias viamonenses, residentes próximas ao acampamento, que hospedassem as crianças pós-alta hospitalar até seu completo restabelecimento? Teria eco uma proposta como esta? Os pais das crianças aceitariam a oferta?* Só tentando para saber. Fomos a campo!

O resultado foi surpreendente: foi aceito o desafio! Famílias inscreveram-se para hospedar crianças e abrir suas portas para os pais cuidarem dos filhos nesse período. Uma equipe de trabalhadores da saúde e da assistência social se dispôs a realizar o atendimento domiciliar. O executivo municipal se comprometeu a dar suporte político-técnico-logístico ao processo. O grupo mais inseguro na pactuação foi o dos acampados, pois não havia experiência prévia semelhante, nem vínculo estabelecido. Ao contrário, as experiências anteriores eram hostis, de serem considerados intrusos, tanto por governantes quanto pela população local. Porém, a oferta foi aceita e nos pusemos em ação. Todos com o coração na mão!

Os objetivos eram de reduzir a mortalidade infantil, diminuir as reinternações, ampliar a capacidade dos cuidados familiares, facilitar a inserção ou, pelo menos, acomodar a circulação das famílias na cidade e dar suporte às famílias mais vulnerabilizadas pela situação dos filhos. Sabíamos que estávamos sendo ambiciosos, que o “contrato” comportava riscos e incertezas, o que nos fortalecia era a possibilidade de contribuir para uma ética de proteção

social e com a solidariedade. O tempo em que as crianças ficariam hospedadas seria o tempo da suportabilidade dos anfitriões, da equipe e dos pais, nem sempre coincidente com o tempo necessário para que os pequenos hóspedes readquirissem plenas condições de saúde. A capacidade de dar suporte foi constituída e delimitada pelos recursos afetivos, tecnológicos e de pactuação *dos e entre os* implicados. Um limite significativo foi o temor dos pais de perderem a guarda dos filhos, caso ficassem muito tempo com outra família. Entendemos que o temor se embasava na vivência real da relação conflitiva entre Estado e Movimento, assim como, na experiência de estar em uma situação concreta e subjetiva de fragilidade para o exercício pleno da paternidade. Nesse contexto, alguns pais preferiam a reinternação ou o retorno para o acampamento. Decisão que exigia das equipes técnica e gestora, o exercício da capacidade de dar suporte e gerar confianças.

O que ocorreu? Houve mortes de crianças, ocorreram várias internações, mas mais famílias podiam se beneficiar com a proposta. Concomitantemente, evitamos a morte de algumas crianças, espaçamos reinternações e várias famílias se fortaleceram com a experiência, mas, principalmente, o vivenciado possibilitou a tessitura de uma rede de proteção social, numa situação muito adversa, na qual o gestor público foi articulador de atores e de recursos que se potencializaram, atuaram de modo sinérgico e que estavam disponíveis e, até então, não tinham sido acionados. Não estávamos mais com os corações “nas mãos”, mas “em nossas mãos”. Tocamos e fomos tocados: o dispositivo criado emergiu da solidariedade, da incerteza e da impotência, gerando afirmação da vida.

E o acampamento? As famílias ficaram cerca de um ano, parte delas integrou o assentamento *Filhos de Sepé*, no próprio município de Viamão, tornando-se novos moradores, com uma memória de acolhimento, cuidado à saúde e apoio para seus projetos de vida.

Terceira Experiência: a transdisciplinariedade em processos de estruturação de políticas públicas

A partir da Secretaria Municipal da Saúde desenvolvemos um trabalho intersetorial e transdisciplinar de educação ambiental, na escola municipal de educação básica referida anteriormente. O projeto envolveu várias secretarias municipais, abrangeu uma oficina, uma feira e um mutirão ecológicos, a confecção de material educativo, a criação e apresentação de um programa de rádio, a compra de equipamentos para comunicação e locação de material necessário para infra-estrutura da feira e do mutirão. O projeto foi viabilizado por meio de emenda parlamentar. A oficina foi coordenada por um educador, advogado, assistente social e palhaço, que formulou a proposta da “educologia” (Magnólio, 2003), onde articulou pedagogia, ecologia e saúde mental coletiva. Os conteúdos trabalhados foram transformados em linguagem radiofônica e em material comunicacional: cartazes, camisetas, bonés e cartilha que foram utilizados na feira organizada pela Prefeitura e coletividade local, no campo de futebol da região. A metodologia da oficina incluiu intervenções ludo-pedagógicas junto à população, que vivia nas bordas do arroio, para mobilizá-la em relação ao meio ambiente e à vida, assim como integrou o cotidiano da escola por meio da interação com os alunos e professores. Os participantes da oficina eram trabalhadores das secretarias da Saúde, da Assistência Social, da Educação, do Meio Ambiente, de Comunicação, da Cultura e de Obras, assim como moradores da região, familiares e delegados do Orçamento Participativo.

O projeto foi desenvolvido com o objetivo de ser mais um disparador para a implementação de uma política sócio-ambiental no município, de introduzir a comunicação social e a educação popular como constitutivas das políticas públicas municipais. A oficina funcionou como dispositivo na mobilização de talentos, na construção de alianças dos trabalhadores e dos munícipes para as ações do governo, na facilitação da comunicação entre

usuários, trabalhadores e gestores e para a tessitura de uma rede de cumplicidade entre os participantes. A oficina colocou os participantes em situação de protagonismo das políticas públicas e, ainda, gerou valor para os mesmos: um deles revelou que foi seu primeiro certificado e o pendurou num lugar de destaque em sua casa.

Quarta Experiência: construção de uma unidade básica de saúde concebida a partir *da e para* possibilitar o exercício da integralidade

A experiência de gestão no município de Viamão e na região da escola referida anteriormente, possibilitou-nos, ainda, a tarefa de reconstruir uma unidade de saúde. Havia uma unidade básica, à beira de um arroio que, freqüentemente, transbordava, inundando inclusive o posto de saúde. Tratava-se de um prédio de madeira, com problemas de manutenção e de estrutura que o tornavam muito úmido e inseguro, no qual a equipe se recusava a continuar trabalhando, inclusive pelo excesso de problemas de saúde entre os trabalhadores. A população, por sua vez, decidiu no Orçamento Participativo a construção de uma nova unidade no mesmo lugar. Nesse período, o governo municipal, junto com os demais municípios vizinhos – Porto Alegre e Alvorada – desenvolveu uma política sócio-ambiental, com financiamento externo, que incluía a recuperação do arroio e a urbanização do entorno. Foi um período de muita discussão e de pactuações entre governo e população e entre secretarias, bem como intra-Secretaria da Saúde.

Uma concordância: a construção da unidade poderia contribuir para a urbanidade da região, ser marcadora de uma cultura de valor daquilo que é público. Com esses propósitos, foi constituído um grupo de trabalho com profissionais da saúde, do planejamento e do meio ambiente, acompanhado por integrantes do Orçamento Participativo e do Conselho Municipal

de Saúde. O conjunto da obra abrangeu pavimentação, saneamento, circulação viária, transporte coletivo, campo de futebol, escola e unidade básica de saúde.

A unidade foi concebida com o objetivo de responder às necessidades sócio-sanitárias da população, que já contava com escola municipal. As necessidades estavam evidenciadas pela mortalidade infantil elevada, alto percentual de gravidez na adolescência, alta frequência de maus tratos às crianças e jovens, baixa escolaridade e escassos espaços públicos de convivência. Estes indícios foram norteadores para a proposição da planta física da unidade de saúde. O prédio comportou três áreas: uma sócio-sanitária, outra de saúde coletiva e uma última de assistência à saúde. Esta denominação das áreas destacava que eram diferenciadas - mantenho-as provisoriamente -, pois não evidenciavam, precisamente, suas destinações. A primeira era constituída pela recepção, banheiros, refeitório e uma sala multiuso. O refeitório e a sala podiam ser utilizados, tanto para ações de saúde, quanto para outros setores, nos diversos turnos, inclusive nos finais de semana. Poderiam ocorrer grupos de saúde, oficinas culinárias, cursos de alfabetização, reuniões de equipe e comunitárias ou reuniões do Orçamento Participativo, de acordo com as demandas e disponibilidades dos espaços que, por sua vez, deixavam de ser exclusivos dos funcionários e se constituíam em espaços efetivamente públicos. A segunda área foi destinada para procedimentos estritamente de saúde, de grande volume de trabalho e de circulação de pessoas, tais como: assistência farmacêutica, curativos, vacinação, observação clínica, nebulização e coleta para exames. Procedimentos que ocorrem praticamente durante todo o tempo em que a unidade está aberta. A terceira área, objetivando propiciar ambiente de privacidade, foi constituída por uma sala de espera menor e por consultórios, um com banheiro, para a ginecologia e um específico para a odontologia. Em geral, ocorriam ali consultas agendadas e em menor volume que os demais procedimentos. Cada uma das áreas estava separada por portas, que poderiam ficar abertas ou fechadas, segundo o uso que fosse feito.

A planta da unidade procurou dar materialidade ao conceito de unidade básica de saúde, elaborado pelo colegiado de gestão da Secretaria Municipal de Saúde:

espaço institucional e convencional de efetivação da acolhida, da clínica e da promoção à saúde com responsabilização, resolutividade e controle social, de importância estratégica na rede de atenção integral à saúde. A tarefa da unidade básica de saúde é criar processos de trabalho de acolhimento, de cuidados e de zelo, onde os trabalhadores estejam sendo formados em acolhedores, cuidadores e zeladores. (Fagundes, 2001, p.34)

A construção da unidade foi acompanhada pela população local e a escolha do nome ocorreu por votação. O processo de elaboração do projeto, de construção da unidade e o cuidado estético e ambiental provocaram discussões na população, indicando que estávamos produzindo uma mudança de paradigmas. Alguns comentários indicavam críticas à mudança: para que um prédio tão grande? Outros apontavam a desvalorização da população usuária: um posto tão bonito para nós?! O fato é que o que ali se construiu, serviu para fazer diferença na vida da região.

Quinta Experiência: a construção do projeto Morada São Pedro

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado do Brasil que aprovou uma lei de reforma psiquiátrica, a qual proibia a ampliação e construção de hospitais psiquiátricos e propunha a criação de uma rede de serviços substitutivos. Para o Hospital Psiquiátrico São Pedro foi elaborado o projeto *São Pedro Cidadão*, já inventariado nas rotas de navegação, o qual integrei como militante sócio-política do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, como Secretária Municipal de Saúde de Viamão, na região metropolitana, como docente do programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública - RS e, por fim, como Secretária Municipal de Saúde da capital do Estado.

Entre as propostas dos diversos grupos de trabalho existiam aquelas destinadas aos moradores do hospital. O governo estadual que assumiu em 1999 tomou a decisão de

implementar o projeto chamado *Morada São Pedro*, identificando-o como uma das prioridades da gestão das políticas públicas (Frichembruder et al, 2002). Foi constituído um grupo de trabalho intersecretarias do estado e do município de Porto Alegre: Saúde, Educação, Cultura, Planejamento, Habitação e Assistência Social, com representantes dos moradores vizinhos ao hospital e os moradores institucionalizados. As ações incluíram uma pesquisa multicêntrica desenvolvida no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul com a Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de avaliar o potencial de autonomia dos moradores do hospital. Foram criadas casas de transição no hospital para a aprendizagem e exercício da autonomia, as quais foram importantes tanto para os moradores quanto para os trabalhadores. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva abrangia o referencial da reabilitação psicossocial e intensificou os estágios junto aos moradores institucionalizados, objetivando a desinstitucionalização dos mesmos. Foram desencadeados processos entre secretarias: alfabetização de adultos, coletivos de trabalho e inclusão dos moradores entre os beneficiários dos reassentamentos urbanos. Alguns moradores do hospital passaram a viver em casas populares do Departamento Municipal de Habitação, de Porto Alegre. Concomitantemente às iniciativas entre secretarias, foi sistematizado um projeto para o conjunto dos moradores do hospital e da vila (favela) localizada nos fundos do mesmo, numa área invadida, pertencente à Secretaria Estadual de Saúde. Foi um trabalho intenso, conflitivo e vivo, que abarcou o repasse do terreno para o município para a regularização urbana, compreendeu a explicitação dos preconceitos mútuos e pactuações de convívio. Um efetivo processo de urbanidade envolveu, desde a decisão sobre o tamanho, planta física e cores das casas, até sua distribuição no terreno, com o cuidado de que não reproduzissem a divisão entre os “loucos” e os “vileiros” (favelados) e a preparação das equipes de saúde mental e dos moradores para a mudança. A preparação das equipes de saúde mental e dos moradores incidiu na formação do pessoal de enfermagem para atividades

de acompanhamento terapêutico, no acesso à supervisão do trabalho propiciada por pesquisas desenvolvidas por professores universitários das áreas da psicologia social e clínica e na assessoria propiciada pela direção do hospital. As primeiras casas foram entregues no final do ano de 2002. Houve mudança de governo estadual e, por conseguinte, de condução das políticas públicas de saúde mental e o *Morada* passou a ser um projeto estritamente da saúde mental. As conseqüências foram: um empobrecimento das ações, uma desaceleração da transferência dos moradores do hospital para as casas e uma quase paralisação da construção de novas casas e da construção da infra-estrutura necessária. O projeto se sustentou praticamente na militância dos trabalhadores, na vitalidade dos moradores e na organização popular da vila de moradores. Chegamos a propor a municipalização do projeto, enquanto estive na titularidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no sentido de assumir como tarefa da municipalidade a consolidação do *Morada*, porém não houve acordo entre município e estado antes do término da minha gestão no executivo municipal da capital.

Podemos afirmar que os trabalhadores modificaram seus conceitos, o sentido e o significado de seu trabalho, que o perceberam como produtores de vida e de subjetividades e, por isso, lutaram pelo projeto. O mesmo ocorreu com os moradores, sentiram-se “donos de seu nariz”, conquistaram liberdade e territórios objetivos e subjetivos, que não estão dispostos a abrir mão, lutam pela manutenção do *Morada*. O projeto, hoje, se sustenta na própria vida que propiciou. Uma moradora do hospital ao se despedir da direção, que estava saindo com a mudança de governo, pediu: que vocês continuem tendo coragem de nos dar coragem para sair daqui. O *Morada* é um dispositivo que detém a capacidade de produzir *de vir*, atualidade.

Sexta Experiência: a Oficina de Geração de Renda e o Projeto Insepe de Porto Alegre

Em Porto Alegre, o serviço substitutivo que deu suporte para a criação de novos serviços de saúde mental, a partir das necessidades dos usuários e dos familiares, assim como da iniciativa dos trabalhadores, foi a Pensão Pública Protegida *Nova Vida*, como já foi referido nos cursos das águas. Refazer e construir possibilidades de vida, com cada um dos 55 moradores, provocou processos singulares e instituintes, novas formas de cuidado e de inserção social. Nesse sentido, foram criadas, pelo município: a casa de transição, onde os moradores exercitavam suas capacidades de gerir uma moradia e seu modo de habitar; as oficinas de expressão e de geração de renda, inicialmente na própria Pensão Pública Protegida *Nova Vida* e o Caismental. Esses serviços foram diferenciando e diversificando os espaços de moradia e de tratamento, em toda essa circulação estava se aprendendo-fazendo uma clínica em movimento. Na medida em que os caminhos foram sendo construídos ou foram se delineando, modificavam as demandas e as exigências, tanto dos usuários e familiares, quanto dos trabalhadores. Assim, uma oficina de geração de renda foi ganhando urgência e significado para a cidade (Ferreira, Barfknecht e Bertuol, 2004). Foram feitas parcerias, inicialmente com o Centro de Reabilitação Profissional, do Ministério da Previdência e Assistência Social, depois com o Espaço Cultural Usina do Gasômetro, pertencente à Secretaria Municipal da Cultura, para a profissionalização dos usuários, em um projeto da Prefeitura, que se chama “Papel Social”, até chegar a um espaço próprio, articulado com a Secretaria Municipal da Indústria e Comércio, que passou a integrar a rede de economia solidária do governo estadual e federal, a partir de 2003. Em 2005, um dos integrantes da oficina representava, nacionalmente, os usuários no grupo de trabalho sobre economia solidária e saúde mental. A inscrição dos usuários em outros percursos de vida e em novos modos de subjetivação passava a incluir e encontrar expressões estéticas singulares, no

processo produtivo; aprender sobre cadeia de produção, distribuição e venda do produzido; exercício da negociação, da troca e da determinação dos custos de produtos; o decidir sobre a destinação dos recursos obtidos e o garantir sustentabilidade da oficina. Práticas que permitiam o descolamento da identidade de doente e do circuito restrito dos espaços de tratamento para ocupar um lugar de autonomia na organização viva do cotidiano, para uma decolagem de possíveis modos de ser e de fazer andar a vida.

Na linha da formulação de outras respostas às demandas de profissionalização, escolarização e afirmação de independência dos usuários, foi concebido o projeto *Inserere* (Carvalho, 2004). Por meio desse projeto, foi se tecendo uma rede que abrangia usuários, familiares e trabalhadores da região metropolitana, os quais se entrelaçavam em cursos, trabalhos e, principalmente, no lazer: partidas de futebol, teatro, feiras do livro, exposições e cinema. O ponto de encontro eram as sessões mensais de filmes escolhidos pelos usuários, projetados na Casa de Cultura Mário Quintana, seguidos de debates animados por professores universitários, trabalhadores da saúde e da cultura. As sessões de cinema eram o fio condutor e articulador de todo o projeto. Foram viabilizadas pela capacidade da coordenação do *Inserere* de mobilizar recursos institucionais, identificar aliados em cada instituição e mantê-los coesos num projeto. Participaram a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Casa de Cultura Mário Quintana, do Governo Estadual, e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Manter vivo o projeto, mantém na rua a loucura e mantém em movimento os trabalhadores, usuários e familiares.

A Oficina e o *Inserere* são coordenados por terapeutas ocupacionais, cuja prática é transdisciplinar. Ambos constituíram processos de trabalho propiciadores de linhas de subjetividade.

Sétima Experiência: para a complexidade da vida, soluções complexas em segurança e direitos humanos

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, na quarta administração da frente popular, criou a Secretaria Municipal de Segurança e de Direitos Humanos, objetivando articular, potencializar, institucionalizar e dar visibilidade para as políticas públicas de gênero e das minorias. O trabalho tinha como suporte a concepção de proteção social e um dos problemas que transversalizou as ações da Secretaria foi o relacionado à violência. O dispositivo criado foi o *Fórum de Segurança*, que instituiu núcleos em cada região da cidade, composto pelos atores sociais locais ou que exerciam trabalho nas localidades: gestores municipais e estaduais, líderes comunitários, delegados do Orçamento Participativo, trabalhadores dos diversos serviços públicos e representantes dos grupos diretamente afetados pelos problemas que emergiam. O Fórum foi se legitimando, nas diversas localidades, pelos resultados que foi obtendo. Um exemplo significativo foi o trabalho num conjunto habitacional, que estava sendo abandonado pelos moradores, pelo excesso de violência associada ao tráfico de drogas. A opção era pela garantia da vida, já que para a moradia era possível conseguir em outro lugar. O Fórum assumiu o debate, o encaminhamento de soluções pactuadas coletivamente e, ao longo do trabalho, o conjunto foi re-habitado, reabilitado pela sociedade civil e pelo Estado, com os índices de violência diminuindo para abaixo da média da região.

Importante destacar que, neste momento, eu exercia a titularidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e que o Fórum foi o dispositivo ao qual recorriamos nas situações-limite de violência, dirigidas aos serviços de saúde e/ou aos trabalhadores e sempre conseguíamos soluções com recursos e pactuações locais. Uma dessas experiências foi a de profissionais de saúde serem ameaçadas de agressão por uma chefia local do tráfico e a primeira reação foi a de não retornar ao trabalho na unidade, de não trabalhar mais naquela

região e de reabrir a unidade em um outro local. O atendimento ao público foi transferido temporariamente, enquanto se trabalhava um novo “contrato” com a população sobre o serviço de saúde e com a equipe de trabalho. Após alguns meses de verdadeiras rodas de conversa, a unidade foi reinaugurada no mesmo lugar e com melhorias. A maior parte da equipe retornou ao trabalho e a população fez uma festa pública em comemoração. Um dos princípios foi o de que o Estado não pode se retirar dos lugares de vulnerabilidade e de tráfico, pois a mensagem é de que “está tudo dominado” pelos traficantes e a população fica ainda mais exposta ao seu poder. No encaminhamento de soluções, participaram entidades profissionais, vereadores, conselheiros municipais e locais de saúde, além dos integrantes do Fórum de Segurança. Foi um processo de reparação psicossocial, que gerou muita alegria e convicção de como dirigir políticas públicas, propiciando modificações nas linhas de força e de enunciação para continuar produzindo possíveis.

O inusitado da política foi a instalação de telecentros (centros de acesso gratuito à informática) nas áreas de maior vulnerabilidade social, de grande circulação de pessoas, como o Mercado Público ou espaços públicos, como Câmara de Vereadores e Usina do Gasômetro. A instalação era de responsabilidade da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa) e também a busca de recursos financeiros por meio de parcerias. Mas a decisão do local e do processo de trabalho era realizada em conjunto com a Secretaria de Segurança, os centros regionais da administração e a população. Os resultados foram a instalação de 33 telecentros na cidade, freqüentados por jovens, que de outro modo não teriam acesso à informática, considerados, verdadeiramente, como serviços públicos. Nunca foram depredados, não houve roubo de equipamentos, eram cuidados pela população. Uma demonstração desse cuidado foi dada por uma criança que rascunhou uma informação numa folha do telecentro e levou para casa, quando a mãe viu a origem da folha, mandou devolver, dizendo que aquilo não lhe pertencia, que era patrimônio público! Os telecentros se

transformaram num dispositivo das políticas de segurança. O fato foi reconhecido por prêmios que a Prefeitura recebeu e de manifestações de um dos parceiros da Comunidade Econômica Européia, que revelou ser a primeira cidade que utilizava esses recursos desse modo.

Oitava Experiência: tuberculose, HIV e desnutrição na saúde pública

Todos da saúde sabem da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, semelhante à de outros países onde se constata um recrudescimento de doenças contagiosas praticamente extintas, o aparecimento de novas e o agravamento das condições de saúde pela superposição dos antigos e novos problemas (Minayo, 1999). Mas nem todos nós sabemos o que fazer, na condução de políticas públicas ou no cotidiano dos serviços de saúde, diante de pessoas e populações que são, ao mesmo tempo, dependentes de drogas, portadoras de HIV, desnutridas e com tuberculose! As políticas não são compatíveis, os recursos não são multiuso, os trabalhadores são “capacitados” para um problema, mas não para outro, os serviços estão compartimentados e o paciente pode até ser atendido por um “programa” e não ter acesso a outro, os relatórios e os prontuários também não comportam a complexidade e a integralidade da situação. Como enfrentar o problema? Podemos dizer: *não temos o que fazer; o problema é de muita complexidade e transcende o setor da saúde; é preciso identificar ou criar serviços de referência, pois na rede básica não temos o que fazer, já atendemos muita gente*. As respostas serão aceitas por muita gente boa, mas também podemos tentar romper a adversidade e buscarmos soluções novas com os recursos potenciais dos locais. Foi o que fez um médico da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; identificou os problemas: aumento da incidência de tuberculose na região, a maioria associada à contaminação pelo HIV, pacientes com alto índice de abandono de tratamento, sem qualquer vínculo com pessoas que pudessem cuidá-los. O que fazer? Foram localizadas as pessoas e

mapeadas suas reais condições psicossociais, por meio de visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeira e médico, conforme cada caso. Também foram identificados espaços, grupos e projetos que poderiam ser articulados, potencializados e se constituírem numa rede de proteção social. Uma rede inclusiva dos pacientes referidos, mais ampla que eles e sem discriminá-los. O que e quem aceitou o desafio e acolheu as pessoas? O projeto guarda-chuva foi o *Fome Zero*, do governo federal. O dispositivo foi o da cozinha comunitária. O local, o terreiro de uma mãe de santo em acordo com um pai de santo, os quais eram referência para o núcleo regional do *Fome Zero*. Quais os resultados? Diminuiu o abandono do tratamento, caíram as reinternações, a rede de proteção social foi constituída e acionada, sempre que necessário, a equipe de saúde passou a trabalhar com mais entusiasmo e se dispôs a contribuir com sua experiência para que outras unidades do município encontrassem soluções para os pacientes de seus locais. Mais uma vez, uma experiência mobilizadora de potências de vida. Porém, com muita dificuldade de consolidação no setor da saúde, apesar de todas as evidências dos resultados. Por quê? Por ser heterodoxa demais? Na mudança de governo, o médico foi transferido de unidade e a população, como resposta de resistência, o elegeu coordenador dos núcleos do *Fome Zero* na cidade.

Que idéias me ocorreram ao lembrar e registrar essas experiências?

- Que as experiências são diversificadas, ocorrem tanto para a abertura como para o avanço ou consolidação de processos, envolvendo instâncias institucionais, coletivas e individuais.
- Que é possível desenvolver projetos transdisciplinares e há evidência de que as experiências de implicação se põem às nossas escolhas de vida. Isso quer dizer que para trabalhar políticas públicas de interesse à afirmação da vida os governos precisam ser permeáveis a propostas novas, estarem dispostos a

implementar ações heterodoxas, firmarem compromisso com a democratização do Estado e com a inversão de prioridades em favor da inclusão, assim como mobilizarem a sensibilidade para as invenções e geração de movimento, onde a educação oferece - para a montagem de políticas públicas - inquietação e criação.

- Que os processos ocorrem em situações-limite, nas quais há um transbordamento de problemas e uma insuficiência de soluções instituídas, normatizadas, nas quais há a exposição da impotência e da fragilidade das organizações, requerendo suporte da educação (palavra, pesquisa, matriciamento das aprendizagens do cotidiano).
- Que a impotência, a fragilidade e as insuficiências, por meio da educação constituem o disparador para a potência de vida (mobilização do pensamento, construção, ação).
- Que as experiências, quando educativas, convocam solidariedade, articulam movimentos sociais e saberes locais, propiciam a tessitura de redes de proteção social.
- Que os gestores podem ser propositores, indutores, apoiadores e capazes de dar suporte, propiciando visibilidade e centralidade às experiências transdisciplinares, quando sofrem/aceitam as intercessões da educação para as políticas públicas.

Essas práticas nos evocam Nietzsche, para quem saúde era também autodomínio e disciplina do coração. Para Nietzsche, uma grande saúde permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários. Esse acesso pode levar até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde. A grande saúde

seria o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: privilégio de *mestre* do espírito livre (Nietzsche, 2004, p.11): pedagogia da implicação.

Parte VI

CARTA NÁUTICA OU AS INTERCESSÕES DA EDUCAÇÃO PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Realizado o recorte e a escolha de traçado da pedagogia da implicação, podemos configurá-la como gestão de processos de mudança de si e dos entornos, mudanças direcionadas para a construção de saberes, de práticas e do poder de autoria, de modo coletivo e produtor de subjetivação. A implicação, para Lourau, serve à análise coletiva das condições de pesquisa, de ensino e de trabalho (Altoé, 2004). Proponho que a implicação seja a análise coletiva das condições da vida e a provocação de autoria (invenção) de projetos de presente. A pedagogia da implicação constitui-se no desafio de gerar capacidade de análise coletiva e autoria nos processos de mudança.

Os materiais de ancoragem da pedagogia da implicação, suas condições de possibilidade, puderam ser agregados em duas categorias de avaliação: a da existência de matriciamento entre formação-atenção-gestão-participação e a do poder e pensamento estratégico; dois conceitos estruturadores: o da transdisciplinariedade e o da integralidade e em dispositivos marcados pela definição de operadores de invenção/geração. Dito de outro modo, a pedagogia da implicação é multireferenciada, tem poder de promover e compartilhar autorias, é encarnada e é transformadora (sempre atual).

Respondendo a uma das perguntas disparadoras da dissertação, para se constituir num novo plano de coerência é necessário que a pedagogia da implicação contenha metodologias da educação. Nos itinerários da saúde mental coletiva identifiquei a educação permanente como sua constituinte. Educação que propicia processos coletivos de auto-análise e auto-gestão e que ativa a capacidade criativa e de intervenção nas situações vivenciadas pelos participantes. É uma educação dirigida *a* e produzida *por* coletivos de trabalho e de militância, por isso,

permanente, transborda a escolarização e acompanha as linhas da vida, consolidando-as ou bifurcando-as, nunca para fixá-las, mas para torná-las ousadas. Ancora-se na constatação de que os humanos quando em ação para um determinado fim produzem conhecimentos, ou seja, as operações geram saberes. A educação permanente em saúde propõe que todos os produtores de saber se apropriem do mesmo, o sistematizem, o modifiquem, o neguem, o superem, o dobrem, o desdobrem e/ou o recortem: tenham poder de autoria. Saberes constituídos nas práticas, capazes de transformá-la e de serem transformados na ação. Os coletivos de trabalho e de militância a que me refiro são os da saúde, em particular da saúde mental, e o fim é o da afirmação da vida, desse modo, trata-se de uma pedagogia da implicação, educação comprometida com projetos de presente e políticas da vida.

A pedagogia, quanto mais estiver permeável, sensível, afetada pela vida, mais possibilidade terá de interferir na mesma. As linhas metodológicas de educação (movimentos do ensinar, do aprender e da interação) giram em torno do eixo da análise dos coletivos e da produção de sua condução/coordenação, portanto, é preciso constituir espaços de aprendizagem para reflexão, interação e problematização sobre as práticas. Espaços nos quais o contrato entre seus integrantes seja de disposição ao diálogo, à explicitação de discrepâncias e de divergências, à construção de processos instituintes de modo coletivo, à exposição, à experimentação e à formulação de possíveis. Disposição, pois o demais são capacidades (graus de liberdade) conquistadas no processo de aprendizagem. Constrói-se um pacto ético-político para viabilizar uma outra estética da existência.

Os recursos-ferramenta utilizados são oficinas, laboratórios expressivos, observatórios, diários, dramatizações, entrevistas, mapeamento sócio-afetivo dos territórios e identificação de talentos, entre outros. A matéria prima é o óbvio, o local e o cotidiano, a partir da qual se produz estranhamento, desterritorialização e problematização para produção de outros sentidos, significados e ações no dia-a-dia.

O coletivo vai se constituindo na medida que adquire e amplia sua capacidade de perceber, de escutar, de sentir, de indagar e de agir de múltiplos e singulares modos ou, como bem expressou Tom Zé, na *unimultiplicidade*, onde cada homem é sozinho, a casa da humanidade.

Numa pedagogia da implicação é ativada a capacidade de *agenciamento* dos aprendizes, no sentido de oferecer suporte, de alavancar e de acompanhar processos de subjetivação, de potência de vida e de produção de possíveis.

Um ato de produção de aprendizagem, nessa pedagogia da implicação, é o da realização de *eventos-adventos*, acontecimentos propiciadores de mudança na vida dos implicados e que podem ocorrer em quaisquer dos espaços de subjetivação: cultural, institucional, coletivo e individual, os quais são referidos como marcadores de *vida, antes e depois*, fazem diferença, produzem bifurcações, inauguram nascentes, avolumam vertentes.

O uso da *restituição* contribui para a implicação tanto no que diz respeito à produção de conhecimento quanto na aprendizagem da exposição e da apreensão do cotidiano, pois o publicizado é o que comumente fica silenciado, o que é produzido nos bastidores, corredores, intervalos, na intimidade, o *como* e o *que* se aprendeu com o coletivo.

Uma pedagogia da implicação trabalha com produção de tempos e configurações (história e geografia), produzindo afetos (relações estéticas e políticas, sentidos), desse modo se entrecruza com uma pedagogia das cidades (Gadotti et al, 2004; Santos, 2004), com a necessidade de apreender em lugares a revalorização e a reinvenção da cidadania. Saber de seus contornos, itinerários, circuitos de desejo, crenças, ritos, adensamentos e vazios é poder intervir na vida cidadina: poder local, vida de relações e “produção” da cidade.

O matriciamento formação-gestão-atenção-participação é gerador de uma pedagogia da implicação, intercessora para as políticas públicas de saúde porque põe em cena/em ato as interrogações necessárias a integralidade e porque constitui, como metodologia,

entrecruzados, transversalizações e entremeados do *saber-fazer-poder* nos espaços de aprendizagem, equação que pode ser formulada como *formação-trabalho-autonomia*, onde o poder saber ativa o poder fazer que interfere e sofre interferência de saberes que agenciam projetos de vida (desejo). Equação atualizada como *educação* (permanente) na *gestão* e na *atenção* ativadas e ativadoras de *autonomia* (autorias) para usuários e trabalhadores implicados em projetos coletivos de presente.

O analisador das relações, necessário à implicação, é o que articula e produz ferramentas para constituir organizações, métodos e propósitos coerentes entre si (postulado de coerência), bem como incide sobre os poderes cotidianos (político, técnico e administrativo). Nesse sentido, são realizadas análises de estruturas, de processos de trabalho na atenção, na gestão e na educação, assim como da tomada de decisão, especialmente, dos atores sociais implicados.

Os conceitos-caixa de ferramenta da pedagogia da implicação incluem o da transdisciplinaridade, capacidade de transdisciplinar. Para tanto, faz-se necessária a multireferencialidade, mas como *encontro* produtor de afecção e de perturbação. A aprendizagem é o suporte para provocar e vivenciar situações desestabilizadoras, de passagem, de travessia e de habitação entre-disciplinar (Ceccim, 2004). A itinerância, a mestiçagem, a vivência em fronteiras e a produção de híbridos são catalisadores da transdisciplinariedade. Os coletivos organizadores de entre-disciplina são nominados de modos diferentes: anfíbios (Almeida Filho, 1997), militantes sócio-políticos (Testa, 1997), pesquisadores-praticantes (Lourau, 1993), aprendizes-artistas (Kastrup, 1999) e sentipensantes (Fagundes, 1993). Nomações que indicam o quanto o si mesmo e o outro (humano ou não) se constituem em ato.

O inventário de necessidades, o mapeamento da situação de saúde, a identificação dos recursos disponíveis, o delineamento dos itinerários pedagógicos e terapêuticos utilizados ou

a transformar, a realização de oficinas de expressões artísticas e as celebrações integram a caixa de ferramentas da pedagogia da implicação para as aprendizagens.

O outro conceito-caixa de ferramenta é o da integralidade, que abrange a gestão do cuidado com a ressingularização da clínica e a constituição de redes quentes de atenção. Uma clínica que transversaliza todos os espaços (culturais, institucionais, coletivos e individuais), no qual os sujeitos implicados se constituem e modificam mutuamente. Redes capazes de produção de práticas que configuram uma malha ou mandala de cuidados ininterruptos cujo centro são os usuários (Ceccim, 2005).

A metodologia inclui a identificação, a potencialização e a criação de *dispositivos*, em especial, na sua possibilidade de subjetivação e de produção de autonomia e autoria. Aprender a jogar, a apostar em realinhamentos, entrecruzamentos, fraturas, fissuras, fugas e bifurcações para a invenção de si e do entorno (o local, a cidade, a cidadania). Os dispositivos são a invenção/geração em estado de possibilidade/de efetuação e execução da implicação.

Por fim, a metodologia da pedagogia da implicação inclui o assinalamento de *efeitos* produzidos. Pontuo dois efeitos identificados na trajetória da saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul: o *efeito Bispo do Rosário* e o *efeito dique*.

O *efeito Bispo do Rosário* considerei como a implicação produzida a marteladas e teve ressonâncias no Brasil e Europa por meio de exposições de seu trabalho, tema de Escola de Samba, de coleção de moda feminina, de uma série na televisão e de peças de teatro. No Rio Grande do Sul, a exposição do *Bispo do Rosário* politizou, pôs a loucura na “boca do povo”, invadiu a cultura, escancarou a agenda da sociedade, quebrou gelo e aqueceu o caminho da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no estado. Instalou-se entre nós, os *mentaleiros*, nas revistas, nas camisetas, nos adesivos e nos cartazes que produzimos e esteve como código às genialidades que não podem ser aprisionadas.

O *efeito dique* identifiquei após o término da gestão como secretária municipal de saúde de Porto Alegre, como o poder de resistência da implicação. Na condição de secretária, eu tinha um incômodo com a dificuldade de acelerar a implantação da reforma psiquiátrica na capital, de ampliar a militância dos trabalhadores e de tornar a discussão pública pelos meios de comunicação, com entidades profissionais e legislativo municipal. O tema não estava na agenda desses atores. As interlocuções ocorriam com os movimentos sociais e com a representação direta dos delegados do Orçamento Participativo que demandavam centros de atenção integral à saúde mental (Caismental). Quando assumiu outro governo municipal, contrário à reforma psiquiátrica, o tema passou a ser pautado nos meios de comunicação, no legislativo e nas entidades profissionais, com a proposta inclusive de mudança da lei estadual, incluindo os hospitais psiquiátricos na rede de atenção à saúde mental. Nossa presença no governo não acelerava a reforma, mas impedia a reação contrária; retirado o obstáculo as águas da contra-reforma invadiram a cidade.

Extraindo do que foi escrito, a *implicação* é marcadora de itinerância, é produtora de cumplicidade, leva à praça pública, é provocada a marteladas, tem estética própria, propicia celebrações, é encarnada, desacomoda, ativa linhas de fuga para a invenção, produz geografia própria, provoca autoria, convoca ousadia, tensiona contradições, gera pontes, produz resistência, é militante, provoca bifurcação, desconforto e oposição, produz possíveis e ancoragens, desavergonha, flerta com a loucura e instiga aprendizagem desejanse.

Respondendo a segunda questão provocadora da dissertação: uma pedagogia da implicação é instituinte (intercessora) de políticas públicas de saúde?

Os intercessores produzem ressonâncias, perturbações, interferências entre campos que se aproximam, podendo gerar acoplamento (campos que formam um todo e mantêm suas especificidades). Nesse sentido, a pedagogia da implicação é intercessora de políticas públicas

de saúde quando se operam processos de gestão da inclusividade, da permeabilidade social e da mobilização da participação, além da operação de dispositivos de aprendizagem.

A constituição de coletivos produtores de saúde, agenciadores de projetos de afirmação da vida é um dos maiores desafios do setor, pelo que mobiliza de saber-fazer-poder, por isso uma pedagogia cujo eixo é a análise coletiva e a produção de autoria tem potência instituinte de políticas públicas de saúde. Ainda, no setor da saúde, o trabalho dos profissionais é essencial e seu exercício cotidiano tem muita autonomia em relação às estruturas organizacionais, portanto ao apropriarem-se do conhecimento produzido e incidirem sobre o mesmo, modificando suas práticas, afetam diretamente a qualidade da atenção e de vida da população. A criação de dispositivos de educação permanente em saúde no cotidiano dos serviços tem possibilitado a invenção e a consolidação de práticas cuidadoras. Aracaju, Belo Horizonte, Campinas e João Pessoa são municípios que têm ativado a participação social, mediado conflitos entre equipes e usuários, produzido desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores e efetivado pactos de processo de trabalho comprometidos com projetos de vida por meio de pedagogias da implicação. Para suporte, sustentabilidade e consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o Ministério da Saúde desencadeou, em 2005, um projeto de supervisão e de assessoria às equipes em relação ao seu trabalho em ato.

A pedagogia da implicação quer as cidades (o local, a cidadania), existe como educação em cursos, nas escolas, nos serviços, em eventos-adventos, abre vertentes em forma de movimento social, ganha as subjetividades e embarca em processos de subjetivação. Quer as cidades, não fica na sala de aula, na relação professor-aluno, no ensino, exerce poder sobre as políticas públicas, constitui atividade política, configura zonas de turbulência, fazendo tremer o posto, o dado, o certo, a verdade; convoca, seduz e modifica.

A pedagogia da implicação e a produção de saúde têm como matéria prima o óbvio, o local e o cotidiano, o que, mais uma vez, evidencia o quanto são intercessoras uma da outra. Ressingularizar e reinventar o dia-a-dia é afirmação de vida para idosos, para mulheres, para diabéticos, para hipertensos e para portadores de sofrimento mental. A pedagogia da implicação produz disruptura com os métodos prescritivos (in)eficazes, questiona os impossíveis e aposta nos possíveis.

A mesma pedagogia propicia a ampliação da capacidade das equipes em escutar e acolher, de estabelecer laços de responsabilidade com as pessoas e pelo seu cuidado e de provocar autonomia (independência, autoria, autodeterminação, direito à invenção de si e do entorno). Desse modo, tem sido implantado o acolhimento nos serviços de saúde, a classificação de risco nas urgências, a atenção domiciliar, o acompanhamento terapêutico, os serviços substitutivos de saúde mental, as linhas de cuidado, as cooperativas e as oficinas (de geração de renda, de criatividade e de convivência) no âmbito da política de saúde. Uma pedagogia da implicação na qualificação dos seus atores/autores despejaria vida em correntes propícias. Para inovar modalidades de cuidado e apostar em projetos possíveis é preciso capacidade de agenciamento dos coletivos de trabalho, uma competência ativada pela pedagogia da implicação.

Produzir bifurcações, sustentar diferenças e dar suporte a eventos-adventos exige superação de inibições, um certo flerte com a loucura, para ir a praça pública, dar visibilidade ao invisível, fazer ciranda, teatro, circo e/ou rodas de conversa sobre saúde.

A apreensão da cidade, sua história, geografia e sentidos, tem sido uma das principais aprendizagens da pedagogia da implicação que “cartografei”, intercessora de políticas públicas de saúde em todas as vezes. Tem-se produzido no Brasil um mapa das cidades inventoras de atenção à saúde e de cuidados em saúde mental, esse mapa poderia ser o mapa das intercessões da educação para políticas públicas de saúde: que pedagogias têm usado?

O “quadrilátero da educação na saúde” constituído por *formação-atenção-gestão-participação* já é um conceito-caixa de ferramenta, produto da intercessão da pedagogia da implicação para uma política pública de saúde, a da educação na saúde. Assim como o “pensamento estratégico” formulado por Mário Testa no âmbito do setor da saúde e a aprendizagem sobre o *poder* conferem maior efetividade para uma política pública de saúde por sua pedagogia da implicação.

As práticas pedagógicas produzidas em equipe multiprofissional, de modo “entre-disciplinar” (Ceccim, 2004) podem se constituir em matrizes para práticas de trabalho coletivo em saúde cujo objetivo é o usuário. O tensionamento da travessia, a criação da *terceira margem do rio* provoca a desacomodação nas duas margens e a produção de possíveis. Situações indutoras de uma clínica em movimento e conectoras de redes quentes de cuidados, as quais vão-se reconfigurando na ação dos implicados.

A autoria de projetos de presente se dá com sujeitos encarnados, implicados com a vida, capazes de suportar suas coexistências, bifurcações, dobras e irrupções, para, desde aí, inventar (Kastrup, 1999). Sujeitos militantes, mentaleiros e sentipensantes.



Foto do 2º Sismec – Showmício - Santa Maria (Acervo Pessoal, 1990)



Fórum Concórdia de Salud Mental, Concórdia/Argentina. Vicente Galli e Manfred Max-Neef -sentados. Silvina Malvarez, Rubén Ferro, Sandra Fagundes, Augusto Debernardi, Miguel Angel Nicolla, Abraham Turkenicz, Antonio Elizalde, Carmen Oliveira, Jussara Mendes - em pé.(Acervo Pessoal, 1989)

Referências Bibliográficas

Livros, revistas, capítulos de livros e artigos em periódicos

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinariedade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1-2, p.5-20, 1997.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; WESTPHAL, Márcia (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.

ALTOÉ, Sônia (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.221-240.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES MESQUITA, José Ricardo. Deve-se definir transdisciplinariedade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 1-2, 1997, p.36-38.

BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BAPTISTA, Luis Antonio. **A cidade dos sábios**: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus, 1999.

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

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BELMARTINO, Suzana. Políticas neoliberales em salud: la discusión de uma alternativa. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro/São Paulo: Cebes - Abrasco, n. 2, p. 33-37, 1990.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum - estudos de mídia, cultura e democracia**, Rio de Janeiro, n. 19-20, jan-jun. p.159-171, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes - Hucitec, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria y poder**. Buenos Aires: Granica, 1972.

BIRMAN, Joel; SERRA, Antonio. **Os descaminhos da subjetividade**. Niterói: Universitária (Eduff), 1988.

BLEGER, José. **Psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2005.

BUARQUE, Cristóvam. **A desordem do progresso**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

CAMARGO, Gabriel; FAGUNDES, Sandra, FISCHER, Maria de Fátima et al. Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental do Rio Grande do Sul. **Encuentro latinoamericano de psicologia marxista y psicanalisis: intercâmbio de experiências, práticas y teorias**, 2, Havana, v. 5, fev 15-19, 1988, p.1-4.

CAMPOS, Florianita Coelho (Org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.113-124.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CARVALHEIRO DA ROCHA, José. Transdisciplinariedade dá um barato. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 71-79, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Org.). **Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, Ufrgs, 1997. p.27-41.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP: Fundação UNI/Unesp, v. 9, n.16, set. 2004/fev. 2005, p.161-178.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2002, p.9-36.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc - Abrasco, 2005. p.161-180.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2002, p.41-65.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Indicadores de Avaliação de Desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.373-385.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. Modelos tecnoassistencias em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n. 3, jul./set.1997, p.469-478.

CONDE RODRIGUES, Heliana de Barros. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: CONDE RODRIGUES, Heliana de Barros; ALTOÉ, Sonia (Org.). **SaúdeLoucura 8: análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.115-164.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DELEUZE, Gilles. **A dobra: Leibniz e o Barroco**. 2 ed. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2004.

DELEUZE, Gilles. Que es un dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p.155-161.

DELGADO, Pedro. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, Miriam. Saúde Mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001, p.86-95.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAGUNDES, Sandra. O financiamento na reorientação do modelo assistencial em saúde mental. In: **Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: cuidar sim, excluir não. Brasília, DF, Ministério da Saúde, dez. 2001, p.31-41.

FAGUNDES, Sandra. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.2-4.

FAGUNDES, Sandra. Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.57-68.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENÂNCIO, Ana Tereza; CAVALCANTE, Maria Tavares (Org.). **Saúde mental**: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições Ipub - Cuca, 2001. p.265-276.

FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2004. p.171-186.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **O fazer em saúde coletiva**: inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

FERRO, Rubén. Pensamento estratégico e saúde mental coletiva. **Palestra**. In: Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, 3, Porto Alegre, maio de 1992.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV**: estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1988.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-133.

- FREIRE COSTA, Jurandir. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4 ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- FREIRE COSTA, Jurandir. **Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- FREIRE COSTA, Jurandir. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In: ARAGÃO, Luiz Tarlei de et al. **Clínica do social: ensaios**. São Paulo: Escuta, 1991. p.39-74.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- FREUD, Sigmund. Análisis terminable e interminable (1937). In: FREUD, Sigmund. **Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1980. v. 23 (1937-39). p.211-254.
- GADOTTI, Moacir; PADILHA, Paulo Roberto; CABEZUDO, Alicia. **Cidade educadora: princípios e experiências**. São Paulo: Cortez - IPF, 2004.
- GALLI, Vicente. **Construcción participativa de la Salud Mental** - aula no I Curso de Administração em Saúde Mental Coletiva. Escola de Saúde Pública - Secretaria Estadual de Saúde, Porto Alegre, 1988. [texto digitado]
- GALLI, Vicente. **Salud Mental: definiciones y problemas**. Argentina: Ministério da Saúde, 1986. [texto fotocopiado]
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá - Instituto Franco Basaglia, 1996.
- GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- GUEVARA VALDEZ, Juan Guevara. La evolución del hombre y la cultura. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.14-20.
- HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.
- HEIMANN, Luiza et al. (Org.). **O município e a saúde: reorganizando a descentralização**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- HIRDES, Alice. **A reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim: Edifapes, 2001.
- HUERTAS, Franco. **Entrevista com Carlos Matus: o método PES**. São Paulo: Fundap, 1996.

- KASTRUP, Virginia. **A invenção de si e do mundo**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.
- LANCETTI, Antonio (Org.). **SaúdeLoucura 2**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992.
- LANCETTI, Antonio. A clínica como ela era. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **SaúdeLoucura 5**: a clínica como ela é. São Paulo: Hucitec, 1997. p.181-192.
- LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. 3 reimp. São Paulo: Ed. 34, 2005.
- LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.20-30.
- LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Uerj, 1993.
- MAGNÓLIO, Paulo. **Educologia**: a educação ambiental ativa. Guararema: J. Pádua Gráficos, 2003.
- MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **SaúdeLoucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.69-74.
- MARSIGLIA, Regina et, al. (Org.). **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.
- MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente**. São Paulo: Fundap, 1996.
- MATUS, Carlos. **Política, planificação e governo**. Brasília: Ipea, 1996.
- MAX-NEEF, Manfred. **Desarrollo a la escala humana, una opción para el futuro**. Barcelona: Cepaur. 1986.
- MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. São Paulo: Escrituras, 2001.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista et al. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.
- MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2 ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

- MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. Traduzido por Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.
- MISOCZKY, Maria Ceci. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.80-85.
- MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- NAFFAT NETO, Alfredo. **Nietzsche**: a vida como valor. São Paulo: FTD, 1996.
- NICÁCIO, Fernanda. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- NIETZSCHE, Friedrich. **O nascimento da tragédia ou helenismo e pessimismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce homo**: de como a gente se torna o que a gente é. Porto Alegre: L&PM, 2003.
- NIETZSCHE, Friedrich. **Humano demasiado humano ou Um livro para os espíritos livres**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- NUNES, Everardo Duarte. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.
- NUNES, João Wagner Albert. O pensamento estratégico, a função social e a loucura. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, mar. 1995, p.55-59.
- OLIVEIRA, Carmen Silveira. De militonto a militante: a desconstrução de meus pecados capitais como trabalhadora de saúde mental. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, e Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul, **saúde como direito à vida**. Porto Alegre, maio de 1992, p.36.
- OLIVEIRA, Delvo; SALDANHA, Olinda. Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.40-51.
- OMS/OPAS. Unidad de entornos saludables, área de desarrollo sostenible y salud ambiental. **Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en salud y desarrollo local**. Washington, 2005.
- PELBART, Peter Pál. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **SaúdeLoucura 2**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992. p.131-138.
- PELBART, Peter Pál. **O fora da clausura, a clausura de fora**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- PINHEIRO, Roseni. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. **Physis - rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2001, p.123-161.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Abrasco, 2001.

PITTA, Ana (Org.). **A reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Fórum Gaúcho de Saúde Mental. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre/Bagé, v. 1, n.1, Junho 1993.

PORTOCARRERO, Vera. Transdisciplinariedade em saúde coletiva: tópicos filosóficos complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, 1997, p.39-44.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.15-73.

RIGHI, Liane Beatriz. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 24, dez. 2001, p.9-27.

RIGHI, Liane Beatriz. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.29-46.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1992. p.17-60.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice: o social e o político na modernidade**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem**. 5 ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SARACENO, Benedetto. **Intercâmbio internacional para a reforma psiquiátrica**. Brasília, 1992. [texto digitado]

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá - Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; Bagé: Urcamp, v.1, n.1, Junho 1993.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Bagé: Urcamp. v. 2, n. 2, Março, 1995.

SAÚDE MENTAL COLETIVA. Bagé: Urcamp. v. 3, n. 3, Outubro, 1997.

SCARPARO, Helena. **Psicologia comunitária no Rio Grande do Sul: registros da construção de um saber-agir**. Porto Alegre: Edpuers, 2005.

SERRES, Michael. **Notícias do mundo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SIBEMBERG, Nilson. Observações sobre a direção do tratamento de um caso de esquizofrenia. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 25, out. 2003, p.48.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla; ALVES, Márcia. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj - Cepesc - Abrasco, 2005. p.77-89.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 2001.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TESTA, Mário. **Pensamiento estratégico y lógica de programación**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, Mário. **Saber en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

TURKENICZ, Abraham. Querendo aprender e aprendendo. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.51-54.

VASCONCELOS, Eduardo et al. (Org.). **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro: Encantarte, 2005.

VICTORA, César; BARROS, Fernando; VAUGHON, Patrick. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988.

Legislação

ALEGRETE. **Lei nº 2.662**, de 16 de maio de 1996. Dispõe sobre a política de atenção integral a saúde mental no município de Alegrete. Alegrete: Câmara Municipal, 1996.

BRASIL. Ministério de Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055-18059.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez.1990, p.25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília, DF, 2004. (Série Legislação em Saúde, nº 4.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 799/GM, de 19 de julho de 2000. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. In: **Legislação em Saúde Mental**. Brasília, DF, 2004. (Série Legislação em Saúde, n. 4). P. 105-108.

CANOAS. **Lei nº 4.015**, de 1º de setembro de 1995. Dispõe sobre a política de saúde mental, a ser desenvolvida no município de Canoas, em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências. Canoas. Câmara de Vereadores, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. In: **Coletânea de Legislação O SUS é legal**, Porto Alegre. 2000. p.147-151.

VIEDMA. PROVÍNCIA DE RIO NEGRO. CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD PÚBLICA. **Anteproyeto de ley para la promoción sanitária y social de las personas que padecen sufrimiento mental**. Viedma, 1989.

Relatórios, Documentos e Manuais

ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS. FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **Relatório do V Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**. Betim-MG, dezembro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986, Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento da V Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Serviços de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família - PSF**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1987. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1992. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, 2001. Brasília, DF, 2002.

CÓRDOBA. Secretaria Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Mental Córdoba. **Estrategias para el cambio** 1984-1987. Gobierno de Córdoba, 1987.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. **Louca Vida**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia - 7ª. Região, 1993.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. **Relatório do III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial**: por uma sociedade sem exclusão. Porto Alegre, 1997. [texto digitado]

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial**. Belo Horizonte, 1995. [texto digitado]

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **Relatório do V Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**. Betim - MG, 1998.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. **Jornal do Psicólogo**, v. 7, n. 21, 1987, p.4.

NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS / BA. Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. **Documento**. Salvador, 23 a 26 de setembro de 1993.

OMS/OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo, 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, DF, 2001.

OMS; UNICEF. **Relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde**, 1978. Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental**, 1992. Porto Alegre, 1992.

RIO GRANDE DO SUL. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Comissão de Saúde Mental. **São Pedro Cidadão**: assembléia instituinte. Conselho Estadual de Saúde, 1992. [texto digitado]

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Manual de treinamento em cuidados primários de saúde mental**. Porto Alegre, abril, 1981.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Paismental. **Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental para o Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, outubro, 1987.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Paismental. **Encontro Estadual de Saúde Mental**, desconstruindo manicômios a caminho da municipalização. Porto Alegre, agosto 1990.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Divisão de Saúde Mental - Escola de Saúde Pública. **Relatório final da I Conferência Estadual de Saúde Mental**: rumos da atenção em saúde mental no Rio Grande do Sul, 1992. Porto Alegre: Corag, 1992.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Conjunto de Saúde Mental para o Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, abril 1981.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2002.

TURKENICZ, Abraham; FAGUNDES, Sandra. **Campos e núcleos na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva**: percurso teórico. Porto Alegre, 2000. [texto digitado]

Práticas

ABRASCO. Programa do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul: saúde como direito à vida. **Evento**. Porto Alegre, maio de 1992.

AMPARO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de 2004**. Disponível em: <<http://www.amparo.sp.gov.br>>. Acessado em: 25.03.2006.

AMPARO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão de 2005**. Disponível em: <<http://www.amparo.sp.gov.br>>. Acessado em: 25.03.2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SAMPAIO, José Jackson; SANTOS, Antonio Weimar. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.267-280.

BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da 5ª Conferência Municipal de Saúde**: aprofundando o controle social. Belém, PA, 2000.

BESCKOW, Elsa. São Lourenço do Sul, “Nossa Casa”. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v.1, n.1, 1993, p.78-82.

BUENO, Wanderlei Silva. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.169-195.

BUSNELLO, Ellis D’Arrigo. **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária**. Porto Alegre: Globo, 1976.

BUSNELLO, Ellis D’Arrigo; LEWIN, Isaac; RUSCHEL, Sérgio. Estudo de um caso registrado num prontuário de família orientado para a solução de problemas. **Revista AMRIGS**. Porto Alegre, v. 24, n. 2, abr/jun, 1980, p.159-165.

CABRAL, Károl; BELLOC, Márcio Mariath. O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, Analice de Lima e colaboradores. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: Ed.da Universidade/Ufrgs, 2004. p.113-136.

CAMPOS, César et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, Florianita Coelho; MAIEROVICH HENRIQUES, Cláudio (Org.). **Contra a maré, à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Página Aberta, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPISTRANO DA COSTA FILHO, David; PIMENTA, Aparecida Linhares (Org.). **Saúde para todos: um desafio ao município, a resposta de Bauru**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CARPES, Jussara; VIEIRA, Lúcia; RODRIGUES, João Bosco. Centro de Estudos Sociais Contemporâneos: da utopia à construção. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.41-46.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. Acompanhamento terapêutico: do um ao outro, do porto ao mar. In: PALOMBINI, Analice de Lima e colaboradores. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/Ufrgs, 2004. p.141-145.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In: NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do et al. (Org.). **Psicologia e políticas públicas: experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre: CRP-7ª Região, 2004. p.109-125.

CARVALHO SANTOS, Rogério de. **Saúde todo dia uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida**. Caxias do Sul, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.143-162.

CESCON - Centro de Estudos Sociais Contemporâneos. Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, 1995, p.60-61.

CLAUS, Suzete; CAPRA, Margareth. Elaboração de um protocolo de ações básicas da saúde: subsídio para reorganização de processos de trabalho para a implementação do SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 24, 2001, p.44-51.

CRASOVES, Mara Lúcia. O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade-instituição-sociedade. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.47-50.

CRESCENTE, Lúcia; OLIVEIRA, Jucemara. Da saúde mental para as políticas sociais: a trajetória em Santo Augusto. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.21-28.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

FAGUNDES, Hugo; LIBÉRIO, M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. **Saúde em Foco - Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva - SMS/RJ**. Saúde Mental: a ética do cuidar. Rio de Janeiro, v. 6, n.16, nov. 1997, p.30-35.

FAGUNDES, Sandra. Uma transformação de práticas psiquiátricas no Rio Grande do Sul. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 4, 1991, p.123-125.

FAGUNDES, Sandra . Viamão: cidadania em defesa da vida. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 24, 2001, p.28-43.

FAGUNDES, Sandra. Democratização do SUS: o colegiado gestor. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.53-56.

FÉLIX, Paulo. E lei se fez! In: **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v.1, n.1, 1993, p.14-17.

FERLA, Alcindo Antônio et al. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.13-29.

FERRARI, Maria Judete; MULAZZANI, Maria de Fátima. Resignificando a história: de técnicos a políticos. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 3, n. 3, 1997, p.19-26.

FERREIRA, Carmen Vera; BARFKNECHT, Kátia; BERTUOL, Márcia. Geração/Poa. **Saúde em Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2004, p.35-40.

FERREIRA, Gina. De volta para casa. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.80-88.

FISCHER, Maria de Fátima Bueno. Pensão Pública Protegida Nova Vida: uma construção coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.32.

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL. A pós-graduação em saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 1, n. 1, 1993, p.74-77.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler et al. Projeto Morada São Pedro. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **O fazer em saúde coletiva: inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.133-142.

GROSSMAN, Carlos et al. **Projeto de residência em saúde comunitária**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 1975. [documento fotocopiado]

GUIA DE SERVIÇOS ALTERNATIVOS DO RIO DE JANEIRO. 2ª ed. ampl. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1997.

GUILHERMANO-NETO, Josué et al. Possíveis caminhos de atenção à saúde (mental): a itinerância compondo a rede de desinstitucionalização. **Saúde em Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2004, p.21-26.

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Oficina de Planejamento Estratégico**, 16 e 17 de março 2006. [texto digitado]

LIMA, Ana Cristina Costa. **Atuação de psicólogos na atenção básica no Sistema Único de Saúde e perspectivas para o trabalho-educação em saúde - Joinville**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ufsc, 2006.

MARCA FILHO, Getúlio; ROSA, Simone. Louca esperança: saúde mental na comunidade. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **O fazer em saúde coletiva:**

inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.179-192.

MEIRA, Marly. Oficinas de criação: laboratório de possíveis. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.36-39.

MEIRA, Mirela. Oficinas de criação coletiva: um espaço de possíveis. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.37-40.

MISOCZKY, Maria Ceci. Projeto de saúde mental de Belo Horizonte: admitir que a loucura existe cria uma realidade. In: FUJIWARA, L. M.; ALESSIO, N.L.N.; FARAH, M. F. S. (Org.). **20 Experiências de gestão pública e cidadania**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

NASCIMENTO, Rodolfo Valentin. Saúde mental na atenção básica em Belém. **Experiências inovadoras no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.239-254.

NICÁCIO, Fernanda. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - PUC-SP, São Paulo, 1994.

ONOCKO, Rosana; AMARAL, Márcia. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.353-371.

ORTIZ, Jussara et al. (Org.). **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2004.

PALOMBINI, Analice de Lima et al. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2004.

PELLICCIOLI, Eduardo; GUARESCHI, Neuza. Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde. In: NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do et al. (Org.). **Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública**. Porto Alegre: CRP-7ª. Região, 2004. p.141-154.

PITTA, Ana. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 43, n. 12, 1994, p.647-655.

PORTO ALEGRE. Mostra de produção em saúde. **Revista Saúde em Porto Alegre**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, jun./dez., 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde em Porto Alegre: plano de ação**, 2004. Porto Alegre, 2004.

RECIFE. Secretaria Municipal da Saúde. **Balanco 2001-2004**. Recife, 2005.

ROCHA, E. **Programa de saúde mental do município de Niterói - RJ**. Documento para a I Conferência Municipal de Saúde Mental. Niterói, outubro, 2001.

ROCHA, Ubirajara; ROCHA, Angelina; MAGALHÃES, Carlos. A trajetória bageense no contexto da saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.29-36.

SALBEGO, Maria do Horto; FABRÍCIO, Márcia. Alegrete: o diálogo. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.8-11.

SALBEGO, Maria do Horto. **A contribuição da luta antimanicomial para a política de saúde mental de Alegrete.** 2004. Monografia (Especialização em Administração em Saúde) - Escola de Administração - Especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, Ufrgs, Porto Alegre, 2004.

SAMPAIO, José Jackson; SANTOS, Antonio Weimar. A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-134.

SANTO ANDRÉ. **Os de volta para casa.** Associação José Martins de Araújo Júnior. Disponível em: <<http://www.osdevoltaparacasa.org.br/saudemental.htm>>. Acessado em: 25.03.2006.

SANTO ANDRÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviços de Saúde.** Disponível em: <<http://www.santoandre.sp.gov.br>>. Acessado em: 25.03.2006.

TYKANORI, Roberto. Em busca da Cidadania. In: CAMPOS, Florianita Coelho; MAIEROVICH HENRIQUES, Cláudio (Org.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos.** São Paulo: Página Aberta, 1996. p.39-49.

WETZEL, Christine; ALMEIDA, Maria Cecília. A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001, p.77-87.

Dissertações e Teses dos *Mentaleiros* Gaúchos

AREJANO, Ceres. **Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental.** 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Instituto de Enfermagem, Ufsc, 2002.

BERNARDES, Jefferson. **A representação social da loucura: a face oculta do discurso médico.** 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) - Instituto de Psicologia, PUCRS, 1995.

CABRAL, Károl. **Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o *setting*.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Ufrgs, 2005.

DALMOLIN, Bernardete. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul.** 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde, USP, 1998.

DIAS, Miriam. **Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do sul: uma análise da implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica.** 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, 1997.

HECK, Rita. **Suicídio: um grito sem eco:** o contexto social de Santo Cristo/RS. 1993. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Pós-Graduação em Extensão Rural, UFSM, 1993.

HECK, Rita. **Contexto sócio-cultural dos suicídios de colonos alemães:** um estudo interdisciplinar para a enfermagem. 2000. Tese (Doutorado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Ufsc, 2000.

HIRDES, Alice. **Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul:** resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. 2000. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Ufsc, 2000.

MARTINS, Regina. **Voz da rua:** estereótipos e realidade. 1998. Dissertação (Mestrado em Demandas e Políticas Públicas) - Faculdade de Serviço Social- Pós-Graduação em Demandas e Políticas Públicas, PUCRS, 1998.

MEIRA, Mirela. **As possibilidades de uma instituição inventada:** ordem, desordem e criação na Oficina de Criação Coletiva de Bagé. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação, Ufrgs, Porto Alegre, 2001.

MIRON, Vera. **Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS) 1890-1990.** 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, USP, Ribeirão Preto, 1998.

MORAES, Fábio. **Abrindo a porta da casa dos loucos:** ou para ativar a potência dos fluxos. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Ufrgs, Porto Alegre, 2000.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós-Graduação de Enfermagem, Ufsc, 2005.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Ufrgs, Porto Alegre, 2005.

SALDANHA, Olinda Lechmann. **Psicologia e saúde: problematizando o trabalho do psicólogo nas equipes municipais de saúde.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Ufrgs, Porto Alegre, 2004.

WETZEL, Christine. **Desinstitucionalização em Saúde Mental:** a experiência de São Lourenço do Sul - RS. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, USP, Ribeirão Preto, 2000.

Literatura

ALMEIDA, Fernanda Lopes de. **O equilibrista.** 11 ed. São Paulo: Ática, 1999.

- ALVES, Rubem. **A toupeira que queria ver o cometa**. 10 ed. São Paulo: Loyola, 2003.
- ALVES, Rubem. **Estórias de quem gosta de ensinar**. 4 ed. São Paulo: Papirus, 2003.
- DIÁRIOS DE MOTOCICLETA. (*The Motorcycle Diaries*). Escrito e dirigido por Walter Salles Jr. Estados Unidos, 2004. DVD (128 min.), son., color.
- DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. Poema de sete faces. In: MORICONI, Ítalo (Org.). **Os cem melhores poemas brasileiros do século**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.29-30.
- DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. No meio do caminho. In: DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. **Reunião: 10 livros de poesia**. 9 ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1978. p.12.
- GALEANO, Eduardo. **El libro de los abrazos**. Montevideo: Ediciones del Chanchito, 1989.
- GONZAGUINHA. **O que é, o que é?** In: Caminhos do Coração. EMI, 1982. [Música]
- GUIMARÃES ROSA, João. **Estas estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- HOYLE, Fred. **A nuvem negra**. Rio de Janeiro: Livros do Brasil, 1964.
- TOM ZÉ. **Brasil corrupção (unimultiplicidade)**. In: Ana & Jorge. Sony BMG, 2005. [Música]
- VELOSO, Caetano. **Dom de iludir**. In: Noites do Norte. Universal Music, 2001, disco 2. [Música]
- VELOSO, Caetano. **Vaca profana**. In: Caetano Totalmente Demais. Univeral Music, 1986. [Música]

ANEXOS

ANEXO I: MUNICÍPIOS com ALUNOS dos CURSOS de APERFEIÇOAMENTO e de ESPECIALIZAÇÃO na ÁREA da SAÚDE MENTAL COLETIVA (1988-1996)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. Alecrim | 43. Faxinalzinho | 85. Rolante |
| 2. Alvorada | 44. Fagundes Varela | 86. Santa Bárbara do Sul |
| 3. Alegrete | 45. Frederico Westphalen | 87. Santana do Livramento |
| 4. Agudo | 46. Garibaldi | 88. Santa Maria |
| 5. André da Rocha | 47. Gaurama | 89. Santa Cruz do Sul |
| 6. Antonio Prado | 48. Getúlio Vargas | 90. Santa Rosa |
| 7. Augusto Pestana | 49. Hulha Negra | 91. Santiago |
| 8. Arroio Grande | 50. Humaitá | 92. Santo Augusto |
| 9. Bagé | 51. Horizontina | 93. Santo Cristo |
| 10. Barão de Cotegipe | 52. Farroupilha | 94. Santo Antonio da Patrulha |
| 11. Bento Gonçalves | 53. Igrejinha | 95. São Francisco de Assis |
| 12. Boa Vista do Buricá | 54. Itaquí | 96. São Gabriel |
| 13. Braga | 55. Independência | 97. São Leopoldo |
| 14. Canoas | 56. Ijuí | 98. São Lourenço do Sul |
| 15. Cacequi | 57. Jaguarí | 99. São Marcos |
| 16. Caçapava do Sul | 58. Júlio de Castilhos | 100. São Sebastião do Caí |
| 17. Cachoeira do Sul | 59. Lagoa Vermelha | 101. São Sepé |
| 18. Caibaté | 60. Lavras do Sul | 102. São Vicente do Sul |
| 19. Cachoeirinha | 61. Marau | 103. Sapucaia do Sul |
| 20. Campina das Missões | 62. Maquiné | 104. Sarandi |
| 21. Campo Bom | 63. Mariano Moro | 105. Selbach |
| 22. Campo Novo | 64. Nova Araçá | 106. Sertão |
| 23. Camaquã | 65. Nova Prata | 107. Ronda Alta |
| 24. Canguçu | 66. Nova Bassano | 108. Tapejara |
| 25. Candiota | 67. Novo Barreiro | 109. Tapera |
| 26. Carazinho | 68. Novo Hamburgo | 110. Tenente Portela |
| 27. Canela | 69. Nonoai | 111. Terra de Areia |
| 28. Capão da Canoa | 70. Osório | 112. Torres |
| 29. Catuípe | 71. Paraí | 113. Tramandaí |
| 30. Caxias do Sul | 72. Palmares do Sul | 114. Três de Maio |
| 31. Chapada | 73. Palmeira das Missões | 115. Três Passos |
| 32. Chiapeta | 74. Passo Fundo | 116. Triunfo |
| 33. Condor | 75. Panambi | 117. Tucunduva |
| 34. Coronel Bicaco | 76. Pedras Altas | 118. União da Serra |
| 35. Cotiporã | 77. Pedro Osório | 119. Uruguaiana |
| 36. Cruz Alta | 78. Pelotas | 120. Venâncio Aires |
| 37. Cruzeiro do Sul | 79. Pinheiro Machado | 121. Veranópolis |
| 38. Constantina | 80. Porto Lucena | 122. Viamão |
| 39. Dom Pedrito | 81. Protásio Alves | 123. Vila Maria |
| 40. Encruzilhada do Sul | 82. Porto Alegre | 124. Vila Flores |
| 41. Erechim | 83. Restinga Seca | 125. Vista Alegre do Prata |
| 42. Faxinal do Soturno | 84. Rio Grande | 126. Xangrilá |

ANEXO II – MUNICÍPIOS que CRIARAM SERVIÇOS de ATENÇÃO INTEGRAL à SAÚDE MENTAL (1988-1996)

- | | | |
|---------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1. Alegrete | 15. Maquiné | 29. São Francisco de Assis |
| 2. Bagé | 16. Nova Prata | 30. São Lourenço do Sul |
| 3. Cachoeira do Sul | 17. Novo Hamburgo | 31. São Marcos |
| 4. Cachoeirinha | 18. Osório | 32. São Sepé |
| 5. Caibaté | 19. Palmares do Sul | 33. Santiago |
| 6. Campo Bom | 20. Palmeira das Missões | 34. Santo Antonio da Patrulha |
| 7. Carazinho | 21. Panambi | 35. Santo Augusto |
| 8. Chapada | 22. Passo Fundo | 36. Santo Cristo |
| 9. Dom Pedrito | 23. Pinheiro Machado | 37. Selbach |
| 10. Faxinalzinho | 24. Porto Alegre | 38. Tapejara |
| 11. Ijuí | 25. Porto Lucena | 39. Tapera |
| 12. Lavras do Sul | 26. Ronda Alta | 40. Torres |
| 13. Lagoa Vermelha | 27. Santa Maria | 41. Três Passos |
| 14. Marau | 28. Santana do Livramento | 42. Uruguaiana |

ANEXO III – MUNICÍPIOS com AÇÕES de SAÚDE MENTAL (1988-1996)

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. Alecrim | 24. Constantina | 47. Pedras Altas |
| 2. Augusto Pestana | 25. Cruzeiro do Sul | 48. Pelotas |
| 3. Aratiba | 26. Encruzilhada do Sul | 49. Quaraí |
| 4. Barão de Cotegipe | 27. Erechim | 50. Rio Grande |
| 5. Bento Gonçalves | 28. Esteio | 51. Rondinha |
| 6. Boa Vista do Buricá | 29. Fagundes Varela | 52. Santa Cruz do Sul |
| 7. Braga | 30. Farroupilha | 53. Santa Maria do Herval |
| 8. Brochier do Maratá | 31. Garibaldi | 54. Santa Rosa |
| 9. Cacequi | 32. Getúlio Vargas | 55. Santo Ângelo |
| 10. Cacique Doble | 33. Giruá | 56. São Borja |
| 11. Camaquã | 34. Gramado | 57. São Gabriel |
| 12. Campina das Missões | 35. Gravataí | 58. São Leopoldo |
| 13. Campo Novo | 36. Horizontina | 59. São Sebastião do Caí |
| 14. Candelária | 37. Hulha Negra | 60. Sapucaia do Sul |
| 15. Candiota | 38. Igrejinha | 61. Soledade |
| 16. Canela | 39. Independência | 62. Tramandaí |
| 17. Canoas | 40. Jóia | 63. Três de Maio |
| 18. Capão da Canoa | 41. Júlio de Castilhos | 64. Triunfo |
| 19. Caçapava do Sul | 42. Lajeado | 65. Vacaria |
| 20. Catuípe | 43. Nonoai | 66. Venâncio Aires |
| 21. Caxias do Sul | 44. Nova Hartz | 67. Veranópolis |
| 22. Cidreira | 45. Nova Petrópolis | 68. Viamão |
| 23. Condor | 46. Parobé | 69. Vila Flores |