Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Por uma problematização do conceito de autonomia
decorrente dos encontros nos dispositivos de saúde
mental**

Clarissa Resende Batistela

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do Título de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora:
Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker**

**São Paulo
2017**

Por uma problematização do conceito de autonomia decorrente dos encontros nos dispositivos de saúde mental

Clarissa Resende Batistela

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do

Título de Mestre em Ciências.

**Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública**

Orientadora:

Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

**Versão revisada
São Paulo
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Nome: BATISTELA, Clarissa Resende

Título: Por uma problematização do conceito de autonomia decorrente dos encontros nos dispositivos de saúde mental

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Agradecimentos

Pensar no tema da autonomia é refletirmos sobre os encontros alegres que nos compõe em nosso caminhar no mundo. Durante o processo de pesquisa fui potencializada com parceiros que proporcionaram um pesquisar cheio de alegrias.

É com muito carinho que agradeço a minha orientadora de pesquisa Laura Feuerwerker que me acompanhou pacientemente.

Agradeço o grupo de pesquisa Micropolítica da FSP-USP pelos os dias de estudos e experimentações.

Agradeço a minha amiga Ana Cristina pelas conversas gostosas e pelas vezes que me acalmou e me potencializou durante o processo de pesquisa.

Sou grata ao meu caro amigo Diego que me apresentou o programa de mestrado da Saúde Pública e, também pelos nossos encontros regados de boas conversas.

Agradeço a minha parceira e amiga Lorene Soares que me encoraja a arriscar mais na vida, me aproximando de minha potência.

Com muito amor e carinho agradeço ao meu companheiro de vida José Mauricio Ismael Madi quem aguentou o meu cansaço e minhas alegrias decorrentes do processo da escrita.

Agradeço a minha mãe Marcia e meu pai Olinto que sempre estão ao meu lado e me apoiando a cada novo passo de vida.

Agradeço as minhas irmãs Melissa e Leticia por sempre estarem por perto.

Agradeço o CNPq pelo auxílio na pesquisa.

RESUMO

BATISTELA, Clarissa Resende. Por uma problematização do conceito de autonomia decorrente dos encontros nos dispositivos de saúde mental. [Dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Este estudo tem por objetivo problematizar os usos do conceito de autonomia nos encontros vivos entre os atores (trabalhadores e usuários) inseridos nos dispositivos de saúde mental do SUS. A aposta é dar visibilidade e dizibilidade a fabricação de cuidado a saúde que afirme as redes de conexões existenciais singulares dos usuários na rede de atenção psicossocial, utilizando a noção de autonomia como analisador. Essa problematização retoma a importância do caráter instituinte do movimento da luta antimanicomial dos fazeres e saberes da organização do trabalho em saúde mental que olha o usuário como interlocutor válido na produção de sua vida. O conceito de autonomia utilizado nesse trabalho é fruto da intersecção entre os estudos de Maturana e Varela – que consideram que a produção da vida biológica ocorre de maneira autônoma, autorreferente e autopoietica – e Espinosa, filósofo que discorreu sobre a ética cujo movimento da vida acontece por meio do afetar e ser afetado que ocorrem na imanência dos encontros, possibilitando a singularização dos modos de existências. Além desses três intelectuais, o presente estudo assenta-se nas produções de Deleuze, Guattari e Rolnik, no que tange, sobretudo, os subsídios da vivência cartográfica da pesquisa. Desse modo, o trabalho de campo ocorreu na Rede de Saúde Mental (RAPS) de São Bernardo do Campo – SP com a intenção de vivenciar nos acontecimentos dos encontros de cuidado em saúde a produção viva do conceito de autonomia. Tal estudo é fruto da articulação teórica relatada acima e das múltiplas vivências da pesquisadora das diversas autonomias observadas em seu percurso no CAPSIII e no Consultório na/de Rua.

Palavras-chave: Autonomia, Autopoiesis, Afetos e Cartografia

ABSTRACT

BATISTELA, Clarissa Resende. For a problematization of the concept of autonomy resulting from meetings in mental health devices. [Dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

This study has the objective of problematize the concept of autonomy on the micropolitics of the living encounters of mental health devices on SUS (Unified Health System). The aim is to give visibility and readability for the health manufacturing that affirms the singularity of existential networks among the users of the psychosocial attention network, employing the concept of autonomy as analytic criteria. This way of addressing the problem restores the importance of the creative characteristic of the antimanicomial movement on the practices and knowledges of mental health work organization that seeks to affirm the user as a valid agent in his life management. The concept of autonomy employed in this research comes from the intersection of the works of Maturana and Varela – which considers that the biological life occurs on an autonomic manner, self-referential and autopoietic – and Espinosa, philosopher that pondered about the ethic in which life movement happens by the affect and be affected, allowing the singularization of the ways of being. Further than those intellectuals, this paper anchors its assumptions on the works of Deleuze, Guatarri and Rolnik, especially which refers to the subsidies of the cartographic research experience. In this way, the field work took place in the RAPS of São Bernardo do Campo - SP, with the intention of experiencing in the events of health care meetings the living production of the concept of autonomy. This study is the result of the theoretical articulation reported above and the multiple experiences of the researcher of the various autonomies observed in her course at CAPSIII and in the street office

Keywords – Autonomy – Autopoiesis – Affections – Cartography

Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas.....	1
1. Introdução.....	2
1.2 Autonomia e Subjetividade: seu efeito polissêmico na produção da existência.....	5
2. Contexto histórico da reforma psiquiátrica em conexão com o conceito de autonomia.....	9
2.1 Nascimento da Psiquiatria Clássica: a razão quer dominar a paixão.....	10
2.2 Reforma Psiquiátrica Pós II Guerra Mundial.....	15
2.3 Luta Antimanicomial Brasileira: movimento político em constante fabricação.....	18
2.4 Encontro cuidador em saúde mental: o conceito de autonomia como analisador.....	24
3. Autonomia e autopoiese: produção de vida por meios dos encontros vivos.....	31
3.1 Imanência e Autopoiesis: vida em fabricação.....	34
3.2 Percepção e Conhecimento: fundamenta o existir.....	36
3.3 Espinosa: Afeto e Afecções.....	41
3.4 Afeto paixão e Afeto ação.....	46
4. Vivência cartográfica do conceito de autonomia no campo da saúde mental.....	53

4.1 Encontro e Autonomia: produção de sentidos e de rede de conexões existenciais.....	54
4.2 Poder do grupo na afirmação da potência da vida.....	56
4.3 Encontro ético na fabricação do cuidado a saúde.....	63
4.4 Autonomia e formação de territórios existenciais.....	73
Considerações Finais	78
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	82

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPSi	Centro de Apoio Psicossocial infantil
CAPSAD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CR	Consultório na Rua
NAPS	Núcleo de Apoio Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NUTRARTE	Núcleo de trabalho e arte
PTS	Projeto Terapêutico Singular
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. Introdução

A ideia de “autonomia” apresenta aderência em nosso cotidiano. Uma breve pesquisa nos dicionários revela que o termo em questão pode designar a capacidade de um país governar-se pelos próprios meios, de formular suas próprias leis; o potencial que um veículo tem para percorrer determinada quilometragem em razão de seu combustível; o direito que um indivíduo tem de tomar suas decisões livremente, exercendo independência moral ou intelectual em relação ao meio. O último sentido atribuído à palavra nos é bastante caro.

Percebemos no dia-a-dia que as pessoas usam este conceito em diversas ocasiões ao se referirem a capacidade que um indivíduo tem de realizar sozinho alguma tarefa simples ou, até mesmo, de ter a governabilidade sobre sua vida. Ou seja, a maior parte das vezes, o significado do exercício da autonomia implica em processos independentes dos campos relacionais e como um modelo de existência a ser alcançando. Contudo, o conceito de autonomia é mais complexo e polissêmico do que é atribuído pelo senso comum. Mas, afinal o que seria autonomia?

A partir desse questionamento inicial sobre o que consiste em ser autônomo, veio uma necessidade de desconstruir a imagem idealizada da conquista de autonomia e da independência. Esse incômodo ocorreu em 2008, quando entrei em contato com as leituras de Michel Foucault e Francisco Ortega que traçam a genealogia da noção de autonomia, oferecendo-nos uma visão histórica para refletirmos sobre a sua naturalização e sobre os sentidos dessa expressão na contemporaneidade.

As inquietações relativas a esse tema intensificaram-se quando iniciei meus estudos no campo da saúde pública a partir de meu ingresso no aprimoramento de saúde coletiva em 2009. Durante os estudos, aproximei-me de práticas que valorizavam a participação da comunidade na produção de saberes e ações em saúde por meio de uma construção democrática da análise dos problemas que afetavam diretamente a população atendida no município de Embu-SP. Essa experiência possibilitou-me olhar para o trabalho em saúde em seu aspecto afirmador de processos criativos na fabricação de cuidado, que

foram resultados da intensa mobilização de seus atores (profissionais, usuários e pesquisadores). Nesse ínterim, a noção de autonomia estava implicada com a ampliação de redes de conexões existenciais na produção de práticas de saúde.

Quando passei a trabalhar como psicóloga do CAPSi e do ambulatório de saúde mental no município de Mauá –SP em 2010, havia um cenário institucionalizado e burocratizado que dificultava a criação de cuidados mais singularizados, construídos no contato direto com o paciente. Embora, em alguns casos, tenha havido produções parceiras entre os atores envolvidos, na maior parte das vezes, ficava a impressão de que se trabalhava num sentido meramente conformador de acordo com a moral vigente.

Seja como for, esse percurso estimulou minha preocupação em relação à qualidade do encontro como condição de se elevar a potência do trabalho terapêutico nos dispositivos de saúde. Além disso, permitiu minha entrada no campo de saúde mental, onde percebi que a palavra “autonomia” estava presente diariamente nas falas dos agentes que trabalham nos espaços de saúde mental. Isso, obviamente, se justifica em razão de o conceito de autonomia perpassar os ideários da luta antimanicomial e subsidiar a construção de suas ferramentas e políticas na fabricação de cuidado, a saber: as construções dos projetos terapêuticos singulares, a retomada do direito de cidadania dos usuários e a desestigmatização das formas de pensar a loucura na sociedade.

Essas reflexões e experiências despertaram meu interesse em pesquisar o conceito autonomia, como um pano de fundo das relações que os usuários experimentam no campo de saúde mental. A intenção foi vivenciar as diversas cenas que ocorrem nos encontros de cuidado em saúde, tomando o conceito de autonomia como analisador da fabricação de saberes e fazeres na produção do cuidado nos dispositivos de saúde mental e, também, pensar esse conceito ganhando sentido no processo do encontro vivo.

O recorte teórico, que nos interessa nesse estudo sobre o conceito de autonomia, parte dos processos de singularização da existência com intenção de desconstruir espaços de saber-poder, considerando as múltiplas autonomias existentes. Para tal problematização, busco realizar uma intersecção entre a produção acadêmica de Maturana e Varela no campo da biologia, que em seus estudos verificaram que os seres vivos apresentam sistemas autopoieticos e

autônomos, com estudos filosóficos de Espinosa, que teoriza sobre os afetos, afecções e a potência dos encontros. Tais trabalhos permitem abordar a noção de autonomia em sua dimensão ética, estética e política na medida em que consideram as composições dos encontros como produtores de existências singulares que constituem o social.

A pesquisa vale-se também da vivência cartográfica para traçar mapas em que o conhecimento é produzido conjuntamente com a problemática da noção de autonomia no campo da saúde mental. O modo de pesquisa cartográfico, criado por Deleuze e Guattari, propõe uma imersão nas experiências para dar linguagem às múltiplas expressões que constituem uma paisagem, um conceito, um valor, por considerar que este está em eterno processo de conexões com algo, produzindo novos territórios de sentido. Desse modo, não se trata de encontrar ou provar uma verdade sobre o conceito de autonomia, mas problematizar os seus sentidos acoplados aos territórios existenciais que os atravessam nas visibilidades que se pôde produzir.

Vivenciar as multiplicidades de expressões da noção de autonomia no campo de saúde mental é partir de um lugar curioso ao estar com outro, em que a experiência cartográfica pede a sensibilidade do corpo vibrátil, cuja sua função é produzir contornos para afetos que precisam ganhar passagem, e estar atento ao olho nu que capta as representações sociais e territórios fechados que despotencializam a vida. Nesse sentido, a aposta da pesquisa é captar os vários nomes que são dados aos processos desencadeados em direção à autonomia, acompanhando as organizações de cuidados em saúde, captando as intensidades dos encontros vivos que operam no plano concreto do cotidiano dos serviços de saúde mental.

Para realizar o meu estudo escolhi circular nos dispositivos de saúde mental do município de São Bernardo do Campo - SP¹, que apresenta uma rede complexa, organizada e integral de atenção de saúde mental. Durante o meu processo de pesquisa foram emergindo questões, como: O que o encontro entre os usuários dos dispositivos de saúde produz? Como reconhecer que a

¹ A RAPS da cidade de São Bernardo do Campo –SP, em 2016, era caracterizada por apresentar uma rede 100 % substitutiva com uma ampla composição de dispositivos de saúde mental que estão conectados à rede saúde, cultura, educação, assistência social e jurídico. Também oferece espaços de conversas e de supervisão para os profissionais como ferramenta de analisar a produção de cuidado e realizar trocas de conhecimento a respeito dos “casos” atendidos.

autonomia opera nos usuários apesar das expectativas dos agentes? Como respeitar suas escolhas e lidar com a alteridade em que o encontro nos coloca?

A partir desses problemas, minha pesquisa foi criando interlocuções entre os conceitos de autonomia, agenciamento, autopoiesis, afetos, liberdade, encontro e ética. Tais noções foram ferramentas caras nas produções de sentidos deste estudo por darem visibilidade a outras maneiras de pensarmos os processos autônomos, configurando-se como um forte instrumento de análise do encontro de cuidado nos dispositivos de saúde mental.

1.2 Autonomia e Subjetividade: seu efeito polissêmico na produção da existência

A palavra autonomia deriva do grego, da junção de, *auto-*, "de si mesmo", + , *nomos*, "lei". Os dicionários etimológicos demonstram que os usos mais antigos dessa palavra se referiam à condição de autodeterminação de nações e governos. Esse sentido permanece, mas ganha novos contornos. A partir da filosofia kantiana, a palavra "autonomia" passa também a referir-se ao sujeito, cuja ação autônoma é marcada pela submissão da vontade à Razão. Além desses significados, com o processo crescente da subjetividade neoliberal, a alusão da ideia de liberdade à autonomia parece ter conquistado certa centralidade no senso comum. Entretanto, essa pretensa liberdade é marcada por um mercado que captura e produz desejos, afastando os indivíduos da possibilidade de criar a própria existência, o que é característico, da sociedade de controle².

No modo neoliberal de governar, a mídia e os Estados cumprem papel fundamental na conformação de subjetividades e dinâmicas sociais. O Estado (mínimo ou em franco encolhimento), com o seu raio de ação diminuído, contribui com o mínimo vital para que cada indivíduo possa garantir sua própria

² A sociedade de controle complementa a ideia de Foucault a respeito da sociedade disciplinar no momento que designa que as novas formas de dominação do capitalismo contemporâneo se caracterizam: por criar modulações de existências que abrangem ou variam valores a cada instante; os indivíduos tornaram-se "dividuais", divisíveis, e as massas transformaram-se em amostras, dados, mercados ou banco; as fábricas cedem lugar às empresas que ganham uma "alma" em que todos passam ser gerentes, aumentado assim a competitividade; na saúde uma nova medicina "sem médicos e nem doente", que resgata enfermos em potenciais e sujeito a risco (DELEUZE, 2000).

existência. As políticas afirmativas tem sido alvos de ataques corriqueiros, que justificam e naturalizam a desigualdade social. Neste cenário, que é marcado pela proeminência dos interesses privados sobre o bem público, se consolida a convocação aos sujeitos para que sejam empreendedores de sua vida (FEUERWERKER, 2014).

As produções de subjetividades neoliberais andam a par com o conceito do capital humano, que preconiza que os sujeitos devem se investir de competências e habilidades endereçadas à produção de valores econômicos. Neste contexto, a conquista da autonomia significa o empreendedorismo de si e aponta para criações de projetos de vidas individuais pautados na moral fabricante da maximização do eu. Em outras palavras, os sujeitos devem investir em competências na medida em que precisam produzir uma renda e, para isso ocorrer, doam o seu tempo de vida. Segundo Foucault,

o trabalhador é uma máquina, mas uma máquina entendida no sentido positivo, pois uma máquina que vai produzir fluxo de renda [...] na verdade essa máquina tem sua duração de vida, sua duração de utilizabilidade, tem sua obsolescência, tem seu tempo. (FOUCAULT, 2008, p. 309)

As produções de subjetividades pelo capital estão além de dominar os corpos para que se tornem obedientes, como menciona Foucault em sua explanação sobre a sociedade disciplinar, pois a sociedade de controle rouba as intensidades do desejo nos lançando ao esvaziamento das existências, cujos fluxos desejantes são reduzidos à busca de estilos de vidas perpassados por axiomas do capitalismo.

O capital captura os fluxos desejantes que dele escapam, ressignificando-os na produção de rostos representacionais, na medida em que ele rouba os sentidos da minoria, colocando-a a seu serviço. Quer dizer, aprisiona na transcendência os modos de sentir, de amar, de comer, de ser, que passam a ter modelos a serem seguidos. A produção da subjetividade capitalista ocorre nos microagencimentos: na escola, nas relações familiares, nos consultórios médicos, na mídia, etc. Portanto, passa a haver jeitos certo de ser mãe, de ser aluno, de ser professor etc, ao mesmo tempo em que há uma recusa de subjetividades desviantes da lógica vigente. No momento em que operamos com esses rostos,

Referenciamos pela lei, com o ideal de igualar-se a sua pura forma e introjetar seu paradigma universal. Mas ao mesmo tempo em que esta concepção de senso comum é compartilhada como sendo a que melhor conduz o indivíduo a um modo de vida responsável e justo, concedendo-lhe o direito a uma espécie de liberdade assistida por fora e vigiada por dentro (como num panópticum), relativa ao grau de liberdade que a própria sociedade poderia suportar sem ser ameaçada em sua constituição, instaura-se, na mesma proporção, a contraparte de um assujeitamento sutil e inaudito que submete e desvia tanto o desejo quanto mais ele adere, na espera de recompensas ou ganhos, ao modo moralmente útil de ser (FUGANTI, 2007).

A efetuação das subjetividades capitalistas ocorre por meio de reprodução de rótulos ressignificados pelo capital. Isso ganha um sentido político na medida em que reproduzimos a realidade, afastando a nossa capacidade de falar por nós próprios. Nesta perspectiva é que se produz o senso comum a respeito da noção de autonomia, a qual é ligada a modos de vidas idealizados que levam os sujeitos quererem ser bem-sucedidos no empreendedorismo de si próprio.

Contudo, o capital, em suas ações capilares e/ou esmagadoras, é insuficiente para conter as intensidades de desejos que emergem dos agenciamentos coletivos, que desconstroem os enunciados de poder por meio da criação de pensamentos que se dão nos acontecimentos. É no investimento da ética dos encontros que fabricamos valores investidos no social, ou seja, deixamos de operar nas identidades narcísicas para inventar as próprias estratégias que produzem espaços singulares de existências.

A resistência ao aprisionamento da vida é a criação que se dá na experiência dos encontros em atos. Operar no coletivo por meio da máquina de guerra proposta por Deleuze, que nada tem a ver com a guerra no sentido literal, mas por novas maneiras de ocupar o espaço e tempo: movimentos revolucionários e movimentos artísticos. (DELEUZE, 2000, p. 212)

Nesse sentido, é preciso estar atento às linhas que nos atravessam, tomando o cuidado para não deslocar a intensidade do desejo em identidades representacionais que nos descolam das experimentações capazes de ampliar a nossa potência de agir e de pensar, para nos conectarmos com os agenciamentos coletivos que operam nas molecularidades e quebram com o habitual, anunciando novos modos de expressões.

Atualmente, os dispositivos de saúde mental que estão de fato implicados na desinstitucionalização apresentam essa perspectiva segundo a qual a autonomia é pensada como a retomada das intensidades de desejos pelos agenciamentos coletivos que afirmam a existência como singular. Entretanto, para que se pretendesse operar nesse sentido, um longo caminho foi percorrido.

2 - Contexto histórico da Reforma Psiquiátrica em conexão com o conceito de autonomia

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que foi marcante por definir caminhos a serem seguidos pela saúde pública brasileira no sentido da saúde como direito cidadão. Esse encontro foi fruto do movimento do movimento da Reforma Sanitária³, iniciado na década de 1970, que lutava em favor da democratização do acesso à saúde. Os temas abordados foram: saúde ampliada, universalização e publicização da assistência à saúde, participação social, financiamento, descentralização dos serviços e integralidade na assistência.

O relatório final dessa conferência e a Constituição Federal de 1988 consolidaram a conquista brasileira por uma saúde pública universal, descentralizada e integral, acoplando a seguridade social, a saúde e a previdência. Esse processo resulta na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que reconhece a saúde como um direito de cidadania, o que traz implícitas as ideias de universalidade e igualdade (PAIM, 2007; MENICUCCI, 2003).

Com a construção do SUS, a noção de autonomia passou a ser mais presente nas apostas das políticas de saúde pública brasileira, por afirmar e fomentar saberes e práticas que buscam/apostam na emancipação dos usuários nas tomadas de decisão sobre as tecnologias de cuidado e mais, sobre a produção de sua própria vida. Dessa maneira, no discurso da reforma e da defesa do SUS, as políticas de saúde deveriam romper com o paradigma biomédico pautado na verticalização do saber médico sobre o paciente, passando a afirmar práticas horizontais de produção de cuidado, embasadas em serviços territoriais de base comunitária, na democratização do acesso e na criação de redes solidárias entre os seus agentes.

³ O movimento da reforma sanitária brasileira trabalhava com algumas ideias fundamentais: um modelo de democracia com base na defesa da igualdade (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, naquele momento com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; a crítica às práticas hegemônicas de saúde com a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, com a valorização do trabalho em equipe e incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde" (FEUERWERKER, p.70, 2014).

Embora o conceito de autonomia perpassasse as políticas de saúde pública brasileira que embasam o SUS democrático, este trabalho restringe a análise sobre autonomia nas políticas e práticas para o campo de saúde mental. Nosso interesse é analisar como esse conceito é operado no cotidiano de trabalho em saúde mental, suscitando práticas de cuidados, potencializadoras ou não, das múltiplas existências.

Para tanto, faz-se necessário discorrer, ainda que brevemente, sobre como o conceito de autonomia atravessa o campo da saúde mental desde a psiquiatria clássica até a atual política de saúde mental brasileira.

2.1 Nascimento da psiquiatria clássica: a razão quer dominar a paixão

Problematizar os processos autônomos no campo de saúde mental nos faz enxergar as múltiplas percepções e tensões a respeito dos fazeres e saberes na produção do cuidado. Isso ocorre devido a apropriação do conceito de autonomia ser polissêmica e atravessada por contextos históricos, filosóficos, políticos e sociais em que a produção de sentidos sobre essa noção não é linear, nem evolutiva e muito menos unívoca. Dessa maneira, é necessário percorrer brevemente a relação da noção de autonomia com o processo histórico de construção do campo da saúde mental.

Por muito tempo, o modelo psiquiátrico hegemônico embasou-se no aprisionamento das subjetividades nas instituições asilares sob o jugo do tratamento biomédico. Espaços formulados por meio de discursos e práticas que estigmatizaram a experiência da loucura, compreendida como fonte que roubava a razão das pessoas, tornando-as incapazes de gerirem a própria vida. Discursos e práticas que se espalharam para além dos muros manicomiais, ampliando pensamentos e práticas para diversos campos sociais.

Essa concepção da experiência da loucura reduzida a doença mental foi instaurada no século XIX, com Phillipe Pinel e outros atores, influenciados pelo ideário da ciência positivista e racionalista humanista. Para esse viés o homem livre e autônomo seria aquele que dominaria as suas paixões, ou seja, andaria conforme as regras impostas pelo contrato social. O pano de fundo desse período é marcado pela ascensão da revolução burguesa, buscando uma

sintonia com seus valores, principalmente com a liberdade e a moral burguesa (MOEBUS, 2008, p.18).

É nos moldes do racionalismo que a psiquiatria emerge no campo das ciências médicas, produzindo como objeto as doenças mentais, isto é, a loucura passa ser definida como doença, deixando de fazer parte de uma experiência própria da vida. Nesse contexto, fundamentam-se as práticas tutelares no campo de saúde mental.

É importante ressaltar que a psiquiatria clássica é fruto de campos de tensões com o instituído na época, que traçou uma “revolução” humanista. Os espaços asilares e as disciplinas médicas deveriam exercer terapêuticas que dominassem a loucura por meio da confiança e do medo dos internos, sendo em último caso utilizada a coesão física. Desse modo, a psiquiatria clássica definiu-se mediante “reformulações, renovações e reinvenções no campo da saúde mental, seja a nível técnico-assistencial, epistemológico-paradigmático, jurídico-político-social ou ideológico-cultural” (MOEBUS, 2008, p.11).

A transformação dos manicômios em espaços “terapêuticos” ocorreu a partir da libertação dos internos das correntes e dos maus tratos a que eram submetidos. Fato que ficou marcado com a famosa cena de Pinel libertando os loucos das correntes dos asilos da França. Contudo, tal “liberdade” ficou sujeita ao poder psiquiátrico, que, em busca da cura da loucura, aplicaria o tratamento moral, ou seja, a terapêutica oferecida seria o disciplinamento por meio de técnicas de vigilância, de controle e de coerção. A respeito disso Foucault aponta:

Quando Pinel liberta os doentes encerrados nas masmorras, trata-se de esclarecer entre o libertador e os que acabam de ser libertados certa dívida de reconhecimento que vai e deve ser paga de duas maneiras. Primeiro, o libertado vai saldar sua dívida continua e voluntariamente pela obediência; vai-se, portanto, substituir a violência selvagem de um corpo, que só era contida pela violência dos grilhões, pela submissão constante de uma vontade ou outra. Em outras palavras, tirar as correntes é realiza por intermédio de uma obediência reconhecida como algo de sujeição. E a dívida será saldada de uma segunda maneira, dessa vez involuntariamente da parte do doente. É que, a partir do momento em que ele for assim sujeitado, em que o saldo voluntário e continuo da dívida de reconhecimento o leva submeter-se à disciplina do poder médico, o próprio jogo dessa disciplina e nada mais que a sua força, vão fazer o doente curar-se. Com isso, a cura tornar-se-á involuntariamente a segunda moeda da peça da libertação, a maneira pela qual o doente, ou

melhor a doença do doente pagar ao médico o reconhecimento que lhe deve (FOUCAULT, 2012, p. 36).

Com sustentação no discurso da cura, ou melhor, de libertar os sujeitos de suas paixões para lhes devolver a razão, a psiquiatria clássica se apresentou como dispositivo operador de tratamento em que o discurso médico era indiscutível e a única verdade. O poder exercido pelo alienista sobre o alienado se tornou cada vez mais meticuloso, legitimado por uma produção de saber/poder a respeito da doença mental. Dessa maneira, consolida-se o poder psiquiátrico⁴ que, regulamentando os gestos, os hábitos, o tempo e os comportamentos individuais, produz mecanismos para dominar a loucura. Segundo Foucault, “é um poder anônimo, sem nome, sem rosto, é um poder que é repartido entre diferentes pessoas; é um poder sobretudo, que se manifesta pela implacabilidade de um regulamento que nem sequer se formula entre os agentes que o operam” (FOUCAULT, 2012, p. 27).

Pinel, não produziu nenhuma explicação etiológica inovadora sobre a loucura, sua ação centrava-se na observação dos aspectos comportamentais que, segundo ele, poderiam levar à enfermidade, como a ambição desmedida, fanatismo religioso, desilusão amorosa, entre outros (KINOSHITA, 2001, p. 30). A substituição das correntes pelo tratamento moral manteve a tônica do isolamento do convívio social, do silenciamento da loucura no espaço asilar, do esvaziamento de significados dos delírios, da ridicularização, das ameaças, além da imposição de trabalhos mecânicos como lei fundamental do hospital, do julgamento moral perpétuo e, por último, da autoridade do médico como chave do dispositivo (PELBART, 2009, p. 43).

A loucura foi reforçada como doença mental por Jean-Etienne-Dominique Esquirol, sucessor de Pinel, que propôs a troca do termo alienado por enfermo e, ainda, afirmou a função do espaço hospitalar como lugar de produção de conhecimento e de tratamento dos indivíduos que se deixam dominar pelas experiências da loucura. Aqui, a internação era tida como um instrumento e uma

⁴ Michel Foucault em suas aulas sobre o Poder Psiquiátrico analisa o poder disciplinar a partir do surgimento da psiquiatria clássica. O livro mostra o surgimento dos discursos de verdade nas áreas médicas a respeito da experiência da loucura, torna-se cada vez mais articulado e invisível, agindo como uma ferramenta de poder que embarcam o poder soberano que agora espalha-se na sociedade como todo. O interesse de Foucault é analisar a microfísica do poder, as táticas de ações dessas forças que se enfrentam e as estratégias dessas relações de poder e desses enfrentamentos que desenrolam nas práticas psiquiátricas (FOUCAULT, 2012, p. 21).

“boa ação” para livrar tais doentes de seus maus pensamentos. Ricardo Moebus, 2008, traz as ideias do texto de “Memorias Sobre La Locura y sus Variedades” de Esquirol, que vislumbrava os Hospitais psiquiátricos como uma

[...] casa destinada ao tratamento de loucos onde com menos esforço se vigia cada vez melhor; com um regulamento ao qual todos estejam sujeitos, que sirva de resposta a todas as objeções, que contribua para a obediência, e onde o médico esteja permanentemente informado sobre seus enfermos, podendo intervir em suas discussões e querelas, conduzindo-os por princípios precisos e positivos, dirigindo, enfim, todas as suas ações (MOEBUS, 2008, p.18).

A partir dessa concepção o autor comenta que a

[...] clínica produzida pela psiquiatria clássica é normalizadora e se vale da observação, da descrição e da classificação das doenças mentais. Além de se basear na possibilidade de cura através do disciplinamento e da medicalização, promovendo o olhar para a doença e para os sintomas, desconsiderando a complexidade da vida do sujeito. A loucura torna-se marginalizada aos olhos da sociedade e visível, apenas, aos experimentos da psiquiatria tradicional (MOEBUS, 2008, p.18).

De todo modo, há que se considerar que a clínica do século XIX impunha tal disciplinamento e tratamento moral em razão de enxergar uma “humanidade residual” nos alienados. Se antes os loucos presos às correntes eram “livres” para devanear, o tratamento inaugurado por Pinel, pressupunha que o paciente teria a “opção” de permanecer imerso em seus infortúnios ou aceitar a introjeção das normas sociais. Foi nesse contexto que as instituições asilares se configuraram como uma alternativa de cuidado aos loucos e o problema antes relegado às famílias e à comunidade passava a ser alvo de políticas públicas, entendido como responsabilidade do Estado (KINOSHITA, 2001, p.32).

A expansão da demanda, muito em função da situação gerada pela própria criação dos asilos, provocou certas assimetrias entre o discurso e a prática nessas instituições. O projeto inicial de instituições pequenas, marcadas pela proximidade entre pacientes, médicos e demais funcionários, se deparou com a realidade fabricada pelas enormes instituições marcadas por ambientes nada acolhedores e por equipes reduzidas. A psiquiatria ocupava-se cada vez mais da administração e o tratamento moral era relegado apenas ao discurso:

“Se, em tese, os pacientes eram internados para que pudessem desenvolver meios de autocontrole, na prática os mecanismos de contenção física, externa, foram sendo cada vez mais empregados (KINOSHITA, 2001, p. 34)”.

Os insucessos desse modelo asilar estiveram na base do surgimento da psiquiatria “científica” do início do século XX. O tratamento moral perdeu espaço para a pesquisa etiológica, para busca pelas causas orgânicas das doenças mentais, para aproximação entre psiquiatria e neurologia, para tratamentos baseados no modelo médico. A consequência lógica desse processo foi o enfraquecimento do elo entre a psiquiatria e o asilo e a ascensão do laboratório como espaço privilegiado para se pesquisar e desenvolver novos tratamentos, deslocamento para a periferia da ideia que se tinha da importância da relação interpessoal entre pacientes e médicos⁵.

O modelo da institucionalização da loucura imperou até metade do século XX. Nesse período, ele foi além dos muros dos manicômios, construindo societalmente estigmas sobre as vivências da loucura, que virou sinônimo de periculosidade, inutilidade e incapacidade. Barreiras que nos assombram até os dias de hoje, ao reproduzirmos julgamentos sobre as existências que escapam das normas (im)postas pela sociedade, excluindo-as e estigmatizando-as por meio de discursos biopolíticos. Um exemplo contemporâneo está na obesidade e na drogadição. Fabrica-se, dessa maneira, a divisão dos normais e dos anormais em que os anormais serão sempre produtos de construção de relação de saber-poder pelo fundante da ciência que lhe dá substância (MERHY, 2007).

Como vimos, os modelos manicomiais operavam e operam na despotencialização das vidas na medida em que fabricam doença, medicalizam e uniformizam as existências em catálogos de sintomas e diagnósticos. Dessa maneira compreende-se que

[...] o agir protocolado, que anula a diferença, sem ser tocado por ela, pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver - ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que represento nele e imponho a ele (MERHY, FEUERWERKER, CERQUEIRA, 2016, p. 30).

⁵ Kinoshita (2001) argumenta que esse deslocamento do olhar gerou algumas contribuições resultante de tentativas empíricas e observações clínicas dos pacientes sem, contudo, converter-se em teorias específicas sobre as etiologias ou sobre as doenças.

Foi no final da Segunda Guerra Mundial que foram iniciados movimentos de luta contra as más condições dos manicômios, dando a conhecer as condições desumanas com que os pacientes eram tratados. Os hospícios foram comparados com os campos de concentração, tema sensível no período, o que ampliou a visibilidade e a aceitação dos movimentos que almejavam a reforma psiquiátrica.

2.2 Reforma psiquiátrica pós II Guerra Mundial

O período imediatamente posterior ao fim da Segunda Guerra Mundial deu vazão às novas reflexões, abordagens, questionamentos e campos de tensões sobre o “tratamento” aplicado nos manicômios. A abertura das portas levou a denúncias de violência, descaso, apatia e violação dos direitos humanos dos internos. Esquecidos durante décadas, morriam por maus tratos, morriam em sua subjetividade. A cena discutida por Kinoshita nos mostra claramente o que ocorria dentro dessas instituições:

[...] É certo que, este fundo amorfo, sempre se destacam algumas figuras bizarras, como a figura de Napoleão, outro que dá gargalhada sozinho ou ainda ‘aquele que veio de marte’ ou ‘é vítima de uma conspiração’, verdadeiros personagens oníricos que rompiam o silêncio, e até hoje justificam certas imagens sobre a loucura. Mas, se realizarmos uma mudança de gestalt e fixamos a atenção na massa de fundo não podemos ver as diferenças significativas que permitem operar as distinções que as diversas nosografias clássicas tentaram constituir tema do grande embate teórico da psiquiatria do século passado de Esquirol, Kahlbaum, Kraepelin. Bastas visitar os ‘juqueris’, os ‘adauto botelhos’, e tantos outros. Não é de estranhar que se tenha proposto que todas as doenças mentais, em realidade, são apenas variações de um único e mesmo degenerativo que tinha por destino certo este trágico final comum (KINOSHITA, 2001, p.21).

Como dito acima, os hospitais psiquiátricos pouco se diferenciavam, as técnicas utilizadas produziam um destino certo aos internos, que eram silenciados independente das formas usadas para tentar domesticar a loucura. A partir da indignação e da sensibilização decorrentes das denúncias, são organizados vários movimentos de reforma psiquiátrica. A humanização do tratamento da loucura foi a principal proposta desses movimentos, embora

houvesse vários pontos de discordâncias entre eles; todos almejavam o rompimento com o modelo asilar implantado no século XIX.

Dessa maneira, é importante ressaltar alguns aspectos dos movimentos de reforma psiquiátrica que emergiram pós Segunda Guerra Mundial.

Já no início da década de 1950, na Inglaterra, surge a corrente das comunidades terapêuticas. Influenciadas por pensadores psicanalistas como Bion, essas comunidades visavam desenvolver práticas de psicoterapia de grupo endereçadas a superar a pobreza dos laços e da produção humana no interior das instituições. Era uma tentativa de resgatar o empobrecimento subjetivo causado pelos asilos pelo viés do grupo, das relações intergrupais, institucionais etc. Na mesma época, na França, inicia-se a psicoterapia institucional que aborda a instituição psiquiátrica 'como um doente que precisa ser tratado' (LOBOSQUE, 2001, p. 13).

A proposta da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional é reformular a gerência dos hospitais psiquiátricos, propondo relações horizontais entre técnicos e pacientes e a democratização do espaço dessas instituições, de maneira a proporcionar, aos internos, aprendizagens sobre o modo de suportar suas dificuldades e melhorar suas relações, tornando-os ativos no seu tratamento.

Na década de 60, assinala-se pela psiquiatria de setor na França e psiquiatria comunitária nos EUA, que se caracterizam pela extensão dos equipamentos e a ampliação do tratamento da doença mental para além dos muros dos hospitais. Propunham também a prevenção no campo da saúde mental mediante a estruturação de novos serviços, que deveriam ser organizados por setores geográficos, contando com uma equipe que incluiria psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, associados a um arsenal de instituições. A aposta era tratar o doente em seu meio social, tornando o hospital psiquiátrico apenas uma etapa transitória do tratamento (AMARANTE, p. 35, 1998).

Ainda na década de 60, na Inglaterra, influenciado pelos movimentos da contracultura e pensadores como Foucault e Goffman, emerge o movimento da antipsiquiatria, que levanta importantes questionamentos sobre a maneira como se pensava a loucura, situando-a no contexto histórico e social. A

antipsiquiatria desconstrói discursos de verdades marcados pelo viés da psiquiatria tradicional, segundo os quais ao submeter os sujeitos coloca-os no lugar de doentes, dependentes e inválidos, sem direito sobre suas vidas. Para Amarante, a antipsiquiatria é busca de um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles (AMARANTE, 1998, p. 44).

A psiquiatria democrática italiana proposta por Franco Basaglia ganha notoriedade em 1973. Ela é marcada por almejar uma mudança radical dos paradigmas construídos sobre a loucura. Indo além da reforma administrativa dos hospitais psiquiátricos proposta pelas comunidades terapêuticas inglesas, por considerar que a horizontalidade não era suficiente, pois, os pacientes não tinham acesso a realidade social. E, também, não concordava com a proposta da desinstitucionalização da psiquiatria de setor francesa, que ainda colocava o sujeito sobre a tutela dos aparatos psi (LOBOSQUE, 2001; AMARANTE, 1998).

A aposta da psiquiatria democrática italiana é a transformação social da loucura, rompendo com saberes, práticas e subjetividades sobre o mito da doença mental. O movimento basagliano rompe com a invisibilidade do sujeito em relação a doença. Em contrapartida, propõe trabalhos que afirmem as singularidades existenciais, produzindo novas formas de convívio da loucura com a sociedade. A respeito disso Amarante aponta:

Franco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um 'mal obscuro' por haver separado um objeto fictício, 'a doença', da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivência [...].

Ocuparam-se das doenças e esqueceram dos sujeitos que ficaram apenas de pano de fundo das mesmas. Dependendo da idade, ou do sexo, ou da classe social a doença poderia assumir tal ou qual característica, curso ou prognóstico. Enfim, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar 'a doença entre parênteses' para que fosse possível ocupar dos sujeitos em sua experiência [...] (AMARANTE, 2011, p. 66).

A transformação dos modos manicomiais implicaria na desconstrução da dualidade razão/loucura que justificava a tutela sobre a vida dos indivíduos por meio da institucionalização ou imposição de terapêuticas. Nesse cenário, o

que estava em jogo dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e de desconstrução de saberes/práticas/discursos da psiquiatria tradicional. Para efetivação dessa aposta, a psiquiatria democrática italiana ganha uma dimensão política importante, arrastando outros movimentos sociais (forças sindicais, políticas e sociais), constituindo uma cena política amplificada que torna mais possível a transformação da assistência⁶ ao criar territórios relacionados a cidadania e a justiça (AMARANTE, 1998, p. 48,49).

Todos os movimentos da reforma psiquiátrica apresentados são importantes pois compõem com pensamentos críticos sobre as formas dos tratamentos manicomiais. Eles apontam a urgência de mudança dos hospitais psiquiátricos tradicionais, que submetem os sujeitos ao disciplinamento e ao descuido, privando-os da própria vida. A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana serviram de base de inspiração aos movimentos da luta antimanicomial no final da década de 70 no Brasil.

2.3 Luta antimanicomial brasileira: movimento político em constante fabricação

A luta antimanicomial, iniciada no final da década de 70, íntima do movimento da reforma sanitária, fundamenta a atual política de saúde mental brasileira. Ela é reconhecida pelo seu caráter militante, heterogêneo e inventivo, que deve estar em eterno processo de construção. Os conceitos de cidadania, rede, território e autonomia aparecem constantemente em sua proposição e em sua luta contra exclusão, disciplinamento e controle, próprios das práticas das instituições asilares. A reforma psiquiátrica tem por objetivo concorrer para a fabricação de modos de cuidar que viabilizem a retomada da cidadania e garantam ganhos de autonomia às pessoas em sofrimento psíquico.

⁶ Na década de 60, na Itália, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, influenciado pela antipsiquiatria e pelas leituras de Michel Foucault e Erving Goffman, reformulou o atendimento voltado para as doenças mentais na cidade de Gorizia, e mais tarde em Trieste. Estes processos de transformações dos serviços de psiquiatria tiveram como princípio reinventar o lugar social da loucura por meio da superação do aparato médico assistencial de tutela oferecido pelos hospícios. O trabalho desenvolvido por Basaglia objetivou o fechamento dos manicômios por meio das criações de serviços e dispositivos substitutivos, os quais tiveram a função de proporcionarem aos indivíduos que possuíam sofrimento psíquico o seu tratamento dentro das comunidades, significando assim inclusão de suas diferenças na sociedade (AMARANTE, 2011, p 57).

No Brasil, o movimento da Luta Antimanicomial foi iniciado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁷ que lutava por melhores condições de trabalho e novas estratégias de cuidado em saúde mental, e, ainda denunciava as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos: os maus tratos sofridos pelos pacientes internados, a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede privada de assistência. O MTSM construiu coletivamente uma crítica e uma contraproposta aos modelos hospitalocêntricos (BRASIL, 2005, p.7).

Segundo Amarante,

o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, é um ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda o exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental. O movimento, contudo, não é uma organização unitária, homogênea, monolítica. Assim, mas correto seria falar em movimentos, no sentido de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas. Por isso, partindo da própria definição surgida no interior do movimento, é correto considerar as suas várias expressões no tempo e espaço, como expressões típicas desta forma de organização política que opta por uma não-institucionalização (nos moldes das instituições tradicionais) e por uma mobilização em outras formas de conceber e lidar com a loucura, permanente deslocamento prático e político (AMARANTE, 1998, p. 107).

As décadas de 1980 e 1990 foram decisivas no percurso da reforma psiquiátrica brasileira por promoverem uma ruptura de paradigmas sobre as formas de tratamento à pessoa em sofrimento mental. Diversos atores e eventos influenciaram esse processo, dentre eles destaca-se a presença e as considerações de grandes expressões do movimento internacional de desinstitucionalização como, Felix Guattari, Franco Rotelli, Robert Castel e Franco Basaglia; além do II Congresso do MTSM em Bauru que teve como lema

⁷ Segundo Amarante, “o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, é um ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda o exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental. O movimento, contudo, não é uma organização unitária, homogênea, monolítica. Assim, mas correto seria falar em movimentos, no sentido de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas. Por isso, partindo da própria definição surgida no interior do movimento, é correto considerar as suas várias expressões no tempo e espaço, como expressões típicas desta forma de organização política que opta por uma não-institucionalização (nos moldes das instituições tradicionais) e por uma mobilização em outras formas de conceber e lidar com a loucura, permanente deslocamento prático e político.” (1998, p. 107).

“Por uma Sociedade Sem Manicômios”, da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); e da apresentação da lei Paulo Delgado (1989) ao congresso, com o objetivo de regulamentar os direitos dos usuários de saúde mental e a extinguir progressivamente os leitos em manicômios.

Esses sucessivos encontros, discussões e negociações, além das experimentações de outras práticas de cuidado em vários pontos do território nacional, fortaleceram o paradigma de desinstitucionalização no MTSM. O movimento aderiu aos princípios basaglianos para construção de um novo modelo de assistência à saúde mental, englobando transformações políticas, jurídicas, conceituais e socioculturais. Os resultados mais imediatos desse movimento foram a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987, na cidade de São Paulo e a abertura do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos-SP em 1989. Mais tarde, Santos se tornou referência na criação de rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos.

Na década de 90, graças aos movimentos sociais, o projeto da luta antimanicomial ganha maior consistência e visibilidade em diversos estados brasileiros, que passam implantar as primeiras leis afirmativas a substituições progressivas dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Esse período é marcado por eventos de grande importância para a expansão das propostas políticas da reforma psiquiátrica, que são:

O compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental que passa a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

Apesar do calor e da luta que essa breve contextualização revela, a Lei de Paulo Delgado tramitou por 12 anos antes de ser sancionada em 2001. É importante destacar que a aprovação foi de um substitutivo à Lei original e que, embora não institísse mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, foi importante porque

redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária,

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais [...] em que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005, p.9).

A demora é analisadora da intensa disputa em torno dos conceitos e práticas em relação ao sofrimento psíquico grave. No entanto, a formalização da lei da reforma psiquiátrica regulamenta nacionalmente a política de saúde mental brasileira, cujos princípios norteadores são: a extinção dos hospitais psiquiátricos mediante a criação de redes substitutivas abertas e integradas à rede de saúde e à rede comunitária; olhar voltado para os sujeitos e tudo que lhes diz respeito (história, gostos, hábitos e relações), e não enviesado pela doença; a inclusão da militância popular no processo de sua construção; e, a horizontalidade de saberes e fazeres entre equipe, usuário e família(LOBOSQUE, 2001 e AMARANTE, 2011).

Após a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica os princípios descritos acima são fortalecidos, fomentando em todo território brasileiro a criação da rede substitutiva de apoio psicossocial às pessoas em intenso sofrimento psíquico. O trabalho prevê articular múltiplos planos sociais - habitacional, educacional, trabalhista, jurídicas, de lazer, de cultura – a fim de promover práticas e saberes pautados em relações que potencializem as diferentes subjetividades, autoestima, autonomia e cidadania, superando a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e cronificação (BRASIL, 2001, p. 24). Nesse contexto, destaca-se a produção de estratégias de saúde mental pautadas na concepção de território, o que não equivale, apenas, trabalhar na comunidade,

[...] mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas no cuidado em saúde (BRASIL, 2005, p. 26).

A aposta de trabalhar no território é garantir a desinstitucionalização da experiência da loucura por meio da reinserção das pessoas em sofrimento

mental na comunidade e na cidade. O objetivo é afirmar um princípio fundamental da luta antimanicomial, que é a ressignificação da experiência da loucura na sociedade, de modo que ela seja acolhida na cidade, na família, com os amigos, com os vizinhos. Isso implica tirá-la da particularidade do indivíduo e da normatização dos códigos classificatórios de doença, para que se torne uma questão da vida, em que a experiência do cuidado possa ser atrelada ao convívio e conversas comprometidas, ajudando a todos envolvidos a produzirem outros sentidos aos delírios, a ansiedade, a depressão..., produzindo composições que investem radicalmente na diferença. A respeito disso, Amarante afirma que se trata de

[...] inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco através do trabalho, amizade e vizinhança, matéria prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão, e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringe o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação daquele que trata e o que é tratado (AMARANTE, 1998, p. 48).

Para efetivação da proposta da reforma psiquiátrica foram fabricados diversos dispositivos ativadores de rede de cuidado, como: Centros de Atenção Psicossocial, Residenciais Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Consultório na/de Rua, matriciamento da rede da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e o programa de Volta para Casa. Essa composição de rede de serviços deve trabalhar em dois aspectos cruciais que se articulam: uma busca de consentimento do sujeito para engajar-se no seu próprio tratamento, e uma direção ao tratamento que aponta em sua presença e produção no espaço cultural (LOBOSQUE, 2001, p. 25).

Além do mais, o trabalho em saúde mental deve considerar a singularidade e o nomadismo do usuário no modo que ele circula pela rede de serviços de saúde e pela cidade. Compreender que o usuário é o próprio articulador dos encontros que lhe fazem mais sentido em certo momento de sua vida. Ou seja, o usuário é o território existencial, subjetivo e cultural, produtor das conexões e encontros dentro da rede de saúde e fora dela, que está implicado na fabricação do seu cuidado (FEUERWERKER, MERHY E SILVA, 2016).

Desse modo, ressalto que os dispositivos substitutivos aos manicômios são os meios de cuidado de que os usuários usufruem para traçar caminhos que ampliem o seu território existencial e não a finalidade do tratamento que encerraria os sujeitos nas terapêuticas dos serviços e em suas atividades.

Também, é importante lembrar que a rede de saúde mental existe para oferecer respostas alternativas aos dois séculos de confinamento da loucura, justificados pela mentalidade racional humanista. A rede de saúde mental é antagônica às práticas de superterapeutização e medicalização da vida por meio da apropriação do discurso da promoção da cura e da prevenção de riscos, ou seja, aos mecanismos de controle ao ar livre que serializam e individualizam os sujeitos (DELEUZE, 2000). Isso implica que o trabalho na saúde mental tem que estar afinado com suas raízes inventivas e resistentes ao processo de capturas de padrões normalizadores da cultura biopolítica.

Reforçar a dimensão do processo inventivo das experiências do trabalho de saúde mental, que buscam superar o agir manicomial, é valorizar encontro que se

dirige para desinterditar a produção do desejo, e ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para viver no âmbito social - é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional; que em última instância, só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, constituir-se, também como gerador de novas possibilidades anti-hegemônica de compreender a multiplicidade do sofrimento humano dentro de um campo social e cidadanização (MERHY, 2013, p. 216).

Assim, é imprescindível que rompamos com lógica da assistência tutelar manicomial que traça representações negativas sobre a experiência da loucura (violência, medo, autoritarismo, piedade...etc). Essa lógica baseia o seu agir e o seu conhecer em práticas diminuidoras da potência dos atores envolvidos em monólogos de reprodução de tutelas e coerção mediante relações verticais e binárias (médico-paciente, queixa-conduta, tratamento-cura, sujeito, doença-saúde). Ruptura com a lógica pregressa para investirmos na defesa da vida a partir das experimentações vivas das relações que são coproduzidas por

meio dos encontros entre trabalhadores, usuários e comunidade, preconizando a horizontalização das relações.

Recapitular a luta antimanicomial no trabalho diário dos serviços substitutivos de saúde mental é orientar para a produção de qualidade de vida do usuário que ocorre pelo acolhimento, vínculo e ampliação de redes existenciais. Isso implica em comprometer-se com os diferentes modos de ser, em que vida produz vida, afirmando o encontro compositor e a amplificador da autonomia. Essa construção parte de um projeto ético-estético-político:

[...] ético no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estético porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; político porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (YASUI *apud* BRASIL, 2015, p. 18).

Concluindo, o desafio da reforma psiquiátrica brasileira é alinhar os preceitos preconizados no texto da política de saúde mental com a construção do cotidiano do trabalho de saúde mental por ele “ser um espaço efetivo de tensões entre novas práticas e velhos ‘hábitos’ e, ao mesmo tempo, serem lugares de melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar da loucura” (MERHY, 2013, p. 215). Refletir sobre os desafios e barreiras que atravessam o trabalho de saúde mental nos oferece a oportunidade de criar novos modos de caminhar por esse campo com a perspectiva de valorizar saberes e fazeres no acontecimento, imanescentes dos encontros potencializadores da vida.

2.4 Encontro Cuidador no trabalho em saúde mental: o conceito de autonomia como analisador

As formulações dos textos das políticas de saúde mental são de enorme importância por representarem conquistas fundamentais de direitos às pessoas em intenso sofrimento psíquico. Tais conquistas vão além do campo da saúde. Contudo, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como desafio conservar o seu processo inventivo na produção de cuidado. Nesse sentido, trago a importância de olhar o cotidiano dos dispositivos de saúde

mental por serem espaços onde reconhecemos as tensões, os acessos e as barreiras nas ações de saúde que visam a desinterdição do desejo. A ideia nesse estudo é problematizar os encontros vivos como ferramentas importantes na construção de micropolíticas afirmativas dos diferentes modos de existência.

Para Merhy, devemos considerar a vida cotidiana como um o território central de enfrentamento político para construirmos modos de vidas mais libertários. É no dia-a-dia que somos atravessados por diversas linhas de forças que constituem as nossas percepções sobre o mundo, fazendo-nos interrogar sobre nós mesmos e o outro. Trazer essa conversa para o campo de saúde mental é problematizar a criação de gestos de cuidado no cotidiano dos serviços que podem ampliar ou diminuir as potências de vida dos atores envolvidos (MERHY, 2015)⁸.

Para isso, trago como analisador⁹ a noção de autonomia por aparecer constantemente na criação de estratégias de cuidados nos dispositivos de saúde mental. Como exemplo, este conceito encontra-se operando nas construções de projetos terapêuticos singulares, na clínica ampliada, na política de redução de danos, como também é bastante escutado nos corredores, nas reuniões, nas supervisões dos serviços de saúde mental.

Para tanto, temos que dar a devida atenção ao conceito de autonomia com o cuidado de não o esvaziar e apreender segundo o imperativo do capitalismo, cujo sujeito autônomo é aquele que consegue dar conta de si mesmo independente de suas relações e apesar de sua história. Ou seja, o sujeito empreendedor de si mesmo que é sinônimo de sucesso profissional e de saúde. Tal sentido caminha para os territórios fechados mantendo o controle dos corpos por meio de representações sociais dominantes, padronizando formas de existir, produzindo sujeitos cada vez mais sozinhos e individuados.

Mehry aponta em seu texto “Anormais do Desejo” que as subjetividades capitalísticas são produtoras de identidades de saudabilidade que vivem na sombra dos riscos de adoecerem fisicamente e mentalmente. Estes enunciados do capital são responsáveis pelos afastamentos das existências de

⁸ Publicado em 8 de junho de 2015: <https://www.youtube.com/watch?v=uM3xqF5BQu4&t=911s>

⁹ [...] Assim, mostramos como o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis. Como diz Lourau: ‘um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo’ (Cerqueira *apud* MERHY e FRANCO, 2014, p. 36).

sua potência devido serem atravessadas pela culpabilidade e pelo julgamento do não controle dos seus desejos conforme o parâmetro da moral social vigente. Essa lógica perpassa os dispositivos de saúde que podem reproduzir o discurso divisor da anormalidade e normalidade que são pautados em territórios identitários cujos diagramas de força acompanhariam o da sociedade que

[...] estariam a todo momento produzindo vidas desejantes sempre na falta, para não pararem maquinicamente de operarem de modo autocentrado, subjetivado como desejo capitalístico. Essas seriam as máquinas da linha de produção dos normais do desejo.

Ser-humano nesse novo mundo é desejar dentro de certos modelos estéticos para o viver. Por exemplo, suportasse qualquer individuação, desde que clônica nos territórios existenciais capitalísticos, como acontece com o nu em público, desde que sob um corpinho malhado.

Essa aposta de constituição da vida individual e coletiva aponta para novos paradoxos a atuar no limite do que seria o não-humano, da hora. A gestão da vida agora com um componente forte de autogestão, pede dispositivos sociais de subjetivações mais sofisticados e virtuais, imateriais. Ao mesmo tempo que se necessita de um autogestor que tenha em si, por exemplo, conhecimento para cuidar de si, produzindo a si mesmo, esse conhecimento como dispositivo capitalístico não poderá desdobrar-se em qualquer tipo de subjetivação.

Como o conhecimento enquanto dispositivo de controle, há vários outros nessa dimensão imaterial que acionam as subjetivações capitalísticas [...] como a presença de múltiplas ações linguísticas na construção de imaginários sociais sobre os modos normais de viver (MERHY, 2011, p.2).

Daí a necessidade de preencher o conceito de autonomia com outros sentidos que escapem das linhas de forças estruturantes, responsáveis por roubar as intensidades do desejo das existências através da reprodução de rostos acoplados com o mercado. Dessa maneira, cabe pensarmos o encontro em saúde como fabricante de uma prática ética e política ao devolver a existenciais o seu fluxo do desejo, permitindo que se produzam novas subjetividades a partir do encontro em ato.

Como instrumento de análise, baseio-me na noção de autonomia conectada com conceito de autopoiesis que considera que todos os seres vivos são autônomos e produzem sua própria organização em composição com o meio, isto é, todos sistemas vivos são sistemas autopoieticos que se caracterizam por serem autorreferentes e porosos ao meio onde conhecem a si

próprios e o entorno. Aqui, “o contínuo processo de relações recorrentes faz surgir, em um mesmo tempo, um indivíduo e seu meio, mantendo a coerência operacional e a autopoiese que identifica sua organização. Trata-se de uma relação necessária entre o ser vivo e seu meio” (MARASCHIN e DIEHL, 2015, p. 21).

O conceito de autopoiesis é essencial para pensar a produção de cuidado em saúde, ao considerar que os modos de existências são produtores de si mesmos na medida em que suas percepções sobre mundo e de si emergem a partir do ambiente que habitam em um dado momento. Assim, o trabalho em saúde tem que levar em conta que cada individualidade determina, momento a momento, quais elementos do meio terão efeitos sobre ela, por meio das variações em sua superfície de contato com o meio. Sendo assim, é ela mesma que gera suas regras internas de funcionamento e suas aberturas e fechamentos para o meio externo, determinando seus campos de possibilidades e interações. (SILVESTREIN, 2013, p.17)

A partir da concepção de auto-organização do organismo, consideramos que tanto os trabalhadores como os usuários carregam consigo acúmulos de regimes de verdades (teorias sobre a vida) que ocorreram em suas experiências e, devido a isso, deve-se pensar a relação de cuidado como uma contínua negociação das teorias de si com as teorias do outro em que a aprendizagem se constrói mutuamente, isto é, na produção de um comum, na construção de agenciamentos¹⁰ que permitem a transmutação das existências aprisionadas em estruturas.

Propor o encontro cuidador no campo de saúde mental pela perspectiva da autopoiesis é voltar o olhar para o usuário como criador de suas próprias redes de conexões dentro dos dispositivos de saúde e fora deles. É possível observar que frequentemente os usuários circulam nos territórios produzindo agenciamentos inusitados que os permitem estar constantemente construindo a si próprios, singularizando-se¹¹. Nesse caminho, a atenção do trabalhador deve se desdobrar na qualidade de encontro e do acolhimento,

¹⁰ Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições como se encontra em uma estrutura, numa árvore, numa raiz. Existe somente linhas. (Deleuze e Guattari, 2006, p.17)

¹¹ “Singularizar é buscar novas experimentações, afirmando a diferença, a variação, a resistência à sujeição da identidade e da individuação”. (Toneli, 2015, p. 210)

considerando que as experiências ocorrem muitas vezes fragmentadas e sem sentido imediato. No entanto, esse movimento é majoritariamente desconhecido pelas as equipes de saúde, que têm dificuldade de acompanhar os usuários em seu processo rizomático, por estarem aprisionados em protocolos e em territórios únicos. Segundo Cerqueira, o usuário, como um nômade

[...] produz e protagoniza de forma singular os acontecimentos, no seu processo de cuidado. Nômades na produção de suas vidas e, por isso mesmo capaz de circular em territórios, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, produzindo múltiplas conexões na vida.

Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam, convidam às equipes a esta mesma experimentação desterritorializante. Aceitar este convite, e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já conhecido (por exemplo: rastros do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências) não é tarefa simples. Produz nas equipes intensos processos de angústia, mortificação e sofrimento (CERQUEIRA *et al*, 2014, p.35).

A respeito disso, Guattari aponta que todo trabalhador social vive em uma encruzilhada política e micropolítica fundamental, na medida em que está sujeito a reproduzir enunciados da lógica capitalística que se pautam na relação de poder sobre o outro, impedindo novas formas de expressões; ou, ao contrário, podem permitir criar saídas para os processos de singularização na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar. Isso quer dizer que não há objetividade científica alguma nesse campo, nem uma suposta neutralidade na relação, como a suposta neutralidade analítica (GUATTARI e ROLNIK, 2005, p. 37).

Nesse contexto, é importante de pensar o encontro cuidador pelo viés da clínica cartográfica de Rolnik, descrito em seu livro *Cartografia Sentimental*, que consiste em acompanhar os movimentos que desenham a formação do desejo, que é compreendido por processo de produção de universos psicossociais que são conectores da existência com o mundo. Aqui, a produção de cuidado tem como ferramentas fundamentais a formação do vínculo e a horizontalidade nas relações entre trabalhador e usuário, de modo que as construções de novos arranjos dão visibilidades e dizibilidades as cenas que

permitem abrir os leques dos modos de existência em que o destinatário substitui o destino (ROLNIK, 1989, p. 25).

A visão ética espinosiana contribui para analisar o encontro em saúde como indicador importante de avaliação das ações em saúde, no sentido de que o encontro pode diminuir ou aumentar a potência da vida. Aqui, o encontro é definido como processo de afetação mútua entre os corpos que é resultado do choque de suas forças, produzindo movimentos, ruídos, afecções que mobilizam as partículas em composição a viverem novas territorialidades. Assim, podemos ter bons ou maus encontros. Os bons encontros são aqueles que expandem nossa potência de agir e de pensar, nos alegrando (alegria é tudo o que consiste em preencher uma potência); já, os maus encontros nos afastam da nossa capacidade de agir, nos constrangendo, nos entristecendo. Dessa maneira, os processos autônomos ocorrem quando conseguimos selecionar os encontros que nos alegram e, para ampliarmos essa possibilidade, temos que mergulhar nas experiências, nos misturarmos, captar as intensidades com que se quer conhecer.

Sobre isso Merhy aponta a ajuda da filosofia espinosiana a pensar a vida em produção,

[...] como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma destas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isso, tomo este empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegres. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso.

Tomando a alegria como indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde, podemos utilizá-lo também como analisador das suas práticas. Não que, com isso, imagino que o coletivo seria um bando de “penélopes saltitantes”, mas que penso o quanto na dobra tristeza/alegria deste coletivo, no seu fazer cotidiano, pode estar algumas chaves auto-analíticas para remetê-lo a uma discussão de seus processos de trabalho e implicações (MERHY, 2013, p. 220).

Dessa maneira, a aposta que segue o encontro cuidador é a produção de cartografias que estão implicadas a criar sentidos e abrir campos por meio da capacidade de afetar e ser afetado, dando linguagem aos afetos que pedem

passagem. Ela quer acompanhar os processos sociais, políticos, culturais, artísticos, subjetivos e tem como princípio básico dispensar os juízos de valores e a priori que impedem as composições, pois, o que quer é preencher a existência de sua potência. Na proposta cartográfica é fundamental estar atento ao grau de abertura para vida que cada um permite a cada momento. Para Rolnik, o problema que orienta a cartografia não é o do falso-ou-verdadeiro, nem o do teórico-ou-empírico, mas sim o do vitalizante-ou-destrutivo, ativo-ou-reativo, participando e embarcando na constituição de territórios existenciais e nas constituições das realidades (ROLNIK, 1989, p.67).

Compreende-se, dessa maneira, que o cuidado está intimamente ligado à clínica cartográfica cuja perspectiva é abrir novos planos de existência e tornar flexível a experiência do encontro, isto é, permitir que os afetos ganhem novas territorialidades e novas expressões. Estar implicado com uma clínica antimanicomial é aceitar o convite de acompanhar os trajetos dos usuários, no sentido de se fazer presente na experiência, dispensando a interpretação e os enquadramentos pelos diagnósticos fechados. É ver o usuário com suas complexas vidas e implicações, inclusive como referência para a produção do cuidado, em que o encontro é efetuator de sua potência (CERQUEIRA, 2014).

3 – Autonomia e autopoiese: produção de vida por meios dos encontros vivos

A primeira publicação da noção de autopoiesis ocorreu na década de 70. Esse conceito emergiu a partir dos estudos de Maturana e Varela sobre a constituição dos seres vivos e as condições que favorecem sua existência. Esse termo remete diretamente às práticas do viver, ou melhor, aos processos criativos de a vida fabricar a si própria. Para esses autores, o sistema autopoietico é característico dos seres vivos, cuja propriedade mais imediata é a autonomia.

Pensar a noção de autopoiesis implica em considerar que os seres vivos são inseparáveis das circunstâncias necessárias que garantem a sua autonomia, na medida em que é essencial o consenso entre ele e as relações que o compõem. É preciso que haja interação entre a dinâmica fisiológica e a molecular para que surja um sistema que tenha essa característica, ou seja, toda molécula que compõe um organismo se produz nele mesmo, ao mesmo tempo, as moléculas que se produzem, também produzem a mesma classe de moléculas. Os componentes estão concatenados de tal maneira que geram processos de produção que os produzem através de suas contínuas interações e transformação, apresentando-se como unidade em espaço físico (MATURANA, 2004, p.97).

Os sistemas autopoieticos são formados por um sistema circular que se caracteriza por ser autorreferente, cuja organização é estável e sensível, podendo variar em razão dos estímulos que recebe do meio.¹² Essa composição garante sua existência e sua variação, o que é essencial para o seu ciclo de adaptação. Esse processo é constante e só cessa com a morte do indivíduo.

Todas as modificações que o ser experimenta, os processos de trocas realizados pelos seus componentes, as composições e recomposições, só são possíveis em razão da existência de uma zona fronteira permeável, uma

¹² Maturana e Varela argumentam que os seres, vivos ou não, são formados por uma relação entre organização e estrutura. Se tomarmos uma cadeira como exemplo, teremos que sua organização é formada por pelo arranjo das partes: pés, assento, encosto. Sua estrutura refere-se aos seus materiais, ferro, plástico, aço. A cadeira deixa de ser cadeira quando sua organização é destruída. De certa maneira, o mesmo ocorre com os seres vivos que também deixam de sê-lo quando sua organização é destruída. Entretanto, o que diferencia seres vivos de não vivos nessa relação organização/estrutura é o fato de os seres vivos, em consonância com o meio, produzirem as próprias condições de existência dentro de um sistema autorreferente, nesse caso, autopoietico.

membrana, sem a qual o metabolismo celular se desintegraria. No caso da organização dos seres vivos, a membrana cumpre papel decisivo para autopoiese. Nas palavras dos autores:

A membrana celular desempenha um papel muito mais rico e diversificado do que uma simples linha de demarcação espacial de um conjunto de transformações químicas, porque participa da célula tal qual os demais componentes. O interior da célula contém uma magnífica arquitetura composta de grandes blocos moleculares, através dos quais transitam múltiplas espécies orgânicas em contínua mudança. Do ponto de vista interacional, a membrana faz parte desse interior, o que é correto tanto para as membranas que limitam os espaços celulares adjacentes ao meio exterior, quanto, para as que limitam cada um dos diversos espaços internos da célula. [...] Essa arquitetura interior e a dinâmica das células constituem [...] face de um mesmo fenômeno de autoprodução. Assim, por exemplo, dentro das células existem organelas especializadas como as mitocôndrias, em cujas paredes se situam, em sequências espaciais precisas, enzimas que, na membrana mitocondrial, se comportam como verdadeiras cadeias transportadoras de elétrons. Esse processo constitui a base da respiração celular (MATURANA e VARELA, 2001, 59).

Nesse sentido, a autonomia decorre da relação de interdependência entre metabolismo e estrutura celular dentro de um sistema homeostático, que procura traçar suas transformações em uma dinâmica compensatória com o meio. Isso quer dizer que a fabricação de um fazer-saber-viver depende das condutas compensatórias com que o sistema vivo responde a uma certa perturbação do meio; fazer-saber-viver que é definidor de sua capacidade de fabricar a si próprio na medida em que as mudanças são fundamentais para manter sua organização, ou seja, adaptar-se.

A interação entre os organismos/organismos e organismo/meio são classificadas como acoplamento estrutural que configura as modificações que ocorrem a partir dos encontros entre duas ou mais estruturas distintas. O histórico das mudanças estruturais do ser vivo é a ontogenia. Ora, todo ser vivo apresenta uma estrutura inicial, que por sua vez, condiciona o produto das interações, delimitando as modificações estruturais que possam ocorrer. A vida do ser se dá em um meio, são duas estruturas independentes, o ser vivo e o meio, mas entre elas ocorre uma congruência estrutural necessária. Nas palavras dos autores

Enquanto uma unidade não entrar numa interação destrutiva com o seu meio [...] veremos que entre a estrutura do meio e a da unidade há uma compatibilidade ou comensurabilidade. Enquanto existir essa comensurabilidade, meio e unidade atuarão como fontes de perturbações mútuas e desencadearão mutualmente mudanças de estado. A esse processo continuado demos o nome de acoplamento estrutural (MATURANA e VARELA, 2001, p. 112).

As interferências entre os sistemas acoplados podem recolher respostas ou não, pois, quem determinará isso será o agente que sofre a perturbação. Portanto, as mudanças não acontecem por instruções (pela entrada e saída das informações), mas sim pela aceitação daquele que sofrerá a interferência (dinâmica circular). Estabelece-se, portanto, um diálogo consensual no qual os organismos acoplados interagem:

[...] na relação entre organização e meio, o meio ambiente não é, e nem poderia ser, determinante, ele apenas desencadeia mudanças estruturais e este processo é cíclico, isto é, ocorre da unidade para o meio e do meio para a unidade. Sem sobreposição do meio para a unidade, no que concerne seu surgimento nem da unidade para o meio, no que concerne ao surgimento de seu local de existência [...]. Isto justifica a relação de completa imanência que permeia toda a teoria autopoietica (ANDRADE, 2012, p.114).

Nessas circunstâncias, a compatibilidade entre os sistemas que interagem é o que caracteriza a adaptação. Só há vida enquanto as interações desencadeiam nos seres vivos mudanças estruturais congruentes com as transformações estruturais do meio, mudando o seu estado. Isso ocorre de forma repetida, isto é, enquanto os sistemas estiverem em acoplamento. Depreende-se que no processo evolutivo as mudanças estruturais ocorrem concomitantemente à conservação do processo adaptativo, conservando a unidade autopoietica, que são inerentes aos acoplamentos estruturais. Nessa relação, organismo e meio se afetam mutuamente e vão mudando juntos, num processo de deriva estrutural, que marca a ontogenia do ser vivo.¹³ Ou seja, não

¹³ A ideia de deriva estrutural pode ser melhor compreendida quando comparada com exemplo do barco à deriva. Quando o veículo está nessa situação, não possui mais remos, motor, velas, enfim, está à deriva. Mas seu movimento não é incerto. A partir de um referencial visual e do conhecimento do regime das marés naquele momento, é possível determinar em que lugar o

existe um a priori que conduza as transformações além da conservação da organização autopoietica, pois a evolução é fruto das relações estabelecidas entre os seres vivos e as circunstâncias que os rodeiam. Desse modo, “toda a vida individual é uma deriva de mudança estrutural contingente com as nossas interações. E como resultado disso, a cada instante encontramos em correspondência com o meio” (MATURANA, 2006, p.82).

Esse movimento guarda uma aparência de caos. Entretanto, essa imagem se desfaz quando submetida a análise de um observador externo. Ora, os sistemas vivos não são capazes de interpretar o que passa no presente com suas estruturas em vias de mudança. Essa suposta irregularidade não resiste ao olhar para o passado, para os processos constitutivos. Contudo, a compreensão só passa pelos domínios isolados dos determinismos estruturais, ou seja, limitada à experiência de cada existência (MATURANA, 2004, p. 27).

3.1 Imanência e Autopoiesis: vida em fabricação

Maturana e Varela rompem com a estrutura do pensamento representacional no momento em que valorizam a manutenção da unidade autopoietica a partir de sua capacidade de promover variações de suas estruturas a partir do imprevisível (tempo) e das suas composições (espaço). Na reflexão da biologia do conhecer não há predeterminação do vivo e, também, não há uma unidade que não dependa das relações para existir.

Os autores, também, abolem a binaridade promovida pelo pensamento linear, que separa seres vivos, coisas ou eventos na medida em que analisa as partes separadas, sem empenhar-se na busca das relações dinâmicas entre elas. Por exemplo, indivíduo/meio, autonomia/dependência, ou/ou.

A reflexão sobre a noção de autopoiese permite-nos ampliar a discussão para a dimensão filosófica porque coloca a problemática da constituição do vivo como central em sua formulação. Quer dizer, possibilita trazer a questão da vida em sua autoprodução não apenas orgânica, como também subjetiva. Esse modo de refletir vai ao encontro da filosofia de Espinosa

barco estará nas próximas horas. Isso só ocorre porque o bote não segue qualquer curso, mas um curso que se configura a cada instante no encontro entre vento, barco e onda.

que versa sobre a existência em seu processo incessante de produzir realidades de acordo com os encontros que ocorrem nas vidas dos seres.

Para Maturana e Varela, é no plano imanente que o vivo se diferencia e produz novas configurações de vida. Essa concepção tem intimidade com as ideias de Espinosa sobre a constituição dos modos de vida por meio do afetar e ser afetado que são produto dos encontros que se dão na imanência. Mas, o que seria imanência?¹⁴

Tal conceito compreende a existência em composição com o seu movimento no mundo. Ou seja, novas maneiras de viver surgem em razão dos encontros de corpos e de pensamentos, os quais constituem modos de se relacionar consigo e com os outros. Operar no plano imanente é desconsiderar todas as formas universais que dizem de um indivíduo, de uma forma, de um projeto, de uma explicação consciente do ser. A formula n-1, proposta pela esquizoanálise é clara: múltiplas dimensões menos o mundo transcendente, na medida em que se considera o campo imanente precedente dos mundos transcendentais. O plano da imanência compreende que as existências são determinadas nas experiências dos encontros que se dão no acontecimento imediato, em que o observador e o objeto emergem ao mesmo tempo, criando uma imagem consciente, um afeto, uma singularidade, pura inovação do existir. Segundo Deleuze a imanência

[...] absoluta é em si mesma: não está em alguma coisa, não é imanência *a* alguma coisa, não depende de um objeto e não pertence a um sujeito. Em Espinosa, a imanência não é imanência à substância, mas a substância os modos estão na imanência. Quando o sujeito e o objeto, que caem fora do plano da imanência, são tomados como sujeito universal ou objeto qualquer *aos quais* a imanência é ela mesma atribuída, tudo isso é uma desnaturação do transcendental que não faz mais que duplicar o empírico (assim em Kant), e uma deformação da imanência que se encontra então contida no transcendente (DELEUZE, 2016, p. 178).

Portanto, imanência é uma vida que se expressa nos modos de existências que são expressão de uma essência da Natureza. Aqui, a

¹⁴ A palavra imanência (característica do que é imanente) provém da filosofia e da metafísica e, por isso, é polimorfa. O seu significado no dicionário refere-se à essência ou interioridade (de algo); ou, o que não pode ser separado de algo.

individualidade é passageira porque a vida está, constantemente, se cultivando para além das identidades fixas.

3.2 Percepção e Conhecimento: fundamenta o existir

Maturana e Varela compreendem que a produção de conhecimento é própria dos sistemas autopoieticos e também está fundamentada em todas as ações do seu existir. Tal fato quer dizer que a produção do conhecimento emerge da reorientação estrutural dos seres vivos, de maneira que, ao serem provocados pelas irregularidades do meio, reorganizam-se internamente para transformá-las em novas recursividades. Isso significa que a constituição da compreensão de cada organismo é particular e sua preservação indica que estabeleceu uma conduta adequada às circunstâncias.

Portanto, o processo de conhecer ocorre na experiência de cada sistema vivo correspondente ao seu território existencial. A partir dessa concepção os autores afirmam a autonomia dos processos do viver, considerando que todo ser vivo, da ameba aos seres humanos, configura o seu próprio mundo por meio de suas relações internas e externas, embasado em seu sistema circular. Desse ponto de vista, todo interagir é fazer e todo fazer é conhecer.

Para tanto, Maturana e Varela desconstruem a ideia da operação do sistema nervoso em sua tradicionalidade, trabalhando com entrada e saída de informações. Isso significaria que tais entradas e saídas tomariam parte da formação na definição do sistema, como acontece com o computador e outras máquinas em que o princípio é interagir com elas. Os autores veem essa equiparação como um argumento fraco, que descaracteriza a criatividade do viver. Em contrapartida, propõem que o sistema nervoso é fruto da deriva filogenética de unidades centradas em sua própria dinâmica de estados, que tem como característica principal a fabricação de si próprios com a finalidade de manterem sua organização. Concluem que a funcionalidade do sistema nervoso é circular e autorreferente, similar à unidade autopoietica, pois, os seres vivos são caracterizados por sua circularidade. Esse modo de o sistema nervoso ser constituído, os autores denominam de clausura operacional. Ou seja, é através

das interações relacionais, que promovem mudanças das estruturas do sistema nervoso, que se configura uma nova realidade (MATURANA e VARELA, 2001, p. 188).

O conceito de clausura operacional não significa que a operação do sistema nervoso funcione abstraindo as relações com o meio, pelo contrário, ele tem que estar em concordância com o seu campo relacional, senão o ente deixa de existir, morre. Ele tem como característica principal sua plasticidade, devido a ser constituído por uma rede sensório-motora que integra todo corpo do sistema vivo. Essa constituição permite que os seres vivos tenham um amplo domínio de estados possíveis do corpo; e, uma abertura de maior interação com o meio por possuir diversidades de associações internas, que possibilitam uma dimensão diversificada de acoplamentos estruturais. Vale dizer, brevemente, que os seres humanos são dotados de um sistema nervoso complexo que permitiu a criação da linguagem por meio do contato, do sentir e do referenciar a si próprios. Assunto este que retomaremos mais adiante (MATURANA e VARELA, 2001, p.195).

Maturana propõe, a partir da concepção da clausura operacional, que a apreensão do objeto pelo observador é derivada das dinâmicas internas do seu organismo correlacionada com seu contato com o objeto. Nesse encontro surge uma sensibilidade no observador, possibilitando-o descrever a sua percepção do objeto que, aparentemente, é externo a ele. No entanto, a sua percepção é decorrente da variação de sua estrutura, que configurou uma cognição sobre o objeto. Pode-se considerar que os objetos se tornam atributos internos do observador que lhes confere sentido e os organiza em seu entendimento. Nesse aspecto, a realidade não existe independentemente do observador. As coisas não existem independentemente da pessoa e de todo o seu aparato biológico, que lhe oferece as condições necessárias para que essa correlação se efetive (ANDRADE, 2012, p.100).

Para exemplificar a distinção dos objetos externos na operacionalidade do sistema nervoso fechado, Maturana usa o estudo sobre espectro de luz. A primeira questão proposta pelo autor: “Como posso encarar a atividade das células da retina para compreender como elas captam as estruturas do ambiente na percepção, por exemplo, as cores?” A forma da pergunta considera o sistema nervoso em sua compreensão clássica que capta o mundo

representacional, ou seja, o nome da cor como objeto separado do observador. Então, o autor fez uma segunda pergunta: “como posso correlacionar a atividade da retina com o nome da cor?” Quer dizer, que o nome da cor é atribuído a atividade da retina modificadora da estrutura do sistema nervoso, que, por meio da sensibilidade da retina, cria para si uma percepção da cor em questão, isto é, responde a correlação da operação da retina com outra atividade neuronal, o nome da cor (MATURANA, 2014, p.37).

Ora, é comum as pessoas terem opiniões diferentes sobre os nomes das cores, nem sempre se chega a um consenso. Isso ocorre porque somos compostos por um sistema nervoso fechado e, por isso, nossa percepção é constituída pelo processo de correlação interna, ou seja, a percepção é fruto das variações estruturais que são definidas pela interação entre as superfícies sensoriais e efetoras do nosso organismo com as circunstâncias envolventes. Dessa maneira, quem especifica a mudança estrutural é o próprio organismo que sofreu a experiência, fabricando um *modus operandi*.

A maneira com que se constitui a percepção é crucial para Autopoiesis, pois, irá problematizar a maneira que interpretamos o mundo e compreendemos a realidade, partindo do princípio de que é preciso compreender como compreendemos, ou seja, compreender o modo pelo qual fazemos uso de nossa própria compreensão, enquanto seres humanos e observadores.

Dessa maneira, Maturana considera que há duas dimensões de percepção que são operadas para explicar o conhecimento: as ontologias transcendentais e a ontologia constitutiva. Nas ontologias transcendentais, a percepção sobre algo ocorre por meio dos sistemas representacionais e das interpretações, operação que descola os objetos do campo relacional do observador, isto é, a explicação é separada da experiência; ou seja, consiste na predeterminação do objeto ou evento, percebidos como produto final que está separado da existência do observador. Aqui, o observador considera ter o domínio de distinguir a verdade das ilusões, pois, a percepção é fundamentada na razão, que coloca a realidade última e tudo tem que ser explicado em função da matéria...ou da energia, ou de Deus...ou da consciência (MATURANA, 2006, p.42).

Já na ontologia constitutiva proposta pelo autor, a percepção é fundamentada na experiência do observador, ou seja, o ato de explicar parte da ideia de que há múltiplas realidades, e que o seu observar é resultado de suas distinções sobre o objeto. Nesse contexto, não importa distinguir a ilusão da percepção, pois, o ato cognitivo é próprio da realidade do observador em seu movimento de observar o meio (MATURANA, 2006, p. 43).

O autor aponta que os dois caminhos explicativos apresentados acima implicam em certas consequências no espaço das relações humanas pela seguinte razão:

[...] no momento em que assumo que tenho acesso a existência independente de mim, de modo que eu posso colocar um argumento explicativo, coloco-me inevitavelmente na condição de possuidor de um acesso privilegiado à realidade [...]. Eu não sou responsável pelas coisas serem assim, e isso é que dá poder ao conhecimento [...]. Neste caminho explicativo, há uma realidade independente do observador que tem um acesso privilegiado que lhe serve para elaborar sua explicação e configura afirmações cognitivas como petições de obediência. Neste outro caminho explicativo, o da ontologia constitutiva, é diferente porque não posso pretender o acesso privilegiado no explicar, pois, sei que, como ser humano, como ser vivo, não posso distinguir ilusão da percepção. Desse modo, qualquer afirmação minha é válida no contexto das coerências que a constituem como válida (MATURANA, 2014, p 38).

Darmos conta da operação da percepção nos permite refletir sobre os posicionamentos perante a vida para trazermos a compreensão dos discursos descomprometidos conosco e com o meio em que vivemos, ou seja, discursos que estão remetidos às ontologias transcendentais. Dessa maneira, a ontologia constitutiva abre portas para discussão ética que abarca o fenômeno do conhecer. Assim, entendo que o nosso posicionamento racional está interconectado com os nossos aspectos emocionais.

Na reflexão da ontologia constitutiva toda explicação do observador é inerente a uma emoção (estado biológico) produzida em seu corpo a partir do seu movimentar no meio, que é gerador de domínios de ações (operações externas do nosso corpo num meio). Até quando se trata de uma explicação científica devemos considerar que é um estado emocional que a colocou como uma preferência do observador em seu operar, isto é, houve um estado biológico para que houvesse um acoplamento entre o observador e a explicação científica.

A percepção ética é a compreensão do observador sobre o seu operar, ou seja, o esforço do observador de atentar-se de que suas distinções da realidade são inerentes ao seu domínio de existência.

As emoções são frutos dos encontros que nos tocam, provocando impressões corporais, fazendo emergir campos reflexivos. É através delas que os seres humanos conseguem fazer as distinções de estados biológicos de si, do outro ou de um animal. Quer dizer que é possível apreender o estado emocional do outro quando está em convivência. Basta trazermos as cenas do dia-a-dia para compreendermos. Quando vamos pedir uma promoção para o chefe e o nosso amigo interfere, dizendo que o chefe parecia “irritado”, propondo para esperarmos um dia em que ele esteja de bom humor. Essa discriminação é baseada em um estado emocional, a “irritação”, ou seja, é a partir de uma discriminação do domínio da ação que é apresentada no corpo do chefe que saberei a maneira de me portar diante da situação. Mesmo não sabendo qual é a causa de sua irritação, conseguimos descrever o seu estado biológico.

As emoções e a linguagem são responsáveis por nossa convivência com o outro e em sociedade, pois, elas foram as bases fundantes das coordenações de comportamentos cooperativos entre os humanos. Segundo Maturana,

A linguagem se origina em uma certa intimidade do viver cotidiano, no qual esses nossos antepassados conviviam compartilhando alimentos, na sensualidade, em grupos pequenos, na participação dos machos na criação das crianças, no cuidado com a cria, nas coordenações de ações que isso implica. E ali surge a linguagem como domínio de coordenações consensuais de condutas. Mas é o fundamento básico do emocionar-se do mamífero e do primata que torna essa convivência possível. A emoção que torna possível essa convivência é o amor, o domínio das ações que constitui o outro como legítimo outro na convivência [...] (MATURANA, 2014 p. 53).

A preocupação ética, na abordagem da Autopoiesis, é operada na preocupação com outro, a qual se fundamenta em nosso estado emocional, ou seja, o estar junto diz do desejo de estar com outro na convivência, permitindo, então, uma interação. Portanto, é no emocionar-se junto que fabricamos uma conversa, ou seja, que produzimos modos de vida que passam a nos constituir em nossa ontogenia. Por isso somos reconhecidos “como animais dependentes de

um viver no qual essas condições se deem – tanto do ponto de vista das relações como do ponto de vista da fisiologia” (MATURANA, 2014 p.54).

3.3 Espinosa: relação corpo e mente na produção do conhecimento

Para Espinosa, somos expressão de uma essência que provém de uma única e infinita substância que está em eterna modificação. Essa substância é eterna porque jamais deixa de existir e modificar-se, é infinita na medida em que não é limitada por outro corpo. Ela é produtora de tudo que existe na natureza (corpos, mentes, outros modos), exprimindo todas as coisas, em seus modos e em suas modificações. Ela, também, quer que cada coisa possa perseverar em sua existência, pois, cada coisa existe exclusivamente por sua necessidade (ESPINOSA, 2016, p.13).

Compreende-se que a natureza é constituída por infinitos atributos de extensão e por infinitos atributos de pensamentos. Cada um deles exprime sua essência eterna e infinita por meio das modificações de potência (poder de existir e, o inverso, o não poder existir, é impotência). O atributo é uma expressão da essência da Natureza que se dá por qualidades ou por modos de existências. Dessa maneira, existem infinitas qualidades de mentes e infinitas qualidades de corpos entre os quais não há sobreposição, ou seja, a modificação do corpo ocorre no encontro com outros corpos; a variação da mente é fruto da relação com outras mentes (FERREIRA, 2016).

Deleuze (2002) inspirado em Espinosa propõe haver um paralelismo entre corpo e mente, isto é, não haver hierarquia da mente em relação ao corpo e nem vice-versa. Não é a mente que determina uma ação do corpo por meio da imposição de obediência que emana da consciência como dizem as ontologias transcendentais. Acreditar que a consciência controla tudo é fruto de uma ilusão. Ao contrário, quando há uma ação da mente, há, paralelamente, uma ação do corpo. Dessa maneira, a compreensão do que nos passa é expressada pelos processos de afetação mútua que ocorrem tanto no corpo como na mente. Daí a afirmação de Espinosa: “O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode um corpo [...]” (ESPINOSA, 2016, p.101).

O autor argumenta que a consciência percebe apenas o habitual, pois, a atividade principal provém da inconsciência. Ou seja, a consciência não

é capaz de conhecer as produções dos processos de afecções que estão ocorrendo em todas as partes do corpo. Para Deleuze,

[...] o corpo ultrapassa o conhecimento que dele temos, e o pensamento não ultrapassa menos a consciência que dele temos. Não há menos coisas no espírito que ultrapassam a nossa consciência que coisas no corpo que superam nosso conhecimento. É, pois, por um único e mesmo movimento que chegaremos, se for possível, captar a potência do corpo para além das condições dadas do nosso conhecimento, captar a força do espírito, para além das condições dadas a nossa consciência. Procuramos adquirir um conhecimento das potências dos corpos para descobrir paralelamente as potências dos espíritos que escapam da consciência, e poder compará-los (DELEUZE, 2002, p.24).

Na concepção espinosiana, o indivíduo seria uma expressão da Natureza em potência finita¹⁵ e singular. Conhecemos apenas duas qualidades finitas que os compõem: corpo e mente. Essas duas qualidades estão em constante definição em razão de serem resultados dos processos relacionais com outros corpos e mentes. Aqui não há sujeitos, mas sim modos de vida, que estão em permanente variação de movimentos e repousos e de velocidades e lentidões. Ou seja, a existência é produto da relação de força entre os corpos que ao entrarem em contato recebem uma impressão corporal (afecções) e constroem uma imagem de pensamentos (afetos¹⁶), concebendo uma noção de uma individualidade (AMAURO, 2016).

Assim, tudo que sabemos atravessa os nossos corpos que em seu movimentar no mundo estão interagindo constantemente com outros corpos, não existindo um só corpo isolado, pois, todo corpo finito emerge dos encadeamentos infinitos de outros corpos e de outras mentes os quais jamais deixam de existir, ou seja, um corpo não tem origem e nem conclusão, mas sim é o meio de expressão da essência da Natureza (DELEUZE, 2002).

¹⁵ Compreende-se como modo finito o que tem uma duração de vida, isto é, tem um nascimento e tem um final (animais, plantas, planeta...). Todo modo finito é constituído por infinitos corpos e mentes. Nesse sentido, é resultado de um encadeamento de corpos e mentes infinitos e finitos visto que o ser só existe em relação.

¹⁶ "Por afeto, compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada e refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções" (Espinosa, 2016, p.98).

Como exemplo simplificado, podemos imaginar que quando o nosso corpo entra em contato com o Sol gera uma impressão corporal que modifica a nossa sensação térmica, dessa maneira, podemos nos agradar, aumentando a nossa potência, ou não, diminuindo a nossa potência e, ainda, podemos nem nos importar. A variação de potência corresponde a produção de afetos que são geradores de nossa compreensão do mundo e de nós mesmos. Assim, quando se constrói a percepção de algo, tem-se que considerar que “a ideia de cada uma das maneiras pelas quais o corpo humano é afetado pelos corpos exteriores deve envolver a natureza do corpo humano e, ao mesmo tempo, a natureza do corpo exterior” (ESPINOSA, 2016, p. 67).

O conhecimento humano sobre as coisas é inerente às variações de potências que produzem um comum entre os corpos, nesse sentido, nas experiências dos encontros criamos uma concepção imanente sobre o “externo” na medida em que conseguimos distinguir por meio dos afetos se houve uma composição ou uma decomposição da nossa existência, criando uma imagem daquilo que nos afetou. Quando a imagem do afeto permanece presente nos corpos, emerge uma consciência sobre ela, ou seja, forma-se uma representação do objeto que corresponde aos seus efeitos no corpo afetado. Pode-se dizer que a consciência é a ideia da ideia da afecção (SÉVÉRAC, 2009).

Ora, é comum despertar lembranças quando entramos em contato com algo na medida em que vem à mente a ideia de outra coisa que em seguida traz a imagem de outra coisa e assim por diante. Tal aspecto é produto das construções regradas das afecções em nosso corpo. Esse meio de conhecer refere-se aos nossos hábitos, os quais não exigem o nosso esforço em diferenciar os objetos ou pessoas, aqui, nossa explicação é fruto da opinião. Espinosa nos ajuda compreender ao citar o exemplo do rastro de cavalo sobre a areia quando é visto por um cavaleiro de guerra e quando é visto por um lavrador. O autor pontua que

[...] um soldado, por exemplo, ao ver os rastros de cavalo sobre a areia, passará imediatamente do pensamento do cavalo para o pensamento do cavaleiro e, depois, para o pensamento da guerra, etc. Já o agricultor passará do pensamento do cavalo para o pensamento do arado, do campo, etc. E, assim, cada um, dependendo de como se habitou a unir e a concatenar as imagens das coisas, passará de um certo pensamento a este ou àquele outro (Espinosa, 2016, p. 70).

O conhecimento pelo hábito, ou melhor, o primeiro gênero de conhecimento¹⁷, definido por Espinosa, é responsável pela organização do “mundo externo” do indivíduo que ao criar imagens representacionais formula os conceitos universais sobre as coisas. Contudo, quando a mente humana fixa no conhecimento imaginário, produz a desconexão das imagens de pensamentos com as afecções corporais, dessa maneira, a percepção de algo se torna confuso e mutilado devido a coisa aparecer exteriormente determinada. Quando agimos nesse modo de conhecimento, nos impossibilitamos de distinguir as concordâncias, as diferenças e as oposições (SÉVÉRAC, 2009). Sobre a produção do conhecimento universal Espinosa comenta

Com efeito todas as causas vêm a dar no mesmo: que esses termos designam ideias extremamente confusas. Foi, enfim, de causas semelhantes que se originam as noções ditas universais, tais, como homem, cavalo, cão, etc. Ou seja, por se formarem, simultaneamente, no corpo humano, ao mesmo tempo, tantas imagens, por exemplo, de homens, que elas superam a capacidade de imaginar, não inteiramente, é verdade, mas o suficiente, entretanto, para que a ente não possa imaginar as pequenas diferenças entre as coisas singulares (como, por exemplo, a cor, o tamanho, etc., cada um) [...]” (Espinosa, 2016, p. 80)

No primeiro gênero de conhecimento visualizamos apenas os efeitos das relações em nós, colocando os entes independentes de seus territórios existenciais e biografia o que promove os julgamentos morais. Isso é claro em nosso cotidiano quando acreditamos que algo é motivo de nossa felicidade, um objeto ou uma pessoa amada; ou ao contrário, odiamos alguém, acreditando ser a causa do nosso mal. Essa forma de gerir o conhecimento apresenta-se como uma ideia inadequada.

A ideia adequada é correlativa ao segundo gênero de conhecimento que, segundo a preposição 42 do livro *Ética*, é relativa ao “conhecimento de segundo e terceiro gênero, e não o de primeiro, e nos ensina a distinguir o verdadeiro do falso” (Espinosa, 2016, p. 82). Assim, compreende-se o processo do conhecer

¹⁷O primeiro gênero de conhecimento é operado através das semelhanças e do determinismo dos objetos. Essa maneira de conhecer está nos campos das ideias falsas porque não conseguimos enxergar as distinções entre as coisas e, ainda, a vimos como algo fora de nossa existência.

acontecendo por meio das modificações da mente e do corpo simultaneamente e equivalentes. Nesse conhecimento adequado, nós nos esforçamos a agir e a pensar adequadamente, isto é, buscamos distinguir as causas dos afetos que nos atravessam, identificando as conveniências e as discordâncias. Desse modo, torna-se possível lidar com as nossas imaginações devido a sabermos que elas são produtos dos nossos hábitos, os quais nos descolam dos encontros em ato.

Na racionalidade espinosista (distinção dos afetos), procuramos sair da passividade dos acontecimentos ao nos colocar em experimentação de afecções mais fortes. Esse exercício possibilita a nossa diferenciação, pois, os afetos apenas podem ser combatidos com afetos mais fortes que acontecem aos nos colocarmos nas experiências dos encontros. Com isso constitui um novo saber-fazer que é inseparável do mundo exterior, que corresponde ao nosso mundo interior selecionado. Sévérac compreende que a

[...] essência do corpo humano define-se, em Spinoza, por sua aptidão a ser afetado e afetar. Ora, quanto maior essa aptidão afetiva, maior é a capacidade da mente de pensar várias coisas simultaneamente, e, por conseguinte, de compreender-lhes as relações de conveniência, diferença e oposição. Um corpo ativo não é, pois, um corpo que consegue tornar-se insensível ao mundo, que chegaria a furtar-se ao determinismo das causas exteriores. A atividade não nasce de um processo de “desafecção” ou “insensibilização”. Decerto, trata-se sim de não mais sofrer passivamente as coisas que encontramos; mas tornar-se ativo, para o corpo, é tornar-se pouco a pouco capaz de não mais viver segundo um número reduzido de normas afetivas, que polarizam o corpo em alegrias ou tristezas obsessivas. Um corpo ativo é um corpo cuja sensibilidade afetiva é forte, flexível, lábil (SÉVÉRAC, 2009, p. 24)

A partir dessa reflexão sobre a variação de potência é possível pensar que a autonomia é inerente aos entes que ao conhecerem as causas dos processos afetivos são capazes de selecionar os seus encontros, ampliando sua potência e sua liberdade. Essa maneira de pensar nos tira do caminho moral em que o saber é determinado e que o poder se exerce por regras coercitivas para nos aproximarmos de um poder-saber-fazer que percebe a vida como uma obra de arte, que segundo Deleuze

[...] é transpor a linha de força, ultrapassar o poder, isto seria como que curvar a força: uma dobra [...], uma relação da força

consigo. Trata-se de duplicar a relação de força, de uma relação consigo que nos permita resistir, furtar-nos, fazer a vida ou a morte voltarem-se contra o poder [...] trata-se de regras facultativas que produzem a existência como obra de arte, regras ao mesmo tempo éticas e estéticas que constituem modos de existências ou estilos de vidas (DELEUZE, 2000, p. 123).

Portanto, a existência é definida pelos afetos que são capazes, assim, cada individualidade é constituída nas relações com pessoas, objetos e acontecimentos de diversas natureza, estando em eterna modificação. Como já dito acima, os entes só conhecem pelos afetos, desse modo, quanto mais sensíveis estão às experiências dos encontros, mais são capazes de tecerem novas concepções de mundos. A razão pela afetividade permite que percorramos o caminho ético que considera a alteridade e a plasticidade das expressões das vidas

3.4 Afeto Paixão e Afeto Ação

A teoria espinosiana sobre a ética nos possibilita concluir que não existem indivíduos independentes de suas relações, ou seja, como unidades separadas; ao contrário disso, todos somos essencialmente definidos pela maneira que afetamos o outro corpo e pela forma que somos afetados por ele. Tal determinação considera que é em nosso movimentar no mundo que geramos a nossa singularidade. A partir disso, o exercício da reflexão dos encontros pode favorecer modos de vidas mais autônomos.

A concepção das filosofias tradicionais¹⁸ sobre ética é correlativa ao comportamento moral que é caracterizado pelos princípios ideais da conduta humana. Nesse paradigma, o sujeito ético é aquele capaz de se desvencilhar de suas paixões¹⁹, que deve seguir modelos de comportamentos preestabelecidos por leis e regras. A teoria do afeto espinosiana se opõe à moral que acredita em o indivíduo do Bem, pois, essa forma de pensar é produtora de nossa servidão

¹⁸ Termo utilizado por Marilena Chauí em sua aula sobre concepção de desejo em Espinosa.

¹⁹ Segundo Marilena Chauí, Espinosa foi o primeiro filósofo a conceber as paixões como afeto natural dos homens, pois, nas filosofias tradicionais estar tomado pelas paixões significa estar com afetos exacerbados ou, ainda, a consideram como uma doença do animo que contraria a verdadeira natureza dos entes.

e de nossa alienação. Para Espinosa o viver ético é expresso no entendimento das variações de potência que ocorrem nos encontros em ato, compreendendo que a distinção do bom e mau passa por um plano relacional na medida em que tudo participa da ordem da natureza. Tudo é fruto dos bons e maus encontros que são próprios dos acontecimentos da vida. Fuganti (2001) nos retrata bem a ética ao dizer que

[...] Espinosa lança mão de um modelo não moral, mas o alimentar ou o natural. O mau é sempre um mau encontro que, como a ingestão de um veneno, decompõe parcial ou totalmente os elementos que estão sob a relação característica que constitui o nosso ser existente e diminui ou destrói nossa potência de existir, agir e pensar, nos entristecendo ou matando. O bom seria como um alimento que se compõe com o nosso corpo constituindo um bom encontro, na medida que aumenta nossa potência de existir, de agir e pensar, produzindo consequentemente afetos de alegria[...] Desse modo, o que me envenena num dado tempo pode me alimentar noutro tempo ou lugar, assim como o que é alimento para um pode ser veneno para outro (FUGANTI, 2001, p. 14).

A proposta ética da filosofia espinosiana quer compreender a natureza dos afetos, pois, é através do exercício da racionalidade afetiva que é possível afirmar as singularidades. Basta lembrar que todos os seres buscam aproximar da essência da natureza, a diferença é que os seres humanos são conscientes desse esforço. Contudo, eles podem fixar em afetos que os deixam aprisionados e iludidos. Quer dizer, conhecem as coisas pelas ideias inadequadas, ou melhor, pelos afetos paixões. Apenas, um afeto contrário e mais forte pode tirá-los dessa condição; para isso, é necessário seu esforço em buscar novos encontros que favoreçam sua potência singular. Assim, produz um novo conhecer sobre si, ou seja, é produtor de uma razão afetiva. Desse modo, o filósofo faz a distinção dos afetos entre passivos e ativos.

Os afetos paixões ocorrem simplesmente por existirmos, por estarmos imersos em diversos campos de afecções que nos possibilitam através de nossas sensações corporais (gustativas, olfativas, táteis, visuais e sonoras) criar percepções (imagem de uma afecção) sobre as coisas. Ou seja, é a partir dos choques entre os corpos que nos modificamos e produzimos uma sensibilidade. No entanto, quando operamos nas ideias inadequadas ficamos

desconectados das causas das afecções, atribuindo a algo externo o motivo do nosso bem ou do nosso mal. Segundo Deleuze:

A ordem das causas é então uma ordem de composição e de decomposição de relações que afeta intimamente toda natureza. Mas nós, como seres conscientes, recolhemos apenas os efeitos dessa composição e dessa decomposição: sentimos alegrias quando o corpo se encontra com o nosso, sentimos tristezas quando um corpo ou uma ideia ameaçam a nossa coerência. Encontramos numa tal situação que recolhemos apenas o que acontece ao nosso corpo, o que acontece em nossa alma, quer dizer, o efeito de um corpo sobre o nosso, o efeito de uma ideia sobre a nossa (DELEUZE, 2002, p.25).

As composições e as decomposições dos encontros são entendidas por meio dos afetos por serem constituições incessantes de modos de existência, e não simples estados emocionais. É através dos afetos que conhecemos a transição de uma intensidade de potência, isto é, a mudança de uma afecção a outra, junto a uma outra afecção. Significa que é através deles que experimentamos nas relações um aumento ou uma diminuição de potência em nossa capacidade de afetar e ser afetado. Quando sentimos a elevação da nossa potência, conhecemos a alegria e quando sentimos sua diminuição conhecemos a tristeza.

Compreendemos alegria quando há um regime de conveniência nos encontros entre os outros corpos, nesse sentido, a mente e o corpo passam para uma maior perfeição, o contrário, é a decomposição, que define a tristeza. Segundo a filosofia espinosista, todos os seres se esforçam para viver uma vida alegre, ou seja, buscam arranjos que favorecem sua composição. O problema é que temos a tendência de ligarmos a nossa alegria às causas externas, agindo no pensamento imaginativo.

Na vida imaginativa operamos o nosso conhecimento pela representatividade dos objetos, isto é, fixamo-nos a uma ideia mental sobre algo em razão de misturarmos o afeto com a nossa percepção do corpo exterior. Assim, nos afetos passivos julgamos que amamos algo ou uma pessoa por experimentarmos alegria passiva em nosso corpo ou em parte dele, dessa maneira, passamos a desejá-lo por acreditamos ser a fonte de nossa salvação. O mesmo ocorre quando odiamos, pois, em nossa imaginação, tal objeto ou

pessoa é o que nos causou mal (nos entristecemos), então, almejamos destruí-los.

Como exemplo podemos citar o conto “Omelete de amora” de Walter Benjamin. Sua história narra a vontade de um velho rei, rico e poderoso, de comer uma omelete de amora que provara em sua infância. Esse desejo deixava-o infeliz, pois não conseguia encontrar o sabor igual ao que havia comido pela primeira vez, apesar de ter desafiado vários de seu reino a cozinharem o tal prato. Sua última tentativa foi pedir ao seu talentoso cozinheiro que se esmerasse em tal empreitada. Na abordagem ao seu empregado, o rei narrou todas as experiências e vicissitudes circunstanciais que precederam àquela refeição. Contou que, junto de seu pai, estava fugindo de uma guerra e graças a uma velhinha ganharam um abrigo, conforto e comida. O cozinheiro atento a história do rei lhe ofereceu uma explicação discriminando os afetos que faziam aquela omelete tão gostosa e, por isso, explicara-lhe por que ninguém seria capaz de oferecer o sabor provado na infância, mesmo conhecendo com maestria todos os procedimentos que envolvem o preparo. O cozinheiro lança a pergunta ao rei: “Pois como irei eu condimentar a omelete com todos os sabores, que naquela altura a velhinha te ofereceu: os perigos das batalha e cautela do perseguidor, o calor do fogo e o aconchego do repouso, o presente estranho e o futuro sombrio? (BENJAMIN, 2013, p. 81)”. Após o esclarecimento do que a omelete representava, o rei sentiu-se satisfeito e presenteou o cozinheiro.

O conto mostra-nos que o rei estava fixado em uma memória afetiva que o entristecia porque ele não conectou as causas que tornavam a primeira omelete de amora tão saborosa. O seu desejar era inerente a uma representatividade mental que o afastava de sua capacidade de agir, apesar de se esforçar em encontrar a alegria. Foi com a explicação de seu cozinheiro que houve a passagem do aumento de sua potência de pensar (visto que houve uma discriminação dos afetos) correlacionado com o aumento de sua capacidade de agir (visto que se sentiu satisfeito), ficando livre para outras experimentações. Nesse sentido, é possível compreender que a variação de potência aconteceu através das fabricações de outras sensibilidades afetivas mais fortes: o narrar da história, a escuta atenciosa do cozinheiro, o acontecimento do diálogo.

Assim, o rei muda o seu afeto de ânimo de frustração por ser atingido por um afeto mais forte, no caso a satisfação. Quer dizer que o processo de

esclarecimento tem a ver com a produção de um comum entre os corpos. Tal fato é importante enfatizar para não confundirmos com uma operação mental que é exterior e isolada à imanência dos encontros. Dessa maneira, deve-se considerar que a variação dos afetos nocivos para afetos alegres apenas ocorre nas experiências do encontro em ato, ou seja, quando há multiplicidades de realidades envolvidas.

Também, é interessante refletirmos sobre a maneira com que o cozinheiro consegue escapar da enrascada posta pelo rei, que lhe propõe o trono ou a morte. O serviçal nega ambos quando percebe que não seria capaz de fazer a omelete, não porque lhe faltasse conhecimento, mas porque ficou sensível as palavras do rei. A partir de sua sensibilidade compreendeu os afetos que lhe eram contados, dessa maneira, ofereceu ao rei uma conversa em vez do alimento. O cozinheiro não se deixou seduzir pela esperança de ser príncipe e nem pelo o medo de ser morto. Ele foi ativo em selecionar a forma de se relacionar com aquela história e com rei, ou seja, produziu um conhecimento adequado, um afeto ativo.

A razão na teoria espinosiana é inseparável da ação do corpo que busca ampliar as suas sensibilidades condizentes com o ato da mente de conhecer a essência da natureza. Aqui, não se trata de desprezar os afetos paixões, mas sim de desemaranhar as linhas dos pensamentos confusos para que possamos descolar das ilusões e conquistarmos uma vida mais ativa e autônoma. Desse modo, a liberdade é expressada a partir das seleções dos encontros que nos alegram e o afastamento de afetos que nos entristecem.

Uma vida ativa e autônoma quer expandir em sua singularidade, procurar novos sentidos. Para isso, ela se abre aos encontros múltiplos e, ao mesmo tempo, procura compreender as causas das expressões dos afetos. Também, é prudente ao não se fixar a nada que lhe possa fazer servir ou destruí-la. Assim, conhecer pelo afeto ação é criar maneiras de se alegrar ativamente. Deleuze nos explica muito bem a razão da afetividade através da aprendizagem do nadar, pois, quando não se sabe nadar e, mesmo assim, se atira no mar, fica-se ao sabor do encontro, ou seja, não se conhece o que compõe ou decompõe. Já quando se conhece as causas, conquistamos um saber-fazer, isso

[...] quer dizer que tenho um “saber fazer”, um “saber fazer” espantoso, quer dizer que tenho uma espécie de sentido do ritmo, da ritmicidade! O que isso quer dizer, o ritmo? Quer dizer que minhas relações características, eu sei compô-las diretamente com as relações da onda, isso não acontece mais entre a onda e eu, quer dizer que não acontece entre as partes extensivas, as partes molhadas da onda e as partes do meu corpo; acontece entre as relações. As relações que compõem a onda, as relações que compõem meu corpo, e minha habilidade, quando eu sei nadar, habilidade em apresentar meu corpo sob relações que se compõem diretamente com a relação da vaga. Eu mergulho no momento certo, retorno no momento certo. Evito a onda ou me aproximo, ou, ao contrário, me sirvo dela, etc. Toda a arte da composição de relações. (DELEUZE, 1981, p.5)

Quando somos a causa ativa do conhecer e do agir encontramos uma alegria por ter conquistado uma nova habilidade, um novo modo, ou seja, nos diferenciamos do que éramos antes. Esse processo de diferenciação é que caracteriza a efetuação de nossa potência de agir e de pensar, ou seja, é a expressão da essência em nós que se esforça em conhecer, descolando de mascaras pré-estabelecidas e do sofrimento da falta de algo. Esse esforço interno de autoconservação são os fluxos desejantes operando. Aqui, o desejo é expressão da causa ativa. Ele é encontro das causas, é aliança das qualidades ativas. Só há desejo quando acontece um agenciamento dessa potência afetiva. O desejo é o próprio agenciamento dessas potências afetivas (FUGANTI, 2008, p. 71).

Para, Deleuze e Guattari, desejar é produzir a partir do acompanhar paisagem e gestos conectores com agir no mundo (sentir, amar, andar, correr, rir). O desejo é produzir agenciamentos que podem ser agenciamentos coletivos, isto é, sem sujeitos definidos, mas sim multiplicidades de agentes operando na fabricação de novas expressividades com a emergência do acontecimento. Nesse sentido, agenciar é acoplar, quer dizer, produzir variações dos modos de ser a partir do encontro, no afetar e ser afetados. A diferença, aqui, é que os corpos podem ser inorgânicos ou orgânicos, corporais e incorpórais, na operação da co-produção de realidades (NEVES, 2015).

Os agenciamentos coletivos produzem intensidades (imagens que emergem dos encontros) que escapam das subjetividades predeterminadas carregadas de discursos dominantes sobre a existência. O desejo é devir, ou seja, quando se delinea, “desfaz a pertença a segmentos, a sujeitos e

enunciados e transforma o acontecimento ou as coisas em processo sem propriedade, ele passa a estar entre todo mundo, sempre em adjacência e conjunções” (NEVES, 2015, 69).

4 - Vivência cartográfica do conceito de autonomia no campo da saúde mental

A proposta da pesquisa foi realizar uma vivência cartográfica dos arranjos e manejos que são operados nos dispositivos de saúde mental com o objetivo de problematizar o conceito de autonomia a partir da aproximação com os usuários e com os trabalhadores, tendo como anteparo o fato de que esse mesmo conceito é operado no cotidiano de trabalho em saúde mental, suscitando práticas de cuidados, potencializadoras ou não, das múltiplas existências.

Para tratar do processo cartográfico faz-se necessário pensar no conceito de rizoma, criado por Deleuze e Guattari, na medida em que considero que existem muitas entradas de análises para abordar o tema da autonomia no campo de saúde mental. O modo de pesquisa rizomático busca mergulhar nas múltiplas conexões que o campo oferece para poder traçar as linhas duras e flexíveis ocorrendo nas cenas que vão se formando. Aqui, o pesquisar é a dar linguagens aos afetos que se constituem nos encontros em ato. Desse modo, um rizoma não é feito de unidades, mas dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre o meio pelo qual ele cresce e transborda (DELEUZE e GUATTARI, 2006).

Iniciei o meu percurso cartográfico no CAPSIII adulto (com equipes multiprofissionais e que contam com recursos, inclusive leitos e funcionamento 24 horas, para tratamento intensivo em saúde mental), de modo que a minha frequência no campo foi determinada pelos convites que os trabalhadores e os usuários ofertavam-me. Os espaços abertos foram: reuniões de equipe, oficina de jornal, reuniões dos usuários (AMAT), assembleias geral, reuniões de micro equipe e oficina de geração de renda. Também acompanhei o trabalho da equipe do Consultório na Rua (CR) participando de reuniões de equipe e dos atendimentos dos usuários. Nesse interim, circulei por espaços informais de conversas, como exemplo: almoços, cafés e conversas nos corredores.

Julgo que a escolha de experienciar livremente o campo permitiu-me fazer agenciamentos caros na produção de novos sentidos que circunscrevem a temática da autonomia. Os mapas construídos junto com os usuários e trabalhadores promoveram múltiplas percepções a respeito da fabricação de práxis de cuidado a saúde, a saber: Projeto Terapêutico Singular, produção de

cuidado, política de redução de danos, entre outros temas que abordarei mais à frente.

4.1 Encontro e autonomia: produção de sentidos e de rede de conexões existenciais

Projeto Terapêutico Singular:

“Temos que pensar que todo mundo é como um novelo de lã e que tem momentos que precisamos de alguém para nos ajudar a puxar a linha para assim desenrolarmos a novos viveres”.

A fala acima, do coordenador do Consultório na Rua, resulta de nossa conversa em que apresentava sua reflexão sobre o trabalho de saúde mental, que para ele deveria ser facilitador de autonomias. Isso apenas se torna possível por meio da fabricação de vínculo com o usuário, da experimentação que dá visibilidade a suas potências e que possibilita novas conexões e potências de vida.

O coordenador expôs suas múltiplas experiências de atuação na luta antimanicomial para frisar a necessidade de se procurar desenvolver ações de cuidado em saúde de maneira inventiva, não burocrática e não institucionalizada, centrada nos encontros com os usuários. Argumentava que para que o trabalho fosse efetivo seria necessário não permitir que as expectativas dos cuidadores exercessem pressão sobre os usuários. Para ele, a importância do posicionamento de modo horizontal reside no fato de não se disputar o governo da vida do outro: “O PTS deve incluir o usuário e nossa função seria acompanhá-lo em seu processo. O centro do PTS é o usuário e seus desejos”.

O denominado Projeto Terapêutico Singular, ou PTS, é uma estratégia de cuidado fundamental no campo de saúde mental, que foi produzida como ferramenta substitutiva ao cuidado manicomial, imprescindível a partir do processo de fechamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos. A aposta, partindo de um outro conceito de saúde e de sofrimento mental, é superar os modelos biomédicos hegemônicos e os procedimentos clínicos focados nas doenças,

dando vazão a ações articuladas de cuidado que priorizem a atenção integral ao usuário, potencializando práticas afirmadoras de cidadania e autonomia.

A produção do PTS aposta na organização de um trabalho em saúde mental que facilite o desenvolvimento de autonomia dos usuários, por meio de práticas que considerem a complexidade da vida das pessoas atendidas: o usuário e os seus processos familiares, sua biografia, seu território geográfico, onde vivem e, o que é mais difícil, os seus territórios existenciais e, por fim, a potencialidade do sujeito no plano individual e coletivo (LANCETTI, 2015).

O PTS está em constante processo de produção quando reconhece a dinamicidade da vida. Daí a necessidade de ser pensado no cotidiano dos serviços de saúde como uma tecnologia de desenvolvimento de micropolíticas implicadas no intensivo da vida. Para cumprir esse papel, a operação do PTS deve ocorrer no plano concreto das relações que acompanham e afirmam a autonomia do usuário em sua busca de criar novos territórios existenciais.

É oportuno pensar a noção de territorialidade proposta por Deleuze: “o território só vale em relação a um movimento através do qual se sai dele”. Ou seja, toda territorialidade tem vetores de saídas que ocorrem por meio das perturbações, das provocações colocadas pelo mundo, que nos arrastam para os processos de desterritorializações. No momento em que saímos dos territórios já conhecidos, experimentamos uma sensação de desorganização de sentidos, estranhemos os espaços e até produzimos novas conexões afetivas. Assim, parte de cada sujeito a seleção dos modos que irão apropriar-se desse novo mundo descortinado. É importante frisar que não há *a priori* e não se planeja esse processo na medida em que os modos de existência emergem junto com o meio que habitam. Segundo a perspectiva da filosofia da diferença o

[...] território não se constitui como domínio de ações e funções, mas sim como *ethos*, que é ao mesmo tempo morada e estilo. Os sujeitos, os objetos e seus comportamentos deixam de ser foco da pesquisa, cedendo lugar aos “personagens rítmicos” e “às paisagens melódicas”. Importante é assinalar que esses personagens e suas paisagens não são considerados como polos opostos e dicotômicos, mas compõe mutuamente, numa circularidade ou coemergência. Com tal perspectiva, somos levados a afirmar que o *ethos* ou território existencial está em constante processo de produção (ALVAREZ e PASSOS, 2014, p.131).

Adicionar a essa produção o conceito de autopoiesis é fundamental para analisarmos as emergências de territórios existenciais, ao colocar que todo sistema vivo gera o seu mundo junto de sua experiência com o meio, fabricando processos de saber-fazer-viver. Ou seja, é por meio do contato que ocorre no encontro que se torna possível produzir outras sensibilidades, outros modos de conhecer e outras redes de conexões, respeitando os caminhos a serem percorridos segundo as derivas estruturais dos envolvidos. Aqui, a aprendizagem é um processo de via de mão dupla, isto é, todos criam novos saberes e novos arranjos para lidar com o que se apresenta. Propor essa problematização na operação do PTS é valorizar a micropolítica dos encontros em ato, favorecendo a ampliação dos territórios existenciais.

4.2 Poder do grupo na afirmação da potência da vida

Durante o meu percurso pelo CAPS, acompanhei por aproximadamente 3 meses os usuários nos encontros da oficina de Jornal e na reunião da Associação da Mente Ativa (AMAT)²⁰. Com os usuários vivi intensos processos de composição, que me provocaram outras sensibilidades na compreensão das relações de cuidados e na construção de espaços sociais. Escolhi acompanhá-los nesses ambientes em razão de percebê-los como locais mais propícios aos protagonismos dos usuários.

O grupo de Jornal e a AMAT eram grupos abertos, o que permitia a constante reinvenção do espaço de compartilhamento. Acompanhei repetidas vezes os próprios usuários realizarem o acolhimento de pessoas recém-chegadas ao grupo e problematizarem os seus sofrimentos, ofertando algum cuidado a partir da escuta implicada. Ora eles traziam uma lembrança de vida, ora eles davam conselhos. Realizavam suas intervenções terapêuticas por meio

²⁰ A oficina de jornal compreende em leituras de textos pelos integrantes, que escolhem um artigo para debater no grupo, caso queiram. Normalmente, os assuntos que são selecionados têm a ver com aquilo que os afeta, caindo em temas que despertam para múltiplas questões, pessoais ou não. Já o segundo destaca-se por ser coordenado pelos próprios usuários que tem como objetivo as discussões de temas que estão eminentes a vida dos participantes, funcionando como veículo de problematização de seus incômodos. Outra potencialidade desse grupo é sua extensão para lugares de convivência fora do CAPS, pois, as pessoas convidam para aniversários, trocam telefones, planejam eventos e saídas, sendo um amplo espaço de convivência.

da compreensão dos mapas que se formavam em suas conversas, dando linguagem aos múltiplos afetos, criando novos arranjos de existências e, assim efetivavam a produção de PTSs cotidianamente.

As apostas desses espaços de cuidado eram guiadas pelos próprios usuários que compartilhavam a condução do grupo, não necessitando da participação dos profissionais. A equipe de profissionais suportava bem a mobilidade e ação dos usuários na invenção de suas práticas de cuidado e, embora valorizassem esses espaços de convivência em seu dinamismo, era comum que alguns profissionais ao participar com os usuários, produzissem discursos pouco flexíveis e cheios de certeza a respeito dos problemas levantados. Os profissionais, aprisionados nos rostos de especialistas, acabavam não criando escuta aos agenciamentos que eram produzidos. Além disso, ficavam absorvidos pelos “casos em crise”, não conseguindo olhar para as multiplicidades de PTSs que eram fabricados e para as necessidades dos usuários que demandavam atenção individual e extra grupo.

Observar essa tensão entre as conduções realizadas pelos usuários e as realizadas por alguns profissionais – refiro-me apenas quando não conseguiam abandonar o lugar de especialistas – foi produtivo para perceber a diferença entre uma conduta verticalizada que se impõe pelo pretense lugar do saber/poder e as produções mais horizontais dos usuários, que falam de sua potência, de sua produção no encontro.

Os usuários se apropriaram dos espaços de saúde que observei. Todas as questões levantadas nesses grupos (AMAT e grupo de Jornal) eram tratadas com seriedade e isso não quer dizer que não havia atritos, palavras de ordem e valores morais. O fundamental desses encontros são as produções que as conversas oferecem, proporcionando composições, experimentações e aproximando o sujeito de suas potencialidades. O usuário quando fala pode escutar sua própria voz, sua fala repercute no outro e nesse processo, posições são reafirmadas ou reinventadas, mas não impostas. Os sentidos produzidos são particulares e obedecem a cadência de cada um, segundo o modo que suas estruturas se organizam com meio.

Aqui não há um sujeito fixo, mas sim modos de vidas que querem criar passagens para afirmar o heterogêneo, abolindo as identidades preestabelecidas e os sistemas classificatórios. Nesse sentido, o processo de

diferenciação compreende em viver uma diferença por meio do partilhar, do encontrar, do desacomodar, do criar uma conversa. Segundo Passetti, é fazer um encontro amigo com

Quem difere não prefere, fere e cuida, briga e repousa, junto. Diferir é próprio dos amigos! Estes não estão acolhidos num transcendental chamado amizade, nem o que a palavra supõe como identidades, semelhança, interesse, confissão privada ou pública. Diferem para dissolver as substâncias tão bem compreendidas pela química como propriedades de composição e decomposição, por meio de casualidades, e o estrutural enquanto qualidade inseparável do corpo consolidado pela física (PASSETTI, 2015, p.82).

Vivenciei o favorecimento de processos de singularização que foram propiciados pelas trocas de conhecimentos e de experiências entre os participantes dos grupos. A partir do exposto até aqui, apresento algumas cenas referentes à produção de cuidado.

Cena 1

Em um dos encontros do grupo de Jornal, o tema foi violência contra a mulher. Uma usuária levantou a questão da violência contra a mulher porque desejava se casar, mas em razão de ter presenciado violência doméstica em sua infância – sua tia fora vítima de agressões de seu tio – manifestava medo de que o mesmo ocorresse com ela. Essa questão foi disparadora de uma conversa sobre relacionamentos amorosos, fazendo que todos opinassem sobre o assunto.

Algumas usuárias concordaram com seu medo porque também já haviam passado por isso; outros disseram que ela deveria arriscar mais, que nem todo homem era violento; teve uma usuária que relatou ser feliz por ser casada; teve um usuário homem que sentia sofrer violência de sua mulher e questionava se a ação violenta era exclusiva do gênero masculino. Múltiplas percepções foram problematizadas pelo grupo.

Uma questão levantada por uma usuária tornou-se questão de todos, fazendo-os refletirem sobre suas histórias de amor, bem como, sobre os relacionamentos dos outros. O grupo produziu um comum perante a diversidade das vidas que se apresentavam.

Não é possível dizer se a usuária que propôs o tema saiu disposta a casar-se, também essa não é a finalidade do grupo. O encontro foi suficiente por permitir compartilhar histórias, aprender e opinar sobre elas e problematizar a questão da violência. O fato de um usuário apontar que sofria violência de sua mulher em casa revela que o grupo estava disponível para discutir alguns tabus de forma serena. De certa forma, o grupo possibilitou a abertura para todos pensarem nos modos que queriam vivenciar uma relação amorosa, como propositores e receptores de carinho.

Cena 2

Na AMAT a usuária Ligia (nome fictício) produziu um relato que abriu possibilidades para duas discussões diferentes, porém conectadas em sua narrativa. Queixou-se que estava nervosa e que acreditava que o medicamento estava deixando-a ainda mais nervosa, agitada e com dor de cabeça.

A questão do uso de medicamentos se tornou um mote para discussão do grupo naquele momento. Os usuários passaram a expor como se relacionavam com o fato de tomar remédios controlados e de uso contínuo, bem como sobre os efeitos colaterais que alguns sentem. Um deles relatou que fazia uso regular de determinada quantidade de medicação, mas que, quando sentia que ia entrar em crise, comunicava a médica que lhe aumentava a dosagem. Outros usuários disseram que agiam da mesma forma, ou seja, quando se sentiam de maneira diferente do habitual, procuravam a médica para falar sobre a medicação.

Ligia relatara que estava com uma nova medicação, porém não estava sentindo-se bem. Imediatamente, alguns usuários disseram que no início do tratamento sentiam-se mal, mas que acabaram se acostumando. A técnica entrevistou e perguntou se a usuária já havia conversado com sua referência. Ligia disse que foi orientada por sua referência a esperar por um período de adaptação ao medicamento para depois passar na médica.

Percebe-se uma disponibilidade do grupo em compor com a usuária e na medida em que os indivíduos se manifestaram sobre o tema, dividindo suas experiências, fluiu processo de autoconhecimento e de aprendizagem, ferramentas importantes para o indivíduo desenvolver sua argumentação e negociar junto ao saber/médico o uso de seus remédios.

O assunto do uso da medicação levantado pela usuária apontou também para outras formas de acolhimento. Assim, o grupo explora caminhos para ajudá-la: “O que te deixa mais calma? Será que não está acontecendo alguma coisa que te deixa nervosa? Será que é somente a medicação?”

Ligia acompanha a conversa respondendo ao grupo. Expõe que fica calma quando recolhe materiais descartados em geral e os restaura, entretanto, seus filhos jogam-nos fora e, por isso, sente-se desrespeitada. Partindo dessa conversa, alguns usuários sugeriram que ela fosse trabalhar no galpão de reciclagem para amenizar as brigas em casa e, ao mesmo tempo, fazer uma atividade mais próxima daquilo que gosta.

Cena 3

No grupo de jornal, Linda (nome fictício) chegou triste porque havia sido forçada a doar seus gatos; inicialmente, a narrativa apresentada tornou-se o foco da discussão do grupo, depois as atividades passaram a transcorrer sem que sua história fosse o centro de todas atenções. Alguns usuários voltaram-se para as suas leituras e escritas do jornal, já outros escutaram-na dando continência ao seu sofrimento. Vieram vários conselhos, escutas e tentativas de animá-la. Tudo ocorrendo ao mesmo tempo. A atitude de cuidado foi ziguezagueando entre os participantes.

No período da tarde, Linda (nome fictício) levou novamente o tema na reunião da AMAT. Ela narrou que seus pais não tinham deixado que ficasse com os gatos e se sentia impotente perante a situação. O usuário Pedro (nome fictício) agenciado pelo lugar cuidador problematizou e refletiu com Linda sobre o relacionamento dela com seus pais. Ficaram muito tempo nessa conversa enquanto todos os outros integrantes participavam em silêncio, envolvidos com a cena. Isso possibilitou que Linda entrasse em contato com suas memórias e suas atitudes atuais na relação familiar, podendo compreender seus afetos, expressando suas emoções. No decorrer do trabalho com o grupo, em razão do acolhimento ofertado, Linda foi se acalmando, sendo possível perceber nitidamente pelos músculos do seu rosto mais relaxados e pela expressividade mais tranquila de seu olhar.

As atividades do grupo de jornal e da AMAT não funcionavam como um fim em si, pelo contrário, eram ambientes disparadores, meio pelo qual os

indivíduos expunham seus pontos de vista, a respeito de um determinado assunto, suas aflições, angústias e conselhos, espaços efetivos de acolhimento. A maioria dos participantes dos grupos estavam dispostos emocionalmente a participar dos questionamentos, desabafos e outras produções requeridas por seus colegas. Também havia outros que se incomodavam com os desvios, mas a maioria das vezes, não se cortavam os agenciamentos que brotavam, acabando todos compondo com o movimento.

As reuniões configuravam um forte dispositivo de cuidado em que a liberação do pensamento era bem-vinda. O grupo estava aberto aos encontros vivos, o que o fazia um espaço de incessante produção de devir. Seu mote principal

[...] não é da organização, mas da composição; não do desenvolvimento ou da diferenciação [oposição], mas do movimento e repouso, da velocidade e lentidão. [...] Planos de consistência povoados por uma matéria anônima, parcelas infinitas de uma matéria impalpável que entram em conexões variáveis (DELEUZE e GUATTARI, 2008, p.41).

Pela análise do excerto acima podemos inferir que os integrantes dos grupos, implicados na produção de cuidado, na experimentação advinda das múltiplas conexões com universos variados, segundo suas próprias derivas estruturais, podem autonomamente produzir sentidos e significados e problematizarem suas experiências pessoais no decurso de suas vidas.

Cena 4

Em um novo grupo da AMAT a temática sorteada foi: “altruísmo e egoísmo”. Porém, o diálogo ficou confuso, em razão de um usuário, Marcos (nome fictício), estar muito ansioso devido a sua hipersensibilidade auditiva, e interromper constantemente a fala de todos, trazendo assuntos desconexos. Primeiramente, a profissional presente tentou avisá-lo de sua intromissão, mas não teve sucesso. Outro usuário fez tentativas de acompanhar o seu pensamento, direcionando ao tema proposto, mas também não teve êxito. Por cansaço e por respeito, o grupo acolheu sua confusão e deixou-o guiar a reunião.

Em meios a suas falas, Marcos propôs ao grupo fazer exercícios corporais. Havia escutado no rádio sobre alguns exercícios que diminuían a

ansiedade e decidiu envolver a todos. As pessoas hesitaram de início e se entreolhavam com dúvidas sobre aceitar ou não o convite. Contudo, após alguns incentivos, entraram na “dança”. Então, Marcos deu as coordenadas ao mesmo tempo em que fazia os exercícios: “fechem os olhos e respirem contando até dez”. Depois de mais alguns exercícios o grupo compartilhou suas sensações: “alegria”, “mais calmo”, “livre”, “vamos fazer mais”.

Todos ganharam. Até as pessoas que sempre estavam em silêncio, conseguiram dizer sobre suas sensações. O usuário que fez a proposta conseguiu acalmar-se por algum período.

Marcos utilizara exercícios corporais, uma ferramenta inusitada para aquele grupo, como produção de cuidado. Mesmo rompendo com o que fora inicialmente programado, os participantes ao entrarem em sintonia com as atividades propostas, experimentaram outra possibilidade de compartilhar novas sensações, produzindo autoconhecimento.

Essas passagens, as quatro cenas, evidenciam que o desafio na saúde mental é a constante produção das tecnologias de cuidado e dos espaços sociais, voltando o olhar/abrindo espaço para o usuário e o seu mundo: de necessidades e de possibilidades, de experimentações. Para isso, temos que nos desaprisionar de modos de funcionamentos preestabelecidos e apreender conjuntamente com eles novos atos de cuidado, afirmando sua autonomia em tocar sua vida. Nesse sentido, aponto que a rede de cooperação construída pelos usuários foi um forte instrumento de cuidado por dar vazão a novas possibilidades desejantes. Segundo Mehry, é caro apostarmos que “é interessante e produtivo ‘construir’ escutas do nosso fazer cotidiano para captar estes ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes” (MERHY, 2013, p.217).

As problematizações levantadas nos grupos eram um meio de os usuários conhecerem a si próprios e aos outros. Ali, o processo ocorria pelo compartilhamento dos pensamentos e das emoções por meio do afetar e ser afetado, da produção de agenciamentos cuidadores, artísticos, musicais, narradores.

É oportuno destacar que para Maturana (2006), o processo cognitivo ocorre no campo das distinções das emoções. É no emocionar que construímos sentidos, que ampliamos domínios de ações e que temos percepções sobre nós

mesmos e sobre outro. Se compreendermos a AMAT também como um espaço em que a aprendizagem se faz pelo emocionar-se, não podemos deixar de mencionar o valor da ética nesse processo que

[...] surge apenas e exclusivamente no espaço de preocupação pelo outro. As reflexões éticas nunca vão além do domínio social em que surgem [...] porque não é a razão que justifica a preocupação pelo outro, mas é a emoção. Se estou na emoção de aceitação do outro, o que lhe acontece tem importância e presença para mim (MATURANA, 2006, p. 49).

Para a ontologia constitutiva, essa reflexão ética constitui o social que se fundamenta pelo comprometimento e pela preocupação emocional com o outro, sendo a cooperação mútua entre os sujeitos, uma das marcas do processo evolutivo da sociedade. Dessa maneira, a relação humana é baseada sobre uma emoção fundamental que é a aceitação do outro na convivência e a definição dessa emoção é a palavra “amor” (MATURANA, 2006).

Observei que, de modo planejado ou espontâneo, os usuários mantinham um comportamento ético na produção de cuidado de uns com os outros. Nesse espaço, acompanhei muitas vezes um usuário tornando-se referência para outro, como também presenciei os usuários defendendo fortemente os locais de convivência coletiva através do protagonismo que tinham no grupo. Percebia que isso virava PTS de alguns na medida em que compreendemos a produção de cuidado como relacional.

4.3 Encontro ético na fabricação do cuidado a saúde

Estávamos em um galpão, próximo ao Caps, realizando reunião ordinária de equipe do Consultório na Rua (CR). Debatíamos sobre o conceito de autonomia na produção de cuidado em saúde mental quando recebemos uma visita inesperada: uma usuária bateu à porta, passara para conversar sobre sua vida, sobre a vida de suas filhas e sua relação com elas, enfim, para dizer o que andava fazendo. A usuária estava acompanhada da filha, que queria dar um presente para o profissional que acompanhou o processo de cuidado de sua família. Depois que elas foram embora, os profissionais contaram-me o quanto a usuária estava diferente em relação a quando a conheceram. No início, ela apresentava dificuldade em lidar com o uso abusivo de drogas, o que a deixava

vulnerável às violências de todos os tipos, limitando-a de cuidar de suas filhas. A equipe do CR contara-me que em geral os profissionais de outros serviços da rede de saúde não acreditavam que ela sairia dessa situação. O processo do aumento da potência da usuária não foi linear e ininterrupto. Entretanto, os trabalhadores da equipe do Consultório, muito em face da peculiaridade de seu trabalho e de suas apostas ético-políticas, mesmo quando atravessados por frustrações e tristezas decorrentes das situações que vivenciavam junto com ela, mantinham-se firmes na proposta de acompanhá-la nas situações difíceis, ajudando-a cuidar de sua família.

Na visita, a filha da usuária levou uma história que havia escrito para presentear ao psicólogo que lhe acompanhava enquanto sua mãe passava pelas consultas médicas. Nessa espera por sua mãe, o profissional leu um livro infantil para menina, que desde então deseja ser escritora. A conversa fecha com o profissional dizendo que esses gestos eram o que davam sentido ao seu trabalho.

A memória relatada pelos profissionais do Consultório na Rua proporciona aproximação com o conceito de autonomia conectado com as práticas de cuidado em saúde que respeitem produção de vida dos usuários, priorizando o acolhimento das necessidades requeridas pela própria população atendida. Acompanhar os profissionais do consultório na rua permitiu-me experienciar em ato as produções de cuidado que lidam com o inesperado das ruas. Do lado de fora das paredes dos consultórios, o inusitado e o inesperado são de outra ordem, uma vez que se trabalha com a incerteza de não se achar os usuários nos locais habituais, de não saber se estes vão querer conversar ou passar pelas consultas, entre outros fatores. Vale destacar que a ação de saúde nesses dispositivos não tem garantias e nem *a priori*, pois, o processo de cuidado é feito junto com o usuário, respeitando-o ou buscando respeitá-lo em seu ritmo e em suas construções de sentidos e significados.

O CR surgiu em Salvador (BA) em 1999, como estratégia de cuidado em saúde e o seu projeto piloto era direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes em uso abusivos de drogas, posteriormente o CR estendeu-se para outras grandes cidades brasileiras (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

No município de São Bernardo, o CR²¹ atende a população que vive em situação de rua, os moradores de rua e as profissionais do sexo – que atuam na rua ou em prostíbulos – a maioria desse público atendido está em situação de alta vulnerabilidade. Esse dispositivo funciona em uma base móvel que circula pela cidade, cartografando o trânsito dessa população; estratégia que permite conhecer certos aspectos culturais, políticos, territórios geográficos e territórios existenciais desse grupo atendido. O CR está vinculado à rede psicossocial e realiza um trabalho intersetorial. A metodologia do trabalho tem como preceito a política de redução de danos que é ancorada em uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, redutores de danos, enfermeiros e um professor de arte. Um dos pilares dessa organização de trabalho em saúde é respeitar a autonomia dos usuários.

A política de redução de danos tem como aposta práticas de cuidado, acompanhar a vida dos usuários a partir das necessidades por eles levantadas, almejando ampliar sua qualidade de vida, não focalizando no uso de drogas, mas sim na integralidade e na complexidade de sua vida. Nessa concepção não cabe julgamento e imposições de modelos de saúde, pois o trabalho é construído juntamente com o usuário. As estratégias de redução de danos têm como ferramentas principais: a escuta, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento ao longo do tempo (BRASIL, 2013).

A negociação com a rede de serviços de saúde é necessária para que o CR aconteça. Seu funcionamento pleno depende de a equipe conseguir desconstruir capturas relacionadas ao imaginário social, que é produto de um discurso midiático e valores morais fabricados cotidianamente. Não é difícil constatar que as pessoas atravessadas por esse discurso olham para população de rua como os “novos desviantes anormais da sociedade”, estigmatizando-os como perigosos, por conta do seu consumo de crack, álcool e outras drogas, e imaginam e concluem que as pessoas em situação de rua, que perambulam pelas ruas pedindo ou roubando para sustentar sua droga-dependência, estão desapropriados de sua vida. Nessa perspectiva, as pessoas deixam de ser

²¹ O CR em São Bernardo do Campo funciona com uma agenda fixa de visitas aos usuários que compreende o período da manhã, tarde e noite, dedicando um dia da semana para os casos mais urgentes. Essa estratégia de organização da agenda viabiliza o encontro, facilitando a produção de vínculo com os usuários.

“sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO; 2014, p.2). A respeito disso, Londeiro, Ceccim, Bilibio comentam que há

[...] uma série de designações no imaginário social, específicas para as pessoas em situação de rua: maloqueiros, mendigos, pedintes, indivíduos em estágio de degradação, sem rumo. O que as une é a noção de pessoas vivendo nas ruas e sem ganho definido, o que as tem traduzido como “descartáveis urbanos”: indivíduos/grupos “vitimizados pelos problemas estruturais”, com uma situação agravada “pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e drogas”, tidos, nas sociedades urbanizadas, como ‘uma presença inoportuna e ameaçadora” (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014, p.2).

Diante disso, a criação do CR como estratégia de cuidado deu visibilidade a população que vive e trabalha na rua, que por muito tempo ficou invisível ao SUS e que é negligenciada pela sociedade. O CR, ao organizar o trabalho de saúde na afirmação dos sujeitos como desejantes no modo de caminharem a sua vida, compondo com eles, vai na contramão da lógica da abstinência, que é reducionista no ato de cuidado e subtrai a subjetividade das pessoas. O CR pode ser forte dispositivo de problematização ao tecer a redes de serviços que cooperem com esse modo de cuidar e que para isso ocorrer tem que desconstruir as barreiras fabricadas por esse imaginário social nas redes de saúde e em outras redes (LANCETTI, 2015; LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

Assim, o CR opera no sentido ético, estético e político na produção de práticas de cuidado a saúde na medida em que acompanha o que cada individualidade pode a cada momento. A proposta de cuidado é pautada no vínculo e na confiança que são construídos com o usuário ao longo do tempo, levando em conta os seus territórios existenciais e sua história. A aposta é que nos encontros possam se fabricar outras composições na vida, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. A história relatada acima é ilustrativa do trabalho desse dispositivo. Depois de um longo período de acompanhamento e oferta de cuidados à usuária e suas filhas, houve vazão para a produção de novos vínculos. No deixar-se afetar por outros estímulos, de maneira particular e efetiva – porque é autônomo, horizontal, no tempo do usuário – a usuária

problematiza sua história e constrói um novo que lhe agrada mais. O consumo excessivo de drogas cedeu lugar à dedicação a sua própria família e outras produções. Essa análise está longe de se oferecer como uma fórmula moral para o combate ao uso de drogas, serve apenas, e aí reside toda sua importância, para ressaltar que a aposta no desenvolvimento autônomo do usuário se potencializa ao reconectar com as apostas do trabalho ético.

Após essa breve contextualização do funcionamento da estratégia do consultório na rua irei reportar minhas experiências quando acompanhei quatro saídas a campo com a equipe do CR. Nessa vivência me deparei com as minhas capturas, o que me favoreceu interrogar e desconstruir pensamentos de contrafissura em mim e, conseqüentemente, enriqueceu o meu tema de pesquisa ao experimentar concretamente o ato de cuidado que tem como prerrogativa o respeito da autonomia do usuário.

Cena 1

A equipe do CR atendia um senhor, morador de uma praça, no centro da cidade, que estava com uma ferida grave no cóccix, localização que complica o manejo da ferida. No início ele estava resistente em cuidar de seu machucado na UBS. Talvez por algum receio de sofrer críticas moralistas sobre o seu modo de levar vida, morador de rua e consumidor de pinga, pois já havia passado por isso. Sua história é cheia de episódios difíceis de digerir. Um exemplo relatado pela equipe, foi ter presenciado o massacre do presídio do Carandiru.

Soube a história desse usuário pela equipe do CR que o acompanhava semanalmente e fazia conversas com a rede para arrumar maneiras de acolhê-lo, um trabalho que encontrava algumas barreiras nos serviços, que alegavam diversas impossibilidades, como a necessidade de banho do usuário para cuidar da ferida, entre outras.

Como abordado acima o trabalho de rede é fundamental para que a equipe do CR consiga construir PTSs junto com os usuários, pois, operam as demandas que dizem respeito a eles. Nesse caso, a equipe tem como desafio quebrar as barreiras dos serviços de saúde que podem adotar posturas marcadas pela medicalização da vida, ao condenarem os desejos que desviam da lógica da saudabilidade vigente, realizando julgamentos morais sobre certas maneiras dos sujeitos levarem a vida, desconsiderando as subjetividades e a

história de vida dos usuários. Essa concepção de cuidado acaba centrando a organização do trabalho em saúde no uso de álcool ou na ferida do cóccix e desconsidera as necessidades concretas do usuário, dificultando a produção de novos arranjos e manejos que ampliam sua qualidade de vida. Ao diminuírem as ofertas de cuidado, produzem práticas que limitam a autonomia dos usuários (MERHY, 2007 e 2011).

A equipe do CR, conectada com a história de vida do usuário, compreende a dificuldade de ele confiar que o interesse dos profissionais não seja o de modificar a sua vida. Ao contrário, desejam acompanhar e cuidar do usuário a partir do que a ele interesse como cuidado. A partir disso, respeitaram sua vontade de não tratar a sua ferida naquele momento, e ofereceram outras maneiras de amenizar sua dor e outras formas de cuidado.

Em uma visita a esse usuário, os trabalhadores convidaram-no, novamente, para tomar um banho no CAPSAD e a tratar de sua ferida lá mesmo. O usuário aceitou o convite; dessa maneira, os profissionais ajudaram-no a levantar e deram apoio nos ombros para ele conseguir caminhar até a base móvel. A confiança do usuário foi fruto da escuta e da construção de vínculo ao longo dos encontros.

Ao acompanhar essa história pude compreender algumas capturas que, quase sem notar, me atravessavam, como o discurso da incapacidade do usuário de decidir sobre seu cuidado pela suspeita de que fosse portador de demência alcoólica. Tal saber verticalizado sobre o outro endurece o encontro cuidador, exclui o usuário da construção das abordagens, impossibilitando criar outras ofertas de cuidado, ou seja, trabalha-se nos afetos a que já se está habituado, assujeitando o usuário.

Assim, caminhar com a equipe do CR permitiu-me agenciar outros sentidos de produção de cuidado que correm em direção da autonomia. Segundo Lancetti, ao fazer referência a Antônio Nery Filho, o redutor de danos ou terapeuta precisa ter inteligência emocional para ter mobilidade e processamento constante dos afetos. Dessa forma, o papel do profissional-cuidador ao se relacionar com o usuário

[...] não é de dar sermões, e sim olhar, escutar suas expressões e se interessar por sua biografia. Aí onde os outros veem as drogas ele enxerga uma pessoa. Dessa maneira ele se dispõe a bancar as repetições de vida às vezes violentas, institucionalizadas, desgarradas por injustiças e aplainadas pela ordem social. [...]

Ele busca alcança-lo onde o usuário menos espera. Ele se coloca na linha de mudança, mesmo as mais aparentemente insignificantes, as raras, as inesperadas (LANCETTI, 2015, p. 64).

Dessa maneira, é fundamental que saibamos e respeitemos os territórios existenciais fabricados pelos usuários, como também é necessário irmos abertos ao seu encontro, para ser possível criar composições que dão vazão a novas expressividades de vida - tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Cena 2

A primeira vez que fui a campo com a equipe do CR, visitamos uma usuária que mora num “puxadinho” feito por ela mesma, atrás da casa de sua família. A equipe estava construindo vínculo com ela e compreendi, que sua história de vida, de briga judicial e de rompimento com a família, produziu uma desconfiança que dificultava que se relacionasse. Muitas vezes o CR passava em sua casa e ela não estava no local ou fingia não estar para não os atender. Ela aceitou as visitas da equipe somente quando compreendeu que eles não queriam despejá-la, mas sim acompanhar a sua saúde e a sua vida. Mesmo com a resistência inicial da usuária, a equipe do CR passava toda semana em sua casa, respeitando quando ela não os queria atender.

Em uma das visitas, a usuária atendeu a equipe dizendo estar com gripe, falando de maneira mais geral sobre sua saúde; daí aceitou água e camisinhas. A conversa foi sobre sua gripe que estava difícil de curar e, então, o profissional aconselhou que procurasse a UBS, mas ela foi resistente nesse aspecto. Em razão dessa resistência, o profissional perguntou se ela estava dormindo sobre o papelão como tinham conversado, pois isso ajuda a amenizar

a umidade do chão, ela disse que sim e que isso tinha ajudado a não ficar doente o tempo todo.

A cena descrita possibilitou-me agenciar o conceito de autonomia com o fator de escuta e vínculo, fatores que se relacionam o tempo todo no ato do cuidado. Durante a minha vivência com a equipe do CR era habitual experienciar esses temas como um processo em curso, em constante fabricação e não como algo dado ou estável. Acredito que isso ocorria porque a equipe estava alinhada e implicada com a biografia e os territórios existenciais do usuário, o que favorecia a maneira que caminhava ao encontro com ele, compreendendo e respeitando seu tempo e sua vontade de aceitar os convites oferecidos por ela.

Na situação mencionada, a conversa desenrola na construção junto com a usuária das possíveis saídas ao problema que ela apresenta ao profissional. Aqui, o exercício da escuta é uma ferramenta fundamental e complexa, na medida em que é preciso estar afinada com as diversas teorias de vida que constituem cada pessoa em cena para traçar um novo domínio de realidade. “Acontecimento que exige um exercício de convivência com a diferença fortemente marcado pela transvaloração dos valores” (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

É perceptível nesse encontro a usuária ocupando o lugar do observador ao selecionar as ofertas que quer experimentar em seu cotidiano, construindo sua própria caixa de ferramentas e, assim, ampliando a sua potência de agir. Ou seja, ela aceita a camisinha, a água e a ideia de usar o papelão para diminuir o risco de adoecer, como também recusa passar na UBS e atender todas as visitas do CR. Por outro lado, a equipe não se intromete na organização de sua vida, o que garante o vínculo e a sua confiança, pois, as ações do CR caminham de acordo com o que a usuária pode/pede naquele momento. Encontro autopoietico onde vida produz vida (MERHY, 2003).

Cena 3

A equipe do CR vai a campo três sábados à noite por mês com objetivo de incluir as profissionais do sexo na rede de serviço de saúde; realizar o trabalho de redução de danos em relação ao consumo de álcool e outras drogas; e fazer prevenção de DSTs. A equipe de saúde porta um Kit redutor de danos

que contém: camisinhas, batons hidratantes, manteiga de cacau, água, soro, seringa, lubrificantes e melzinho. A distribuição segue junto com as informações sobre a maneira de usar os materiais que são distribuídos pelos redutores de danos. Além disso, o kit serve como ferramenta intercessora que auxilia o vínculo entre a equipe e as usuárias, criando um espaço de interação.

A organização do trabalho da equipe do CR busca atender as profissionais sem julgamento e/ou imposição de aceitarem a sua presença ou o Kit. A abordagem ocorre de maneira respeitosa, pois, eles estacionam a base móvel perto delas e aguardam sua aproximação, caso elas não queiram ou sintam que atrapalham o seu trabalho a equipe vai embora.

Compreendo que havia diversas maneiras das usuárias serem afetadas pela presença do CR, o que dependia do que cada um podia naquele dia e naquele encontro. Promover o encontro, sem a priori e sem expectativa de respostas das usuárias, permitia que a equipe operasse nas superfícies, o que favorecia não se submeter a moral, não só para não perder de vista as usuárias e suas imperceptíveis mudanças, mas para não se separar do que podem (LANCETTI, 2015).

Nos trabalhos que acompanhei, percebi que algumas usuárias gostavam quando a equipe do CR aparecia, pois, elas se dirigiam para pegar o Kit e também interagiam com os profissionais para contar suas histórias, conversar sobre suas dúvidas e pedir indicações de serviços de saúde. Elas ficavam à vontade para pedir o material de seu agrado, reclamavam de alguns objetos do Kit e, quando era possível, a equipe atendia aos seus pedidos.

Com a presença da equipe do CR as usuárias experimentavam o encontro e fabricavam conexões de sentidos singulares para passar a noite sem cliente, fazer um desabafo, pedir uma carona, ter um momento de descontração, falar de política – momentos não mediados pela troca monetária. A perturbação causada pela base móvel do CR agenciava curiosidades, desconfianças, conforto nas profissionais do sexo, rompendo com as linhas costumeiras do cotidiano do seu trabalho. Aqui, a aposta é no encontro vivo, em ato, em que trabalhadores junto com as usuárias constroem e desconstróem arranjos e agires conforme as maneiras que produzam conexão de sentidos, que afirmam a diferença, a variação, a resistência à sujeição da identidade e da individuação (FEUERWERKWER e MEHRY, 2011; TONELI, ADRIAL e CABRAL, 2013).

As profissionais do sexo, em presença do CR, lançam-se em outros territórios existenciais. São elas que procuram o disposto e há consenso nesse ato. De maneira autônoma, reconhecem no CR um elemento de produção de cuidado, se aproximam, conversam, pegam o Kit, tecem seus elogios e críticas aos materiais, compartilham suas vivências, afetam a equipe de profissionais, e na medida em que se colocam para o encontro, também são afetadas por ele.

Vivenciar o encontro da equipe do CR com os usuários agenciou-me com o fator tempo e expectativa que impomos ao outro na fabricação de seu cuidado, o que me possibilitou desconstruir aprisionamentos enviesados pelos discursos de risco a saúde, que intervém e impõe regras ao outro, não respeitando a sua forma de levar a vida. Digo isso porque os arranjos e manejos de cuidado do CR proporcionaram-me experimentar na pele o respeito e o comprometimento das ações de cuidado a saúde a partir do que cada um pode a cada momento; ou seja, experienciar o encontro ético é poder conectar com as sensibilidades que passam no entre das relações, compondo ritmos e produzindo variações de si.

A partir dessas vivências, inspiro-me e finalizo com as palavras de Deleuze que me remetem ao encontro ético:

Há um momento em que não se trata mais de traduzir, de interpretar, traduzir em fantasmas, interpretar em significados ou em significantes, não, não isto. Há um momento em que será necessário partilhar, é preciso colocar-se em sintonia com o paciente, é preciso ir até ele, partilhar seu estado. Trata-se de uma espécie de simpatia, de empatia, ou de identificação? Mesmo assim, isto é, certamente mais complicado. O que nós sentimos é antes a necessidade de uma relação que não seria nem legal, nem contratual, nem institucional. Com Nietzsche, é isto. Nós lemos um aforismo, ou um poema de Zaratustra. Ora, materialmente e formalmente, tais textos não são compreendidos nem pelo estabelecimento ou aplicação de uma lei, nem pela oferta de uma relação contratual, nem por uma instauração de instituição. O único equivalente concebível seria talvez “estar no mesmo barco”[...]. Remar juntos é partilhar, partilhar alguma coisa, fora de qualquer lei, de qualquer contrato, de qualquer instituição. Uma deriva, um movimento de deriva, ou de “desterritorialização”: (DELEUZE, 2011, 322)

4.4 Autonomia e formação de territórios existenciais

Expus até o momento o meu processo de campo de pesquisa que visou dar visibilidade a ação do usuário em guiar o seu próprio cuidado, à potência que flui do encontro alegre. Me reservo do risco de generalizar, mas nas observações realizadas no campo, verifiquei que os usuários, mais do que meros frequentadores dos dispositivos de saúde, são constituintes dele e nisso resulta as condições de possibilidades de ganho de autonomia. Foi um bom encontro.

Nesse tópico, retomo a pesquisa cartográfica como eixo norteador. Neste novo momento, nosso objetivo é, tendo a autonomia como anteparo, nos aproximar de ações cotidianas que ocorrem dentro e fora do Caps, por meio da vivência junto a uma usuária. Reitero que não tenho a intenção de traçar verdades, isso seria um falso problema, a minha aposta é dar passagens aos afetos. Quero mergulhar nas intensidades dos encontros vivos para poder traçar pistas de como a noção de autonomia aparece nos trajetos de vida do usuário, sabendo que esse processo pode ser de qualquer um (ROLNIK, 1989).

Compreendo que o conceito de autonomia é íntimo da produção dos territórios existenciais, inerente a ação de fabricar a si por meio dos encontros vivos. Então, é fundamental para o trabalhador de saúde compreender que o usuário forma a sua própria rede de cuidado que, em muitas vezes, extrapola os itinerários terapêuticos oferecidos pelos dispositivos de saúde em geral. Quando isso ocorre, considera-se o usuário em seu nomadismo, capaz de selecionar “seus vínculos relacionais com vários possíveis territórios de modos muito singulares, tomando essa construção como algo subjetivante. Território, então, é existencial e situacional. Tem muitos sentidos e o é em produção” (FEUERWERKER, MERHY, SILVA, 2016).

Essa consideração inicial é uma justificativa para nossa decisão em acompanhar o usuário na formação de seus territórios existenciais. Para isso, trago o “caso” de Maria (nome fictício) para dar visibilidade à produção de conexões de sentidos dentro e fora da rede de saúde mental.

Nossa aproximação ocorreu logo no primeiro dia em que frequentei o grupo de jornal e a reunião da AMAT. A usuária, Maria, chamou minha atenção com a fala sobre sua agenda lotada de compromissos e com sua disponibilidade de se conectar com os outros participantes do grupo. Em seus comentários no

grupo, assim como no dos demais participantes, ela partilhava suas experiências de vida e tecia reflexões aos temas propostos. Como alguns usuários, também organizava os espaços físicos e administrativos, preparando a sala e mediando o trabalho em grupo.

Nesse primeiro encontro, expus aos usuários que eu estava no CAPS como pesquisadora o que agenciou em Maria a vontade de me ajudar nesse processo. Penso que a autonomia de Maria já se expressava em seu desejo de participar da pesquisa, na medida em que se abria para outras conexões, outras experiências, ampliando sua rede existencial. A partir de então, iniciaram-se os nossos encontros dentro e fora do CAPS. Pesquisadora e usuária compondo para construir novos sentidos ao que interessava a cada uma, mesmo sem saber ao certo o que emergiria desse encontro, ambas implicadas na experiência de conhecer.

Além dos nossos encontros, Maria me ofereceu o seu diário, que continha suas memórias, seus percursos, seus pensamentos e suas experiências desde sua entrada no CAPS, como um instrumento para auxiliar-me na pesquisa. Acessar esse material foi caro para construção do meu tema, pois, com sua leitura entrei em contato com os múltiplos universos de Maria: suas repetições e suas diferenças.

Maria é conhecida na rede de saúde mental como uma usuária participante e atuante nas questões que envolvem os direitos dos usuários do CAPS. Essa percepção que se tem dela resulta também do fato de ter exercido a função de conselheira do serviço e coordenadora da AMAT. Além disso, circula muito bem na rede de saúde, selecionando os lugares de que quer participar, a saber: grupo de psicoterapia, grupo de jornal e reunião da AMAT no CAPS; e, aulas de pinturas do projeto de geração de renda no Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte).

Antes de Maria iniciar seu acompanhamento no CAPS, ela sofreu duas internações psiquiátricas que ocorreram, segundo sua fala, em decorrência de “crises” após os seus dois partos. Ela relata que ambas experiências mortificaram-na. Em razão da alta dosagem de medicação, apontou que perdera a capacidade se reconhecer e se movimentar no mundo. Sentira-se impotente.

Em sua terceira crise, Maria pede ao seu filho para que não a interne e nem permita que os médicos a “entupam” de remédios. Ele atende o pedido da mãe e passa a buscar alternativas que garantissem o seu cuidado e

respeitassem sua vontade. Desta vez, Maria passou a receber o tratamento no CAPS. O processo de cuidado revelou-se diferente de sua antiga experiência, uma vez que houve aposta em seu protagonismo na medida em que a equipe negociava, com ela e sua família, a maneira de administrar a organização do seu cuidado. Aqui, a noção de autonomia é íntima da cogestão de cuidado, ou seja, coloca os agentes (família, profissional gestores e usuário) implicados no processo de fabricação de saúde mutuamente. O efeito disso, “é criar condições para diferentes expressões da autonomia” (PASSOS, et al, 2013).

O CAPS sustentava a sua liberdade de circular pelas oficinas, grupos de apoio e área de convivência. Maria selecionava os encontros que faziam mais sentido para ela a cada momento, julgando o que seria melhor para produção de sua saúde. No seu diário há uma passagem que mostra a sua escolha do profissional de referência de maneira informal. Maria escreve:

[...] como eu vou agindo de forma espontânea e me sentindo bem com o profissional Dalton (nome fictício), que sempre tem pouquinho de atenção para mim; lhe disse que escrevi algo no meu Diário, vou te mostrar pois para mim, você é e sempre foi a meu profissional de referência, mais do que é profissional Mel (nome fictício).

O seu processo no CAPS é marcado por intensas produções de agenciamentos que são efeito dos seus encontros com pessoas, grupos, arte, política etc. Vivências que a estimularam na problematização de valores instituídos e a permitiram se aceitar e à sua negritude, concomitantemente, se reconhecer e afirmar sua diferença por meio do uso do cabelo crespo e das roupas afro. Maria reconhecia o grupo da AMAT como um forte dispositivo de cuidado, como o lugar em que se podia confiar suas questões e seus sofrimentos. Em seu diário relata:

Hoje cheguei a uma conclusão que todo o meu passado é e sempre será importante, mas o mais importante será daqui para frente, pois me comprometi com uma imensa família, sim, eu sempre sonhei com uma grande família, hoje os meus sentidos se confirmaram...eu me refiro aos usuários e a equipe de profissionais do CAPS. Deixei bem claro e explicado em poucas palavras que todos eram a minha família e que me associaria ao ‘Projeto Mente Ativa e faria o possível em vivenciar e interagir com todos [...]. O meu objetivo é me esforçar, dedicar-me a desenvolver o meu conhecimento e aprimorar a minha capacidade de melhor poder ajudar o próximo. Com a certeza

de que quando precisar de alguns deles, terei a certeza que me auxiliarão da forma que eu precisar [...] assim é uma grande família.

Para Maria, os grupos do CAPS propiciaram a construção de vínculos que extrapolavam as paredes do serviço de saúde, o que promoveu maior autonomia para a usuária lidar com afetos que a despotencializavam, como exemplo o sentimento de falta de aceitação de sua mãe. Isso se evidencia em sua festa de aniversário, a que compareceram outros usuários, um casal de amigos, seu filho e eu. Maria havia arrumado toda casa, esperava-nos com um bolo em formato de bíblia, sanduíches, sucos, inclusive sem açúcar para o usuário com diabetes. Ela havia chamado sua mãe e seu padrasto para festa, que não quiseram ir. Maria comenta a falta de sua mãe, mas não se abala, continua a festa. Esse contexto é importante por evidenciar que a noção de autonomia “define-se na referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna” (PASSOS et al, 2013).

Além de suas atividades no CAPS, Maria frequentava a oficina de geração de renda – projeto de pintura de capa de agenda - Nutrarte, localizado na pinacoteca de São Bernardo do Campo -SP. Contudo, no grupo aconteciam muitas outras coisas, pois, os participantes pintavam o que lhes interessava mais, escreviam e conversavam. A professora do projeto queixava-se da aparente falta de foco do grupo, que não conseguiria produzir um bom volume de material para vender e gerar a renda para os usuários.

Tal narrativa veio acompanhada de alguns conflitos presentes em seu cotidiano. Maria revelara que transitar por vários espaços e assumir diversos compromissos ocupou muito sua agenda e subtraiu o tempo para descansar e cuidar de sua casa. Maria passou a considerar a hipótese de se desligar de algum afazer no CAPS para ter mais tempo para ela. Além disso, revelava certa angústia com sua inserção no mundo do trabalho, apontava que queria trocar de emprego e que não poderia sobreviver apenas com a renda das oficinas da Nutrarte.

Ora é comum agenciarmos com espaços, pessoas e diversas outras matérias que nos potencializam, sem necessariamente ter um interesse pessoal a priori. Contudo, o mundo contemporâneo pautado no *homo oeconomicus* nos

coloca essa tensão de conciliar o tempo investido no trabalho com o tempo disponibilizado para a produção de cuidado. Maria vivia essa tensão, mas infere-se que acabava priorizando os espaços coletivos, já que buscava emprego que pudesse ser realizado nos finais de semana.

O campo de tensionamento vivenciado com Maria provocou-me a reflexão a respeito sobre o modo como selecionamos os nossos encontros. Nesse sentido, acompanhá-la foi um processo de aprendizagem, pois, ela privilegiava os encontros que a arrastavam a novos movimentos e a fabricação de novos territórios. A última vez que a vi, ela estava frequentando um grupo de filosofia e escrita em São Paulo. Maria repetia o discurso da agenda lotada, mas, ao mesmo tempo, estava alegre com a sua nova descoberta.

Contar com a contribuição de Maria na problematização do conceito de autonomia possibilitou-me dar visibilidade e dizibilidade ao usuário como interlocutor válido na produção de seu cuidado, em que a equipe deve ser facilitadora de sua autonomia, acompanhando-o em seu processo autopoietico. Assim, como demonstra Maria em seu protagonismo ao selecionar os encontros em que se sentia acolhida e que a possibilitavam favorecer os seus múltiplos agenciamentos, como: escritora, usuária militante, pintura, vendedora.... Portanto, o trabalho de saúde mental deve tratar de afirmar a vida quando mostra sua potência, favorecendo a sua afirmação contínua e, também possibilitando a emergência de outras consciências e outras sensibilidades.

5 - Considerações finais

A minha proposta de pesquisa foi analisar a apreensão da noção de autonomia nos fazeres e saberes que permeiam os encontros micropolíticos dos dispositivos de saúde mental, mesmo compreendendo que esse conceito atravessa diversos outros campos da existência. O estudo foi se produzindo conforme os encontros com os autores e campos de pesquisa, o que me possibilitou abrir para múltiplas dimensões de análises.

O estímulo a pesquisar sobre o conceito de autonomia foi produto dos meus questionamentos acerca das formas como somos atravessados por essa temática na sociedade contemporânea, que coloca o exercício da autonomia de forma idealizada e independente das relações que nos compõem. Essa visão causava-me um intenso incômodo e a necessidade de querer conhecer outras maneiras de pensar como nos constituímos como sujeitos autônomos.

O contato com a teoria biologista de Maturana e Varela permitiu-me lançar o olhar para a autonomia como condição essencial da vida, de qualquer ser vivente. A ideia de que seu processo de produção autorreferente não é determinado pelo meio, mas se constitui em correspondência ao meio, e a ideia de que o conhecimento resulta da elaboração interna do que é informado pelo exterior, obedecendo à deriva estrutural, é chave para extrapolarmos o campo da biologia e pensarmos essa teoria como analisadora dos trabalhos dos dispositivos da saúde mental reformada. Talvez, a principal justificativa para a importação dessa teoria, resida no fato de que ela valoriza a qualidade do encontro, do encontro ético que nega qualquer tipo de verticalização da informação ou qualquer imputação moral. Também impõe que o pesquisador ou qualquer profissional da saúde, que lida com o encontro, compreenda que a internalização do processo de cuidado que é feita pelo usuário não obedece a expectativa do cuidador.

O exercício de combinar a teoria biologista de Maturana e Varela, de buscar possíveis intersecções com o pensamento de Espinosa, ressaltou a importância do encontro ético que permite olhar o sujeito em sua multiplicidade e complexidade. A filosofia espinosiana abole a concepção de indivíduo, pois, se refere a modos de existências que estão e constante produção por meio do afetar

e ser afetado. É pela compreensão das causas dos afetos que nos atravessam por meios dos encontros que conhecemos uma nova potencialidade de existir e desconstruirmos hábitos aprisionantes. Emprestarmos a teoria dos afetos de Espinosa para discutirmos os encontros cuidador possibilita abandonarmos os rótulos psiquiátricos, para vivenciarmos a fabricação do cuidado no encontro em ato cuja aposta é trabalhador e usuário compondo novos modos de viver.

Ao fazer uma vivência cartográfica nos dispositivos de saúde, pude compreendê-los como locais com condição de criação de redes de afeto, tecidas evidentemente, pelos seus autores envolvidos. Nas reuniões e nos grupos que vivenciei, pude constatar na prática que o encontro eleva ou diminui a potência do indivíduo e que, de maneira geral, em seu tempo e de maneira particular, o indivíduo aprende quando fala de si, aprende quando estimulado a elaborar uma argumentação sobre qualquer situação e aprende quando ouve, refletindo sobre o que ouvira, seja negando ou concordando, mas expondo-se às novas possibilidades, cuja internalização é um processo pessoal.

O cruzamento das perspectivas biológicas e filosóficas implica considerarmos que a produção de vínculo do usuário com o dispositivo de saúde ocorre porque, na medida em que ele encontra sentido na experiência coletiva, ele se torna constituinte dela. Não é mero frequentador ou expectador, receptor passivo, mas coprodutor do seu cuidado e do cuidado alheio, e nisso reside também o seu ganho de autonomia. Com isso, não considero que os indivíduos apresentem uma evolução linear ou que os bons encontros sejam constantes, mas sim, que as modificações possibilitam-lhes criar novas conexões de sentidos para caminharem no mundo, para falarem de si, para coproduzirem o próprio cuidado.

Vivenciar o cotidiano dos dispositivos de saúde tendo como analisador o conceito de autonomia deu visibilidade e dizibilidade as práticas de cuidado afirmadoras de rede de conexões de sentidos, como também organizações de trabalhos que queriam governar, que buscavam impor uma normatividade da vida dos sujeitos. Durante a pesquisa fui agenciada em acompanhar espaços em que havia maior protagonismo do usuário. Talvez fui guiada pela minha vontade de produzir outros territórios existenciais em mim a respeito do conceito de autonomia.

Acompanhar os usuários nos grupos da AMAT e do jornal permitiu presenciar o protagonismo dos usuários na fabricação do seu próprio cuidado, que era produto do agenciamento coletivo que dava voz à diferença. Assim, o encontro propiciava por meio de trocas de experiência e das compreensões dos afetos, ferramentas para produzir novos territórios existenciais. Nesses espaços autopoieticos, aprendi com os usuários que o cuidado é fabricado nos gestos sensíveis com outro, que são capazes de ampliar a nossa potência de agir.

Aproximar-me da equipe do CR proporcionou-me o exercício de acompanhar a vida no que ela pode; isto é, a fabricação do cuidado é potencializar os usuários em sua existência por meio dos acoplamentos possíveis que fazem com o profissional cuidador. Acompanhar o vínculo e a escuta como ferramentas fundamentais na condução do encontro cuidador que quer dar passagens as novas produções de sentidos, ampliando autonomia dos sujeitos por meio das redes vivas que permitem as múltiplas circulações de afetos.

O encontro com Maria possibilitou dar visibilidade a importância da organização do trabalho em saúde em conhecer o nomadismo dos usuários, por ser um analisador que nos desloca do conforto das identidades representacionais e nos permite compreender a multiplicidade de cada existência. Ao estar com Maria, acessei a sua produção constante de agenciamentos, o que a diferenciava dos territórios fechados dos diagnósticos que vivenciei nas internações psiquiátricas. Ela me permitiu conhecer as diversas Marias: mãe solo, pintora, escritora, filha, amiga e cuidadora. Acompanhá-la foi caro para pesquisa devido a compreensão de que quanto mais ampliamos nossa rede de conexões existências, mais ampliamos a nossa autonomia.

Com essa breve exposição dos campos, a minha pretensão não foi idealizá-los, pois, considero que é próprio de todo processo as variações de estado em que o mau encontro também é presente. E isso também aconteceu nessa minha vivência. Contudo, atentei-me sobre essas cenas porque considero fundamental acessarmos os processos afirmadores de potência no campo de saúde mental, para que quebre as barreiras de cuidado de saúde que são correspondentes às relações verticalizadas e moralizantes.

No mundo contemporâneo, os encontros potencializadores da vida nos permitem criar contraculturas aos ideais de indivíduos autônomos posto pelo capital. Vivenciar esse acontecimento no campo de pesquisa possibilitou-me presenciar o protagonismo do usuário na fabricação de sua vida por meio das seleções dos seus encontros. Contudo, também, vivenciei nos dispositivos de saúde uma falta de aposta no usuário em guiar sua vida o que causava encontros tristes por afastar as vidas de sua potência. Ou seja, equipes de saúde mental cansadas e ressentidas e usuário descuidados e sozinhos.

Propor a articulação do conceito de autonomia com o campo de saúde mental permitiu compreender os encontros de cuidado em saúde em incessante produção, isto é, não há uma fórmula instituída e garantida. Daí a necessidade de fabricarmos espaços coletivos de processamento de afetos não só entre os usuários, como também para os trabalhadores. Desse modo, é no encontro em que há circulação de afetos que nos possibilita descolar de afetos que nos aprisionam, promovendo processos de singularização.

Referência Bibliográfica

AMARANTE, PAULO. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001. *Política Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde. 2001.

COSTA, Rogério da. Os afetos de rede: individualismo conectado ou interconexão do coletivo? In: IARA: Revista de moda, cultura e arte. v. 4, n. 1, 2011. Disponível em: http://www1.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistaiara/wp-content/uploads/2015/01/02_IARA_vol4_n1_Dossie.pdf. Acesso em: 25/02/2017.

DELEUZE, Gilles. *Dois regimes de loucos: textos e entrevistas*. São Paulo: Editora 34, 2016.

DELEUZE, Gilles. *Duas Questões*. In: *Saúde Loucura*, n. 3, 1992. São Paulo: Hucitec.

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

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

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *Kafka: por uma literatura menor*. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. 3ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix: *Kafka: por uma literatura menor*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v.3. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 4. São Paulo: Editora 34, 2008

DELEUZE, Gilles. A Ilha Deserta e outros textos. 1 ed. São Paulo: Iluminuras, 2011.

FEUERWERKER, L. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1ª Ed. Porto Alegre, Rede Unida, 2014.

FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (orgs.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2015.

FOUCALUT, Michel. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FUGANTI, Luiz. A Ética como potência e a Moral como servidão. In: Revista Reichiana, n. 10, 2001. São Paulo: Gráfica Josemar.

FUGANTI, Luiz. Saúde, desejo e pensamento. São Paulo: Hucitec, 2008.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005

KINOSHITA, Roberto Tykanori. O outro da Reforma: contribuições da teoria da autopoieses para a problemática da cronicidade no context das reformas psiquiátricas [tese de doutorado]. Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. 2001.

LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, Antonio. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec, 2015.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MATURANA, Humberto; FRANCISCO, Varela. De Máquinas y seres vivos. Autopoieses: la organización de lo vivo. Buenos Aires: Lumen, 2003.

MATURANA, Humberto. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

MATURANA, Humberto. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

MERHY, EMERSON ELIAS. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Acesso em: <
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>

MENICUCCI, TELMA MARIA GONÇALVES. *Público e Privado na política de Assistência à Saúde no Brasil: Atores, Processos e Trajetória*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ UFMG. Belo Horizonte – MG. 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2013.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PELBART, Peter Pál. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PELBART, Peter Pál. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Iluminuras, 2009.

ROLNIK, SUELY. *Cartografia Sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1987.

SPINOZA, Benedictus de. Ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

YASUI, SILVIO. *Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar*. In: Caderno Humanizaus V. 5. *Saúde Mental*. Brasil, Ministério da Saúde. Distrito Federal – Brasília, 2015. p. 13-23.