**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Experimentações intensivas: psicofármacos e produção
de si no contemporâneo.**

Eduardo Caron

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências.**

Área de Concentração: Saúde Pública

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

**São Paulo
2019**

Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo.

Eduardo Caron

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

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

**Versão Original
São Paulo
2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Caron, Eduardo

EXPERIMENTAÇÕES INTENSIVAS: PSICOFÁRMACOS E PRODUÇÃO DE
SI NO CONTEMPORÂNEO / Eduardo Caron; orientadora Laura
Camargo Macruz Feuerwerker. -- São Paulo, 2019.
260 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2019.

1. psicofármacos. 2. saúde mental. 3. medicalização. 4.
autonomia. 5. psiquiatria. I. Feuerwerker, Laura Camargo
Macruz, orient. II. Título.

AGRADEÇO

a minha mãe Maria Mifune, o entusiasmo e a alegria sem o que esta tese não teria sido feita;

a minha irmã Regina Mifune, o amor que me dedicou durante esse longo caminho;

a meu filho Tui Segall Caron, as longas conversas, ideias e a torcida;

a minha amada Ariadna Patrícia Alvarez, a atenta leitura, suas preciosas dicas e a força nas horas que mais precisava;

a Laura Feuerwerker, os anos de proximidades e vizinhanças que puderam se encontrar nesse trabalho com força inventiva;

a Edu Passos, sua atenção especial apoiadora a essas primeiras experiências da GAM em São Paulo;

a Maria Cristina Vicentin, a parceria no trabalho de capilarização da GAM na Vila Brasilândia;

a Ricardo Teixeira, Alexandre Henz e Adriana Barin a oportunidade de pensar problemas e referenciais conceituais na montagem da pesquisa e da tese.

a Fernando Léfèvre e Paulo Capucci, a facilitação do início do caminho, e à Ianni Scarcelli, o companheirismo durante o percurso;

ao grupo de pesquisadores Enativos do Instituto de Psicologia da UFF, o acolhimento no seu vigoroso espaço de discussão sobre experiências com a GAM;

a Reginaldo Grenzi da Silva, a suma importância para esta pesquisa do seu trabalho na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública;

aos pesquisadores usuários, trabalhadores e gestores, o envolvimento e o desejo de conhecer e inventar na vida e no trabalho;

a meu pai Jorge Caron, as infinitas rizadas, e

aos antepassados.

NOMES DOS PESQUISADORES

Esta pesquisa, coordenada por Eduardo Caron, foi realizada nos anos de 2017 e 2018 pelos seguintes Pesquisadores Voluntários usuários, trabalhadores e gestores das unidades de saúde em que a pesquisa foi realizada. Os pesquisadores participaram da gestão dos processos, da moderação dos grupos de pesquisa, das análises e avaliações durante a realização do campo.

Ana Balbina Vilar da Silva	Jaime Santos
Ana Lucia Gonçalves Martins	Luciana Fernandes de Souza
Anderson Pereira da Silva	Marcos Cristiano da Silva
Andréia Mariana de Souza Silva	Osibias Lopes de Lima
Barbara de Souza Nunes Silva	Patricia Silva de Souza
Cintia da Silva Santos	Pedro Henrique Santos Cruz
Cristina Ana da Silva	Rafael Bruno Vasconcelos
Debora Elias Lacerda	Regina Yuriko Sakamoto
Diego Napolitano Curceli	Ricardo José Rodrigues
Edvaldo Neves Vieira Junior	Roberta Alexandra da Silva
Elaine Alves de Moraes Souza	Rosana Aparecida Alves
Elaine Schleder	Rosemeire Caldeira Souza
Eliete de Lourdes Correa	Ruth Silvestre da Silva
Elisabete Alves Pinto	Sergio dos Santos Oliveira
Fábio Alencar dos Santos	Silvino Otavio Prestes
Fernando Mostaço da Mata	Suzana Helena da Silveira
Gilson Oliveira Mendes	Thiago Honorato Vieira
Hugo Luis Fernández	Vanessa Vieira Santos

A participação como pesquisador não implica a concordância com os referenciais, conceitos e análises contidas nesta tese.

APOIO DA CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

CARON, E. Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019.

RESUMO

A indagação do uso de psicofármacos no viver cotidiano foi o eixo disparador de experimentações que aconteceram em processos coletivos grupais - a partir da proposta da Gestão Autônoma da Medicação - com usuários de drogas psiquiátricas e trabalhadores de serviços de saúde pública, no período de quinze meses, em um CAPS Adulto, um CAPS Álcool e Drogas e duas UBS na cidade de São Paulo. A autonomia foi a questão norteadora e o critério permanente de conduta e análise de implicação nestes processos acompanhados segundo uma abordagem cartográfica. Os participantes foram convidados a ser pesquisadores que indagam, tateiam problemas e decidem os rumos da pesquisa em que o pesquisador acadêmico teve função de moderador e algumas vezes de apoiador de trabalhadores-moderadores. Nestes processos foram tratados diferentes focos de investigação: a epidemia das drogas psiquiátricas promovida pelo sistema de saúde; as tecnologias de saber e poder que constituem a experiência de doença e o lugar de paciente psiquiátrico; sintomas físicos e mentais produzidos com o uso de medicação; a violência do poder psiquiátrico contra a loucura e do racismo de Estado contra usuários de álcool e outras drogas; o estigma do inválido mental, a exclusão do mundo do trabalho e dificuldade de acesso aos direitos sociais; os efeitos da experiência de contração de grupalidade e da convivência no aumento da autonomia, potência de vida e redução de danos. Tais temas foram compostos coletivamente, num plano comum de experimentações intensivas, isto é, que aconteceram num regime de afetabilidade, de trânsitos e emergência de novas formas de agir e ser com o outro.

Descritores: psicofármacos, medicalização, autonomia, saúde mental, psiquiatria

CARON, E. [**Psychopharmaceuticals and subjectivation in the contemporary world**]. 2019. Thesis - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019. Portuguese.

ABSTRACT

The investigation of the use of psychoactive drugs in everyday life was the triggering point for experiments that took place in collective group processes - based on the proposal of Autonomous Medication Management - with psychiatric drug users and public health service workers, in the period of fifteen months, in a psychosocial care center for adults, a psychosocial care center for alcohol and drug users and two units of primary health care, in São Paulo city. Autonomy was the guiding question and the permanent criterion of conduct and analysis of implication in these processes followed according to a cartographic perspective. Participants were invited to be researchers who inquire and decide the course of research in which the academic researcher has served as moderator and sometimes as a supporter of worker-moderators. In these processes different research focuses were treated: the psychiatric drug epidemic promoted by the health system; the technologies of knowledge and power that constitute the experience of disease and the place of psychiatric patient; physical and mental symptoms produced with the use of medication; the violence of psychiatric power against madness and state racism against drug addicts; the stigma of the mental invalid, the exclusion of the access to work and the difficulty of access to social rights; the effects of the experience of group conviviality in the increase of the autonomy, potency of life and conduct of reduction of damages. Such themes were collectively composed in a common plan of intensive experiments, that is, they happened in a regime of affability, of transits and emergence of new ways of acting and being with the other.

Descriptors: psychopharmaceuticals, medicalization, autonomy, mental health, psychiatry

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 QUE TESE É ESTA?	7
1.2 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO	12
1.3 DEFINIÇÃO DA PESQUISA E VISÃO	19
2 TRAJETÓRIAS E DESLOCAMENTOS QUE CONSTITUÍRAM UM CAMPO METODOLÓGICO.	24
3 DESENHO METODOLÓGICO	27
3.1 DEFINIÇÕES PRELIMINARES	27
3.2 O DISPOSITIVO GAM - GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - COMO PROCEDIMENTO DA PESQUISA	30
3.3 O GRUPO COMO ESPAÇO COMUM DE FALA E AÇÃO	32
4 DIFERENTES MODOS DE PRODUÇÃO DA PESQUISA NO CAMPO	38
CAPS ADULTO CAPELA DO SOCORRO	38
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E CAPS ÁLCOOL E DROGAS – VILA BRASILÂNDIA	39
4.1 CAPS ADULTO CAPELA DO SOCORRO	41
Primeiro Momento	44
Focos de Investigação da Pesquisa	46
A experiência inicial do grupo de pesquisa da gestão autônoma da medicação	49
4.2 DA ANOTAÇÃO À ESCRITA COLETIVA NA ORALIDADE	66
4.3 LUGARES NA REDE	69
4.4 CAMPO DE PESQUISA VILA BRASILÂNDIA	75
4.5 A CAPILARIZAÇÃO DA PROPOSTA GAM EM DUAS UBS EM SÃO PAULO EM 2017 E 2018	76
Uma epidemia do uso de psicofármacos.	77
Constituição de Oficinas de Apoio nas Unidades	80
Invisibilidade da saúde mental e núcleos de saber especializado	82
A transversalidade e as relações de dominação no trabalho.	85
O dispositivo como espaço de cuidado e efeitos sobre as práticas	88
Invenção de Novos Territórios Existenciais	94
A relação entre prática de apoio, a experiência e o sentido do dispositivo num campo de forças	97
Novo nome para o dispositivo: Autonomia na Vida	101
4.6 EXPERIMENTAÇÕES EM UM SERVIÇO DE CAPS AD.	108

A Constituição das Oficinas de Apoio	108
Oficinas de Apoio como espaço de análise e invenção do dispositivo	111
Produção de um comum redutor de danos.....	114
Interferências da experiência apoiadora na construção do dispositivo	119
Espaço de problematização do trabalho e da clínica	122
A violência como analisador e o plano comum.....	125
4.7 O JOGO FORA DO CAMPO	132
Poder psiquiátrico e medicação psicotrópica.....	135
4.8 ZONAS DE EXPERIMENTAÇÕES INTENSIVAS, AMOROSIDADE E VIDA	
IMANENTE	146
5 POLÍTICO ÉTICO ESTÉTICO E ERÓTICO	170
6 A AUTONOMIA AUTOPOIESE E O PLANO COMUM	174
7 AUTONOMIA COMO CRITÉRIO DO CAMINHAR.....	182
8 INTERVENÇÃO E INTERFERÊNCIAS.....	186
9 BIOPOLÍTICA PSICOFÁRMACOS E SUBJETIVIDADE	193
10 NEUROCIÊNCIAS, NATUREZA E CRISE DO HUMANISMO	212
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	248
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	252
APÊNDICE.....	259
CURRÍCULO LATTES	260

SIGLAS UTILIZADAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CORA – Centro Oncológico de Recuperação e Apoio
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FDA – Food and Drug Administration
GAM – Gestão Autônoma da Medicação
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
NIMH – National Institute of Mental Health
PROPET-Saúde – Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFF – Universidade Federal Fluminense
Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

1 INTRODUÇÃO

1.1 QUE TESE É ESTA?

Este é um estudo sobre o uso de medicamentos psiquiátricos por usuários de serviços públicos de saúde. Seu caminho foi o da construção de coletivos que pudessem operar como dispositivos de ampliação de autonomia nas relações, e de investigação das experimentações e vivências nos serviços e na vida derivados ou associados ao uso de psicofármacos, o que constituiu um campo de problematização em que entraram em questão tecnologias de poder sobre a vida, regimes de verdade e de subjetivação contemporâneos que trataremos de enunciar aqui.

No amplo contexto das práticas discursivas de medicalização da vida, que se expandiram pela emergência das invenções biotecnológicas no contemporâneo, que aqui neste estudo situam um campo constituído em torno da intervenção psicofarmacológica e das neurociências, crescem tensões que abalam nossa “constituição moderna” (LATOUR, 1994). Tensões que colocam em crise a dicotomia básica do mundo ocidental que separa natureza e subjetividade, mente e matéria, cérebro e alma ou vida biológica e psíquica. Tensões em que a centralidade universal do homem ocidental - que funda a sua própria forma de existir e pensar a si e ao mundo - se esfacela, embora esta siga sendo a forma básica de “exploração” do outro, da natureza, do planeta e seus arredores. Sem esperança alguma de retorno à *belle époque* humanista, mas também sem força para celebrar o luto e deixar o cadáver, o fantasma da forma-homem (DELEUZE, 2005, FOUCAULT, 1999a) assombra os humanos num fabuloso espetáculo capitalístico em que, na atualidade, as neurociências e o cérebro estão em destaque.

Ao se problematizar o uso de psicofármacos e forças que movimentam esse campo de práticas em espaços voltados para a ampliação de autonomia coletiva junto com usuários e trabalhadores de serviços de saúde pública, ganharam visibilidade e dizibilidade outros modos de subjetivação que não cabem nas formas explicativas da racionalidade científica e do humanismo modernos.

No campo desta pesquisa puderam ser tratadas diferentes formas daquilo que Robert Whitaker (2017) chama de epidemia das drogas psiquiátricas: por um lado, a prescrição farmacológica constitui uma prática central do tratamento psiquiátrico em torno da qual se organizam os serviços de atenção especializada em saúde mental; por outro lado, ao longo dos anos, nos serviços de atenção básica, a prática de renovação contínua de receitas produziu a adição em larga escala do uso de medicamentos psicotrópicos por uma população crescente de usuários. Para além da prescrição nos serviços de saúde, a produção do campo também deu visibilidade a redes de distribuição informal destes medicamentos nos territórios, na rede de relações dos usuários, família, vizinhos e no mercado informal de medicamentos controlados e outras drogas.

Ao pôr em questão algumas das forças que atuam na produção desse campo de práticas e subjetivação, ganharam dizibilidade sofrimentos produzidos pelos efeitos iatrogênicos do uso contínuo de psicofármacos, pela patologização da vida e pela afirmação da doença mental como território existencial. Aqui a experiência do estigma ultrapassou a noção mais ampla de segregação social e adentrou sentidos mínimos, microscópicos, de descrédito, dependência e inferioridade produzidos neste campo organizado pelo tratamento psiquiátrico e a saúde mental.

Muito embora as experiências neste campo sejam explicitamente insuportáveis, veremos que o regime é o da invisibilidade. Ao mesmo tempo, nos serviços de atenção especializada, a “vista grossa” feita aos sofrimentos causados pelos remédios, a escuta seletiva que avalia, interpreta e desacredita, e a posição de dependência vigiada reservada ao “doente”, convivem com um ambiente amigável em que o usuário recebe bons tratos e cuidados, tem

direitos e se sente melhor do que fora da instituição, o que facilita a sujeição ao regime psiquiátrico, a adesão à medicação e ao lugar de portador de patologias e transtornos.

Como dissemos, nos deparamos com um campo de forças em que a medicalização da vida é exercida, que fez colocar em questão todo um arcabouço de tecnologias de saber e poder que concorrem para a organização deste campo de práticas. Nesta experimentação, lançamos mão da GAM - Gestão Autônoma da Medicação - como ferramenta para produzir, junto com usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, dispositivos de desestabilização destas tecnologias de governo da vida. Foi possível, assim, constituir um campo de encontros e problematização, em que, sem uma direção pré-definida, cada hora olhando para um aspecto do problema, pudemos desfiar e desafiar regimes de verdade e ordens instituídas. Um campo refratário ao diagnóstico de uma suposta realidade dada, às respostas explicativas e às forças de padronização de sentidos, controle de comportamentos e sintomas, que visam a neutralização da experiência, produzindo outras formas de sofrimento. O caminho deste estudo, portanto, fez problematizar toda uma produção científica da invenção da psicofarmacologia, da biopsiquiatria e das neurociências, no âmbito das relações de força e poder em que a vida está em questão no contemporâneo.

Nesta indagação sobre a cientificidade e o biopoder, necessariamente tivemos que pensar questões postas pela emergência das biotecnologias que modificam e perturbam delimitações entre natureza biológica e artifício, cérebro e fármaco, assim como separações entre sujeito e mundo, interior e exterior, pondo em confrontação diferentes políticas cognitivas e de produção do saber. Problematizando como os psicofármacos e as neurotecnologias incidem no governo da vida, foi possível colocar em questão noções e produções conceituais em torno do sujeito, como, por exemplo, o “sujeito cerebral”, o “eu neuroquímico”, derivadas de novas forças que emergem no cenário biopolítico. Embora circunscritas ao âmbito da racionalidade científica, estas forças acabam produzindo valores, deslocamentos da interioridade psi e

processos de dessubjetivação que decompõem a forma humanista moderna de conceber natureza, vida, conhecimento e verdade.

Assim, este estudo se encontra na intercessão entre três campos de relações políticas: o campo do biopoder, produtor de formas de controle sobre a vida no contemporâneo molecularizadas ou dividualizadas (DELEUZE, 1992) - neste caso biomoléculas, genes, neurotransmissores e neurofármacos - que, a partir da “década do cérebro”¹, tem expandido o prefixo “neuro” às mais variadas áreas - como neuroeducação, neuroética e neurodiversidade - propagando territórios existenciais cerebralizados e psicofarmacotizados. Nestes últimos se inclui a epidemia das drogas psiquiátricas a que nos referimos anteriormente.

O segundo campo é o do conhecimento em que, entre outros movimentos, coloca-se em questão a lógica binária e objetivista da racionalidade científica moderna e afirma-se outros modos de pensamento e de existência – para além do clássico e o moderno – que se constituem a partir dos conceitos de multiplicidade e perspectivismo (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, VIVEIROS DE CASTRO, 2015). Uma política cognitiva em que conhecer é uma ação inventiva dos seres vivos – denominada “enação” por Varella e Maturana - em que o próprio ser e o mundo próprio coemergem num processo de individuação e coengendramento de subjetivação-objetivação (ESCOSSIA; KASTRUP, 2005).

O terceiro é o da micropolítica, plano das relações moleculares que podem escapar dos limites extensivos dados pelo que está instituído, caracterizado por condições históricas no plano das relações molares (GUATTARI; ROLNIK, 2013) e que também atravessam as relações no cotidiano. Trata-se de um plano comum, que pode estar aberto para o fora dos padrões e sentidos codificados, o que recoloca o problema da autonomia – aqui, em relação ao uso de psicofármacos, nos serviços e na vida - como processos de singularização existencial,

¹ Em julho de 1990, o então presidente americano, George Bush, assinou uma proclamação declarando os anos 90 “a década do cérebro”

como política de intensividades, afetos, potência de vida e modos de sensibilidade na relação com o outro.

A construção de dispositivos para ampliação de autonomia e problematização das práticas em torno do uso de psicofármacos com usuários e trabalhadores, interferiu nesses três campos, produzindo fraturas, desvios, deslocamentos de perspectiva e processos de subjetivação instaurados pela participação molecular no plano comum heterogêneo e descontínuo que constituía o campo empírico da pesquisa. Ao contrário de explicar e responder, a potência destes coletivos aumentava exatamente nas aberturas, nas zonas de indeterminação, na expansão dos espaços de continência às afecções produzidas pelas narrativas, sem saber resposta e nem conclusão.

Nestas zonas de indefinição, de *nonsense* e sensibilidade expandida em que se ampliam conexões, potência de vida e autonomia coletiva, podemos vislumbrar a abertura para outras formas de pensamento e existência para além da forma-homem que, segundo Latour (1994), jamais logamos de fato ter sido, mas que, embora morta, sigamos crendo que assim devíamos ser. E se uma abertura para a liberação da vida no homem (DELEUZE, 2005) se processa, essa abertura também inclui múltiplas e ilimitadas formas de naturezas (NIETZSCHE, 2001) para além daquela forma monista, inerte e purificada de toda subjetividade, que produz cérebros sob controle e neuroquímicos no comando.

1.2 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

A pergunta que me coloco é: onde me encontro no meio dessa tensão temática?

Uma rede de temas e questões tramados por uma trajetória pelas áreas da biologia, cinema, psicologia e saúde coletiva, constitui lugares de onde ouço e falo nessa pesquisa.

Quando estudante no Instituto de Biociências da USP, trabalhava diariamente como bolsista de iniciação científica, em um laboratório de pesquisa biomolecular, na detecção e purificação de fatores neuro-hormonais hipofisários e hipotalâmicos ativos sobre o crescimento celular. Uma pesquisa que apostava numa via biomolecular para controle do câncer. Essa passagem pela Biologia foi motivada pela leitura, durante a adolescência, de livros de Wilhem Reich - A Revolução Sexual, A Função do Orgasmo, Análise do Caráter, Psicologia de Massas do Fascismo, Escuta Zé Ninguém e O Assassinato de Cristo – que derivou um interesse pela teoria da energia sexual como energia biótica, em particular a teoria do *orgone* e das terapias bioenergéticas. Enquanto participava, no laboratório, das pesquisas em biologia molecular, seguia buscando, sem sucesso, professores que tivessem alguma abertura para pesquisar as teorias reichianas, foi então que ingressei em um grupo de pesquisa e estudos dos professores do Instituto de Ciências Biomédicas, José Cipolla e Menna Barreto, quando me aproximei da Cronobiologia, que pesquisava os biorritmos, e da Neuropsicologia a partir dos estudos de Luria e Vigotsky. Antes de entrar para a psicologia, portanto, o interesse pelo campo psi, naquela ocasião a sexualidade e a cognição, despontava na interface com temas associados à biologia e à neurobiologia, que fazem parte do campo de problematização do uso de neuroquímicos.

Outra linha de implicação deriva do trabalho como realizador de cinema e cinegrafista. O problema da verdade e da ambiguidade, sempre esteve em permanente atualização no trabalho cinematográfico, tanto na construção de roteiros, quanto na realização, na fotografia, na montagem de imagem e na edição de som e mixagem. No trabalho em cinema me intrigavam as invenções técnicas para produzir efeitos narrativos. O cinema é um constructo que produz

forte impressão de realidade na percepção do espectador. É uma experiência de realidade ou de sonho. A própria impressão de movimento é uma experiência: o objeto é, intrinsecamente, apenas luz e som, nada está lá e nada se move. No entanto tudo está lá.

Embora no trabalho de realização de filmes ficcionais o sentido de “criação de mundos” esteja explícito, ao realizar filmes documentais me deparei com a mesma questão: o mundo do filme é realidade construída. Embora imerso num oceano ilimitado de realidades, ao recortar um fragmento no quadro da câmera, criar luminosidades, se colocar num ponto de vista, filtrar, cortar falas, ressaltar outras e concatena-las, criar ambiências e intervenções sonoras, se cria um mundo antes inexistente.

Essa característica do ofício, ou da arte, em que se pensa e se opera artifícios para produzir experiências de realidade-sonho, esse me parecia ser um tema importante para olhar outras experiências nos mundos fora da sala de cinema. Em outras palavras, me movia essa intrigante questão, em que a realidade é uma experiência produzida, e não uma natureza dada, em que ficção e verdade são inseparáveis, de modo a dar visibilidade a um certo “delírio contínuo” na experiência cotidiana, em que se “sai de um filme e se entra em outro”, sem perceber.

Na sala de cinema, forçosamente o pesadelo, a paixão, o drama, esvanecem ao final do filme, mas na experiência dos modos de vida transitamos por mundos radicalmente distintos, acreditando que é o mesmo, e mais, num delírio narcísico, estamos certos de que esse nosso é o mesmo mundo do outro. Essas questões em torno da realidade e sonho, ficção e verdade, artifício e natureza, invenção de si e de mundo nunca cessaram e, se atualizam nesse estudo sobre modos de subjetivação-objetivação num campo de experiências com medicação psiquiátrica.

Outra vertente de tensões, que compõe a rede de implicação do lugar de pesquisador em que me movo na atual pesquisa, deriva do campo *psi* desde a graduação e atravessa o meu

trabalho na clínica. Como no campo da clínica estou implicado nessa pesquisa sobre o uso de medicação psiquiátrica? Esse talvez seja dos pontos de implicação mais tensos, pois essa experiência de pesquisa faz parte de uma trajetória que tem posto a clínica em questão. Um questionamento que coloca a atitude ética no fazer da clínica no terreno de uma ação política. Para tanto, para situar de que política se trata, preciso pontuar sucintamente um certo lugar de onde parti.

Antes dessa pesquisa ainda não tinha tido a experiência com um método baseado nos conceitos de transversalidade (GUATTARI, 1985, PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014), cartografia e plano de consistência ou imanência (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, ZOURABICHVILI, 2016). Então, me movia intuitivamente operando referências heterogêneas para construir um campo de questionamento da clínica, em que três núcleos apresentavam grandes dificuldades: o “modelo médico” da clínica, o “modelo social” do coletivo, e o terceiro, a noção de transformação ou mudança.

O primeiro colocava em questão o que, a meu ver, subjaz diversas abordagens da clínica, a relação psicólogo-paciente, analista-analisando ou terapeuta-terapeutizado, em que se fixa uma diferença de hierarquia dada pela propriedade de um saber. Outra decorrência desse modelo médico é a clínica como atividade criadora de patologias por avaliação, diagnóstico e tratamento, isto é, a clínica como lugar de sistematização de sintomas, formulação de hipóteses diagnósticas e intervenção técnica. A minha prática, então, tornou-se um processo de “despatologização”, de deslocamento e esvaziamento desse senso comum, a começar por mim mesmo, por poder co-habitar com o outro um lugar de não saber, ao despatologizar o meu olhar, minha afecção e atitude. Esse deslocamento, ao contrário de anular, permitia ver múltiplas outras diferenças muito mais interessantes que aquelas relativas aos saberes sobre patologias da psique.

O segundo núcleo punha em questão uma concepção de coletivo reduzida às relações sociais e às formas das instituições nas quais os indivíduos interagem. A noção de transferência e contratransferência, e de implicação inconsciente do analista na relação transferencial formulada por Freud, já anunciava um plano comum para além daquele âmbito inconsciente pessoal do recalque. Bleger (1998), ao fazer uma análise dos grupos como instituição e o grupo nas instituições propunha a noção de fundo sincrético, uma base de sociabilidade caracterizada pela indiferenciação individual, que ele, baseado na Gestalt, via como fundo das interações individuais. Por fim, mas principalmente, a noção de inconsciente coletivo proposta por Jung (1995), me auxiliava expandir a noção de coletivo para uma dimensão inconsciente comum em que não somente eu e o outro estávamos implicados, mas uma multidão de “outros” e “eus”, assim como todos os seres e coisas que constituem nossa existência, em que matéria e psique estão em permanente processo de diferenciação e individuação. Essa noção, minoritária, me auxiliava a estar no campo da clínica como participante, vale lembrar, não numa participação reduzida à interação social.

O terceiro núcleo problemático, que decorria desta participação, era a concepção de mudança. Para diversas abordagens da clínica, essa passagem é vista como re-significação, elaboração, re-leitura, daí uma certa subordinação da clínica à linguagem. Essa importância da linguagem está sempre presente, inclusive nesta pesquisa. Intuitivamente eu buscava no fazer da clínica, então, um espaço em que imagens, narrativas oníricas e formas de jogo escapassem às limitações da linguagem, possibilitando combinações inusitadas, e, ao contrário de sublinhar certos liames interpretativos, permitisse que múltiplos sentidos, mesmo que díspares, pudessem entrar no jogo. Aliás tive a oportunidade de praticar a ideia de clínica como jogo a partir da obra de Winnicott (1975), das técnicas do jogo de rabiscos e do brincar. Se nesse jogo, então, alguma transformação pudesse ter lugar, eu precisaria confiar numa experiência em que a minha

vida também estivesse em jogo, e, portanto, em trânsito e mudança, ao fazer aquela clínica à qual o outro me chamava.

Tive que pontuar essas dificuldades, pois elas dialogam com o método desta pesquisa, da qual a clínica não é objeto, mas que me fizeram por em questão a possível dimensão clínica em curso no processo dessa pesquisa.

Por fim, essa rede de implicações passa também pela minha aproximação dos campos da saúde coletiva e da saúde mental a partir do ingresso na Faculdade de Saúde Pública no programa de pós-graduação. A motivação desse movimento surgiu quando trabalhava como psicólogo no CORA – Centro Oncológico de Recuperação e Apoio. Dada a proximidade com o hospital, as questões sobre o adoecimento no trabalho em saúde, entre elas o problema do *burnout*, me chamavam a atenção. Essa preocupação se intensificou quando pessoas conhecidas foram diagnosticadas com câncer, uma delas com quem eu trabalhava no CORA, e outra, chefe da equipe de cabeça-e-pescoço de um grande hospital especializado em câncer, sendo que este médico teve o tumor na região da cabeça e foi tratado pela própria equipe que chefiava.

Novamente eu recorria à abordagem institucional de Bleger (1998) que propunha a noção de que as instituições sofrem exatamente os problemas dos quais se ocupam. Assim, ingressei na pós-graduação com o projeto de pesquisar o tema da humanização em saúde tendo como problema o adoecimento dos trabalhadores. Via no estudo da humanização uma excelente oportunidade para dar a ver que não existe neutralidade no modo de produção em saúde. Considerava que o desejo de humanização nas relações de saúde colocava em evidência a “desumanização” do próprio sistema de saúde, seus paradigmas, dispositivos, modos de subjetivação e regimes de trabalho.

Propunha ver o adoecimento que se produz no trabalho em saúde como uma coemergência do próprio aparato de combate a doenças que necessita inventar incessantemente novas tecnologias para se proteger das doenças que ela mesma cria. Os exemplos dessa corrida

sem fim são inúmeros e se multiplicam conforme novos mundos se descortinam incessantemente. Um exemplo clássico, porém, dramático, é a produção de linhagens de bactérias super-resistentes pelo consumo em massa de antibióticos. A partir da invenção da medicina genômica, cresce uma vasta produção de protodoenças, doenças potenciais assintomáticas ou pré-sintomáticas. Na dissertação de mestrado (CARON; IANNI; LEFEVRE, 2018) pude desenvolver uma análise dos dispositivos de produção em saúde na sociedade de consumo (CARON; LEFÈVRE; CAVALCANTI, 2015) e do biopoder na era biotecnológica, que sustentam a crescente medicalização e medicamentação da vida, problema que se atualiza no contexto da “epidemia do uso de psicofármacos”, como denomina Robert Whitaker (2017), em discussão aqui nesta tese.

Na busca de interlocutores para problematizar o trabalho e as relações em saúde, me aproximei do grupo de pesquisa da Professora Laura Feuerwerker com quem comecei a explorar uma nova forma de pensar saúde e subjetividade: o campo da micropolítica² na produção de cuidado em saúde. A partir desta nova perspectiva, passei a trabalhar com Educação Permanente em Saúde em processos de produção de saber em serviço, fazendo rodas de trabalhadores em unidades básicas de saúde, na região metropolitana de São Paulo, misturado diariamente num mundo prenhe de tensões, desejos, problemas, invenções e múltiplas histórias vivas.

A partir desse lugar da Educação Permanente fizemos parcerias entre os trabalhadores da Atenção Básica e professores de escolas de ensino fundamental para planejar juntos ações envolvendo alunos e adultos nos territórios. Neles tivemos experiências de deslocamento dos lugares habituais de saber e poder, ampliação da autonomia dos envolvidos, processos de contínua re-pactuação coletiva, constituição de grupalidade e intensificação desta no processo,

2 Aqui nos referimos à Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Emerson Mehry , Laura Feuerwerker. <http://saudemipolitica.blogspot.com/2013/11/site-do-emerson-merhy.html>

criação expressiva e participação alegre e concentrada dos envolvidos. Estas experiências possuem uma grande afinidade com a atual pesquisa, embora em outros espaços, com outras gentes e outros problemas, experimentávamos um jeito de fazer, que, nesta pesquisa sobre o uso de psicofármacos, aprofundamos como método.

1.3 DEFINIÇÃO DA PESQUISA E VISÃO

Essa pesquisa investiga modos de subjetivação relacionados ao uso de psicofármacos por usuários de serviços de saúde pública de atenção comunitária psicossocial – Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde – na região metropolitana de São Paulo. Os sujeitos participantes desta pesquisa são viventes usuários de medicação psiquiátrica, que fazem tratamento médico para o sofrimento psíquico, e profissionais dos serviços.

Embora a pesquisa se limite a investigar modos de subjetivação produzidos associados ou relacionados a um foco de experiência - o uso de psicofármacos de usuários de serviços de saúde pública – deixa em aberto os âmbitos do viver em que emergem as experiências em questão. A pesquisa também não faz restrição à classe de psicofármacos usada. O foco não está sobre o medicamento, não se intenciona estudar especificidades ou os efeitos específicos de classes de medicamentos. O objetivo da pesquisa é acompanhar processos de subjetivação disparados pelo próprio dispositivo da pesquisa – grupos para discutir com usuários e trabalhadores a experiência do uso de psicofármacos. Nessa direção a pesquisa é um acompanhamento no tempo, na duração, não intenciona descrever estados ou estruturas, mas experiências, e, enquanto tais, processos, movimentos, deslocamentos, construções e desconstruções relativos a experiências. Embora várias formas de ação e expressão componham os processos acompanhados, o foco de atenção concentrou-se sobre as falas e narrativas que constituem variações e multiplicidades de apresentação em ato, no presente da pesquisa, em torno de problemas que vão se constituindo no próprio processo.

Mais especificamente, nesta investigação de modos de subjetivação, a pesquisa se interessa pelo tema da autonomia. O estudo não parte de um conceito de autonomia, mas se vale do jogo de posições e contradições em que os sujeitos estão envolvidos nas suas experiências, para por a autonomia em questão, isto é, mobilizar processos e noções que participam da constituição de autonomia, e que possam conceituá-la neste campo delimitado

em torno do uso de medicação psiquiátrica. Em questão está o sujeito, e também o assujeitamento nas relações, nos serviços de saúde, em torno da medicação. Esse olhar para o tema da autonomia no campo da experiência do uso de psicofármacos no âmbito dos serviços de saúde, isto é, num campo relacional, envolve, portanto, também os profissionais médicos, terapeutas e técnicos.

Trata-se de uma pesquisa em que a realização do método faz parte da experiência que se estuda, e não um meio para atingir uma outra coisa, uma outra meta. Neste caso o método incluiu, como dispositivo da pesquisa, a Gestão Autônoma da Medicação – GAM, de que trataremos mais adiante. Na medida em que o método faz parte da meta, então ele também está em questão, mesmo não sendo o objeto com o qual nos deparamos, ele é a intervenção, um campo delimitado por certa estratégia, disposições e ferramentas, um certo campo existencial em que o objeto é, ou torna-se, problema coletivo.

Qual a visão antropológica, epistemológica e ontológica segundo as quais o objeto, o problema e o método vão se constituir? No contemporâneo, sob as mais variadas formas de apresentação, entra em crise uma vasta matriz epistemológica, cuja genealogia remonta à cultura ocidental clássica, que constitui, por um lado, a base da racionalidade científica moderna realista, e por outro, as metafísicas idealistas. De um lado, há a crença em um mundo posto, em uma natureza dada, una e governada por leis objetivas passíveis de serem descobertas e conhecidas racionalmente pelos sujeitos, e de outro, há a crença de que o fundamento da existência é o mundo das ideias, cujas aparências, ou fenômenos, são impressões limitadas, subjetivas e condicionadas pelos sentidos e convenções humanas. Essa duplicidade também aparece na dicotomia que separa humano e não humano, subjetivo e objetivo, corpo e espírito, social e natural, que está na base da separação entre Ciências Humanas e Ciências Naturais. Nesta chave o sujeito cognoscente é um espectador do mundo, natural ou social, que observa de fora aspectos parciais de uma totalidade dada, pré-existente.

Quando nos atemos a um campo de investigação cujo centro é composto pela experiência do uso de substâncias neuroquímicas, colocamos essa chave dicotômica em questão. Os conceitos produzidos no âmbito das neurociências, que constituem a base farmacológica das medicações psicotrópicas, veiculam valores, posições epistemológicas, definem visões antropológicas, sentidos de vida, práticas de vida e práticas sociais, formas de subjetivação de saberes científicos que se apresentam no viver cotidiano, como, por exemplo, a enunciação de que os medicamentos produzem alterações cerebrais, e que o tratamento consiste numa intervenção química cujos efeitos se relacionam com a ação de neurotransmissores nas sinapses neuronais.

Da perspectiva que estamos adotando neste estudo, todos os discursos prontos sobre o que vem a ser esses medicamentos estão em suspensão. Em questão está inclusive as substâncias que os constituem, dado que essas substâncias só podem ser concebidas no interior de práticas discursivas. A própria fórmula da composição química do medicamento é linguagem que compõe um discurso farmacológico, articula valores – indicações, contraindicações - e pontos de vista sobre o uso do medicamento, ativamente retroalimentando um amplo espectro discursivo e institucional. Espectro que inclui a instância médica, a consulta psiquiátrica, a prescrição, o estigma de quem usa “remédios controlados”, a relação com familiares, profissionais e instituições de saúde, previdenciárias, jurídicas e assistenciais, os laudos e os códigos de classificação internacional de doenças, as bulas e a informação veiculada na mídia, que conformam regimes de verdade (FOUCAULT, 1999a) e produzem efeitos.

Quanto mais se fala de um objeto, mais ele se expande, criam-se universais que colonizam e subordinam diferentes modalidades de conhecimento. Ao mesmo tempo em que a substância é criada, cérebro e sujeito também o são. O destinatário do discurso está sendo produzido como efeito do discurso, falado pelo outro, pelo tempo, pelo lugar que ocupa para dizer, na medida em que essa massa discursiva é também um lugar comum de onde se fala.

Entende-se aqui a coemergência de mundo e subjetividade, isto é, a compreensão do fenômeno como co-engendramento de mundo e de subjetividade. Essa perspectiva cria uma abertura para fora da oposição entre idealismo e realismo. Requer, primeiro, a superação do realismo científico básico, superação da impressão de objetividade e de um mundo objetivo pré-existente governado por leis as quais o conhecimento científico busca produzir representações. Em segundo lugar requer a superação do idealismo niilista, a superação da impressão do real como miragem condicionada pelas limitações dos sentidos e convenções da consciência. Por fim, propõe a compreensão de uma existência real que se atualiza permanentemente e produz simultaneamente mundos e subjetividades indeterminados, transitórios, múltiplos e co-presentes (KASTRUP, 2007).

Desta perspectiva, o conhecimento escapa à representação de um mundo pré-existente, ou à criação de modelos representacionais de leis universais que regulam este real. Também não se limita à operação de categorias abstratas que constituem uma coerência interna a partir de definições axiomáticas, o conhecer como operação formal que define o real como coisa abstrata. Temos a experiência de como estas formas de conhecimento produzem nossas vidas. Por exemplo, a partir da operação das leis da mecânica clássica se realizam todas as obras de engenharia, mesmo que as ciências físicas tenham superado a mecânica newtoniana. Ou como, nas operações do cotidiano, tomamos por definição abstrata da categoria tempo, a convenção temporal linear cronológica, mesmo sabendo que esta categoria tenha sido profundamente alterada a partir da relatividade einsteiniana.

Adentramos aqui um outro campo onde o conhecer não é ação de um observador ou um pensador externo ao objeto e à realidade que representa. Um campo onde conhecer é um acontecimento que produz simultaneamente sujeito e mundo, e se sucede no espaço coletivo de produção de si e de mundos (FOUCAULT, 2001). É, porém, prudente escapar não somente do etnocentrismo euro-ocidental, branco, adulto, fálico e racional, mas também do

antropocentrismo moderno que insiste no homem como medida de todas as coisas. A crise planetária no contemporâneo nos propõe a superação do humanismo e, nessa medida, expandir a noção dos espaços intermediários de conhecimento para além das línguas humanas e incluir o conhecer ativo entre todas formas de vida e, hipoteticamente, entre todas as coisas.

2 TRAJETÓRIAS E DESLOCAMENTOS QUE CONSTITUÍRAM UM CAMPO METODOLÓGICO.

Inicialmente esta pesquisa surgiu motivada pela discussão sobre uso de psicofármacos como prática constituída nos dispositivos, tecnologias de saber e poder, regimes de verdade e de conduta na contemporaneidade. O foco de investigação centrava-se sobre o uso de psicofármacos como prática biopolítica, ou, dizendo de outro modo, como a prática de intervenção neuroquímica, amparada no discurso psiquiátrico, das neurociências e dos laboratórios farmacêuticos, concorrem para a constituição do biopoder no século XXI. Buscava-se produzir uma análise do biopoder contemporâneo olhando para a medicalização no âmbito *psi*, ou da medicamentação no campo da saúde mental. O ponto de partida assentava-se sobre a pesquisa de Nikolas Rose em *The Politics of Life Itself* (2007) e *Neuro* (2013) que, a partir de uma análise das produções contemporâneas da biomedicina e das neurociências, apontava para processos de somatização ética, biocidadania e constituição de uma subjetividade neurobiológica, como ele mesmo denomina, em que o poder sobre a vida se moleculariza, não no sentido empregado por Deleuze & Guattari em *Mil Platôs* como *devenir-molecular* (2012a) mas no sentido da biologia molecular. Esse campo de problematização situado na interface entre as transformações geradas pelas biotecnologias e os modos de subjetivação no contemporâneo, também vem sendo tratado por Francisco Ortega (2010) e Bezerra (2006) que se ocupam de analisar novos lugares de um sujeito na contemporaneidade diante de um acelerado processo de esvaziamento da interioridade *psi* e crescente exteriorização e corporalização da subjetividade.

Situado neste campo de problematização, o projeto da pesquisa almejava constituir uma mirada a partir da perspectiva de usuários de medicação psicotrópica, o que colocava a experiência do uso da medicação no centro da produção da pesquisa. Esse propósito de construir com usuários uma visibilidade ancorada na experiência, já delimitava um posicionamento ético-

político de trabalho, porém, ainda não havia propriamente um método, um processo de acompanhamento da experiência nem um caminho de produção desse conhecer. Foi somente a partir da discussão com Alexandre Henz e Laura Feuerwerker, durante o exame de qualificação, que a GAM – Gestão Autônoma de Medicação - foi adotada como dispositivo, o que, como veremos adiante, irá dar consistência ao método em que objeto, objetivos, meios e o agir vão se constituindo e transitando na duração da pesquisa. Um processo em que o grupo de integrantes da pesquisa – usuários, profissionais e acadêmico – vão construindo o dispositivo, elegendo variados objetos de confrontação ao longo do processo, modulando e modificando objetivos do grupo de pesquisa e inaugurando novas ações.

Incluir a experiência GAM como método exigia uma preparação, estudo e formação para realizar a pesquisa. Naquele momento não havia em São Paulo nenhuma experiência GAM em curso. Na UNICAMP o grupo de pesquisa orientado por Rosana Onocko Campos, que havia participado da pesquisa multicêntrica que produziu a adaptação dos Guias GAM-BR, já não mais se ocupava de pesquisas com esse dispositivo. Num ponto avançado de discussão e experiência com a GAM, o grupo Enativos orientado por Eduardo Passos na UFF, em Niterói, era, e em 2018 ainda é, um centro de produção intensa de pesquisa e literatura neste campo. As pesquisas deste grupo têm qualificado a GAM em diferentes frentes de problematização como método, manejo e moderação, supervisão, capilarização em serviços da rede, conceituação e prática de apoio, impacto na formação médica, e a GAM como tecnologia social.

A partir de 2016 passei a integrar as reuniões de supervisão deste grupo de pesquisa na UFF, que me serviram de espaço de formação, discussão de experiências e de conexão necessária à sustentação do campo de intervenção na cidade de São Paulo.

Num primeiro momento a pesquisa se iniciou em dois CAPS Adulto na região metropolitana da cidade. Em seguida, a convite da Profa. Maria Cristina Vicentin, coordenadora do Programa de Educação no Trabalho conveniado entre a PUC-SP e SUS, passei a trabalhar

como formador-apoiador junto aos trabalhadores da região da Vila Brasilândia para a capilarização da GAM naquele território, onde, neste processo, o dispositivo foi construído em duas UBS e um CAPS Álcool e Drogas.

A inclusão da GAM como método fez disparar uma multiplicidade de agenciamentos que encontraram oportunidade, através desta pesquisa, de produzir movimento e singularização. No caso dos dois CAPS Adulto, trabalhadores e usuários foram convidados à participação numa pesquisa que consistia na formação de um grupo GAM sobre o uso de medicação psiquiátrica e autonomia.

Tal convite gerou de imediato grande interesse, pondo em evidência a energia potencial da combinação destes temas, que, como veremos na análise das narrativas produzidas, constituem um campo em que atuam forças de constrição nos limites de um território psiquiátrico, e forças que dão passagem a outros modos de sentir, pensar e existir. No caso das UBS e do CAPS Álcool e Drogas na Vila Brasilândia, embora o programa de formação e apoio para a construção do dispositivo não tivesse surgido motivado diretamente por essa pesquisa, foi o fato dela estar sendo realizada com a metodologia GAM em São Paulo em conexão com o grupo de pesquisadores da UFF, que agenciou a minha participação nos processos formativos e de intervenção naquelas unidades com trabalhadores e usuários.

Se por um lado o curso dos acontecimentos criou novas conexões impensadas no projeto inicial dessa pesquisa, por outro, essas novas conexões ampliaram a visibilidade da alta complexidade dos processos que estávamos pondo em movimento. Neste percurso, as questões da pesquisa sobre os processos de subjetivação e o biopoder na experiência do uso de medicação psicotrópica, passaram a ser moduladas no registro de experiências, a partir da GAM, que tem a autonomia como critério para invenção e avaliação de procedimentos e condutas do método.

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 DEFINIÇÕES PRELIMINARES

1. Cartografia: Esta pesquisa foi realizada com base no “método da cartografia” segundo Passos et al - Pistas do Método da Cartografia vol I (2009) e vol II (2014). Estas obras reúnem um arcabouço teórico sobre o método do qual adotamos os seguintes referenciais:
 - a) Esta pesquisa é uma produção comum de participantes que optam livremente por realizar os encontros em grupo.
 - b) É um acompanhamento de processo, o que implica um trabalho de convivência regular numa duração;
 - c) Os participantes e pesquisadores são implicados no processo de produção. Não há isenção ou neutralidade. Todos são afetados e intervêm no processo de pesquisa;
 - d) Nos encontros cria-se um processo que valoriza a comunicação na diferença, o convívio de pontos de vista díspares e da multiplicidade de experiências, favorecendo os deslocamentos e a dimensão transversal no processo do grupo;
 - e) A pesquisa se atém a experiências e habita um território existencial em que estas se processam, o que implica estar em convívio, fazer a pesquisa com o outro, em uma topologia de lateralidade, e não de interpelação, numa produção comum;
 - f) As presenças, falas e discursos individuais entram em composição constituindo no grupo um plano comum da experiência, um coletivo de forças e de conexões;
 - g) A pesquisa não busca conhecer um estado de realidade, mas processos, linhas e campos de força em ação;
 - h) Opera-se na direção da dissolução de um ponto de vista do observador exterior que toma o outro e o fenômeno por objeto dado;

- i) A pesquisa desestabiliza os pressupostos e problemas pré-determinados, e convida para a abertura à emergência de problemas ou analisadores advindos das interações e forças em campo;
 - j) A pesquisa convida, e reitera o convite durante o processo, aos participantes e pesquisadores, a uma atenção ao presente, ao momento do grupo, aos gestos e movimentos, aberta para signos emergentes;
 - k) A pesquisa valoriza a expressividade e a narratividade como veículos da experiência, e busca evitar os discursos explicativos.
2. Pesquisadores: Nesta pesquisa todos os participantes foram convidados a se reconhecerem como pesquisadores. Esse convite foi reiterado ao longo da pesquisa na medida em que ganhava evidência a cogestão do grupo GAM e da pesquisa pelos participantes – a qual teremos oportunidade de discutir nos capítulos seguintes - bem como a noção de que os conhecimentos estavam sendo produzidos coletivamente. Durante o processo da pesquisa trabalhadores participaram da escritura coletiva de trabalhos que foram apresentados em congressos, ampliando a noção de participante-pesquisador.

Nos quatro grupos GAM em que a pesquisa foi realizada, trabalhadores e usuários puderam reconhecer a sua participação na pesquisa como pesquisadores e decidir a inclusão do seu nome como pesquisador voluntário desta pesquisa. O lugar do participante-pesquisador confirma a conduta cogestiva da pesquisa e do dispositivo GAM. Esse lugar diferencia-se do pesquisador acadêmico, o qual é vinculado à Faculdade de Saúde Pública–USP a quem deve apresentar relatórios da pesquisa e submeter uma tese à avaliação de uma banca examinadora, além de ser o Pesquisador Responsável perante o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

3. Diário de Campo: Nesta pesquisa as falas ocupam grande parte do diário, o qual se constitui dos registros de cenas e trajetórias que as falas foram traçando na duração de cada encontro. Buscou-se registrar os indícios de signos e formas de expressão que favoreceram momentos analíticos nos encontros.
4. Processamento e análise: Como iremos discutir adiante, na medida da capacidade limitada do grupo, durante os encontros aconteceram “momentos analíticos”; momentos em que a emergência de signos e problemas postos pela comunicação de pontos de vista e experiências, muitas vezes díspares, colocam perguntas e novas formas de ver e dizer. Certos eventos, focos de experiência, certas falas, se tornam “analísadores”. Então, a cada encontro ocorrem processos analíticos: é uma forma de conduta “analítica” do grupo sobre o seu processo no ato do encontro. Não se trata da coleta de dados para análise a posteriori. Trata-se de uma “análise da experiência”, em que o que está em questão não é desvendar significados pela análise de conteúdos, mas se defrontar com “analísadores” que chamam atenção e, ao serem vistos, produzem deslocamentos de ponto de vista, ou outros olhares.
5. Escritura e discussão de narrativas e avaliação do processo da pesquisa: O pesquisador-acadêmico escreveu narrativas sobre o processo da pesquisa, as quais foram discutidas pelos respectivos grupos GAM com usuários e trabalhadores. No CAPS Adulto o grupo GAM realizou a discussão dessas narrativas em dois momentos de avaliação do processo durante a pesquisa e um após o seu término. Nas UBS e no CAPS Álcool e Drogas essas narrativas foram apresentadas e discutidas ao final da pesquisa pelos usuários participantes e pelos trabalhadores moderadores da GAM. Do ponto de vista do método da cartografia podemos analisar esse momento de submissão das narrativas à discussão no coletivo, como um momento de validação da pesquisa.

6. Nomenclatura: Durante o processo da pesquisa, os participantes discutiram, sob vários pontos de vista, o nome pelo qual, nesta pesquisa, deveriam ser chamados ou designados os participantes que tem necessidade de serviços de saúde mental e/ou fazem uso de medicação psicotrópica. Coletivamente os grupos escolheram o termo “usuário”, “usuário de serviços saúde mental” ou “usuário de medicamento controlado” ou “usuário de medicação psicotrópica”.
7. Nomes fictícios: No sentido de salvaguardar a privacidade dos participantes, estes decidiram que os textos e documentos públicos – tese, artigos e comunicações – devem usar nomes fictícios quando mencionarem as falas dos usuários.
8. Linguagem falocêntrica: Por força da norma da língua portuguesa manteve-se o uso do gênero masculino para designar categorias ou coletivos que incluem participação feminina como, por exemplo, o termo “usuários” e categorias profissionais.

3.2 O DISPOSITIVO GAM - GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - COMO PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa adotou o dispositivo GAM como procedimento. Inicialmente criada no Quebec (RODRIGUEZ et al., 2013; RODRIGUEZ; POIREL, 2007), a GAM foi introduzida no Brasil a partir de uma pesquisa multicêntrica (ONOCKO CAMPOS et al., 2012; PASSOS et al., 2013) que fez a tradução dos seus instrumentos – o Guia GAM do Usuário e o Guia GAM do Moderador (ONOCKO CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI et al., 2012 e 2014) – e a adaptação ao contexto brasileiro atual da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Os motivos que concorreram para eleger o dispositivo GAM como procedimento da pesquisa são:

- a) É um dispositivo grupal regulado e operado por uma conduta cogestiva dos participantes.
- b) O dispositivo GAM abre um espaço de fala e ação no interior das instituições de saúde, que favorece a problematização do uso de medicação psicotrópica.
- c) A GAM é um dispositivo baseado na experiência de autonomia coletiva e, com isso, favorece o deslocamento dos lugares de saber-poder.
- d) O dispositivo possui um instrumento – Guia GAM do Usuário – o qual favorece a qualificação do grupo GAM como coletivo de pesquisa. Os participantes de um dispositivo GAM se engajam num processo de produção de conhecimento. Conhecer é um verbo central do dispositivo.
- e) O Guia GAM se situa na perspectiva de interesses do usuário de medicação psicotrópica e favorece a instauração de um lugar público de sujeito de direitos.
- f) O Guia GAM é um instrumento que vem sendo permanentemente submetido ao uso por equipes de pesquisa e grupos de trabalhadores e usuários no Brasil desde 2004, o que o tem validado como auxiliar do dispositivo como disparador de discussões em processos de experiência de autonomia coletiva. O Guia GAM reúne uma sequência de tópicos de discussão sobre experiências de vida - o dia-a-dia, as relações, dinheiro, trabalho, redes de apoio, os remédios que usa, os tratamentos, desejos e planos – e textos anexos de interesse dos usuários.

Nesta pesquisa, em todos os grupos GAM, o Guia foi utilizado apenas em parte dos encontros, de acordo com o interesse dos participantes. De um lado, os temas discutidos na maioria dos encontros foram motivados por questões trazidas pelos participantes. Por outro lado, quando o grupo se ocupava de questões propostas pelo Guia GAM, a duração das discussões por vezes se estendia por vários encontros. Esta pesquisa se beneficiou do uso do Guia sem o propósito de seguir ou concluir o conjunto de passos propostos pelo Guia GAM.

3.3 O GRUPO COMO ESPAÇO COMUM DE FALA E AÇÃO

Discutiremos agora um desenho metodológico de investigação a partir de uma perspectiva construtivista coletiva, isto é, de um conhecimento que se engendra transformando realidades e produzindo subjetividades num espaço comum de construção. Essa abordagem propõe, nas instituições públicas de saúde participantes da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial voltada para a atenção comunitária em saúde mental – CAPS Adulto, CAPS Álcool e Drogas e Unidades Básicas de Saúde - a criação de espaços coletivos, grupos de usuários e trabalhadores, em torno da experiência do uso de medicação psiquiátrica e, no caso do CAPS AD, também o uso de outras substâncias psicoativas. A instauração destes espaços coletivos como meio de pesquisa coloca em questão o modelo sujeito – objeto, convida os sujeitos a integrarem um trabalho comum que se dá na experiência.

Não obstante as limitações e condicionamentos da linguagem, esta pesquisa se produz em grande medida pela experiência da fala em comum e da circulação da palavra no grupo. As falas evocam experiências vividas presentes no corpo e no tempo atualizado no corpo, evocam memórias que se conectam às narrativas que vão sendo feitas, assim como pensamentos impensados, engendrados na atualidade da experiência comum.

Pode-se desenhar essa abordagem metodológica como pesquisa-intervenção, em que o ato de investigar produz o fenômeno, transforma, modifica a experiência dos participantes – sempre convidados a se reconhecerem como pesquisadores - destitui o acadêmico-pesquisador do lugar onisciente, observador da realidade pesquisada, e institui a pesquisa como produção coletiva da qual os investigadores – acadêmico e participantes – são cogestores. Nesta linha é preciso qualificar essa intervenção no interior de uma composição, um arranjo, que constitui o ethos que se processa neste coletivo.

O horizonte ético que se apresenta nesta pesquisa é formado pelas questões humanas postas a partir não somente das práticas em saúde mental, mas das práticas de vida atravessadas pelo uso de medicação psicotrópica e outras substâncias, tanto do lugar do usuário como dos profissionais, e diz respeito aos modos de vida, às relações pessoais, grupais e institucionais, ao corpo, às imagens de si e dos outros, que vão constituindo uma cartografia móvel, circunstancial e incompleta. Tal cartografia só é possível na condição em que uma multiplicidade de lugares, conforme a diversidade de experiências e pontos de vista, possam coexistir e corresponder mesmo que em contradição ou disjunção.

Dessa dimensão ética decorre outras duas linhas de construção metodológica: a contração da grupalidade e a cogestão (PASSOS et al, 2013; MELO et al, 2015). A primeira refere-se à uma implicação recíproca dos atores envolvidos, uma responsividade e alteridade que sustenta o espaço coletivo de pesquisa. Embora o grupo não seja objeto da pesquisa, e sim modos de subjetivação na experiência de usos de psicofármacos e substâncias psicoativas no âmbito dos serviços de saúde, o grupo é o espaço privilegiado do método em que a investigação se produz, e, nesta medida, a contração da grupalidade favorece os processos de subjetivação em curso na pesquisa.

Tal contração, diferentemente dos coletivos que se agrupam por identidade, se dá pela comunicação das diferenças. No entanto essa grupalidade contraída pela comunicação de diferenças requer uma condição de lateralidade entre os sujeitos, que se colocam lado a lado, o que se configura por uma disposição equidistante em torno de uma questão comum. Essa disposição ética estabelece um plano de igualdade e requer também uma disposição espacial circular do grupo em torno de um centro. Há aqui três dimensões de composição do desenho metodológico:

- 1) A verticalidade contém as disposições institucionais em que a pesquisa é planejada, autorizada e acordada (universidade, comitês de ética em pesquisa, secretaria municipal

de saúde, gestão dos serviços, hierarquia das equipes nos serviços, etc), nesta verticalidade também se encontram as referências das pesquisas anteriores sobre a Gestão Autônoma de Medicação que produziram os Guias do Usuário e do Moderador, que constituem um arcabouço metodológico.

- 2) A horizontalidade contém o plano da comunicação equidistante, da disposição lateral dos atores diante do problema.
- 3) A transversalidade, que conecta discursos heterogêneos e cria novos sentidos e novas semiologias.

Discutiremos a seguir outras implicações desses três eixos ao problematizar o conceito de autonomia na perspectiva do plano comum, coletivo e impessoal. Por ora, nos atendo à dimensão ética do método, vale por em questão o papel de pesquisador-participante e sua diferença em relação ao pesquisador-acadêmico. No plano da configuração das diferenças, várias são as que distinguem o pesquisador-acadêmico: é quem traz o problema, faz o convite e propõe um método de trabalho. Mas a partir da contração da grupalidade e da contratação da participação na pesquisa, aqueles participantes do grupo que se reconhecem pesquisadores, são de fato e de direito pesquisadores.

A intervenção inicial do pesquisador-acadêmico, que propõe a realização da pesquisa a qual deriva de um projeto de tese e está vinculada a instituições de ensino e de ética em pesquisa, consiste um plano vertical sempre presente ao longo do processo. Essa dimensão vertical deve estar transparente ao grupo de pesquisa para que não estabeleça domínio sobre o espaço coletivo de interlocução. Uma estratégia metodológica que responde ao ethos que define a comunicação das diferenças na interlocução no grupo é o convite reiterado aos participantes à cogestão da pesquisa e ao reconhecimento de si como pesquisador. Esse convite é tanto mais significativo em se tratando de colocar a experiência e o conceito de autonomia na relação com a medicação e outras substâncias psicoativas como um problema de pesquisa. Aqueles

participantes que ao longo do processo se interessam pela construção da pesquisa, dos problemas, arriscam novos pensamentos, propõem passos, temas ou buscam caminhos no percurso que o grupo de pesquisa vai traçando, aqueles que se reconhecem enquanto sujeitos pesquisadores, tornam-se autores da pesquisa. Assim, qualifica-se a força da pesquisa-intervenção enquanto pesquisa cogestiva, ao tempo em que se qualifica a experiência de autonomia durante o processo.

Falamos acima de contratação da pesquisa e não de contrato. Diferentemente de um contrato, que é um termo, a contratação é uma ação, e, neste caso, em permanente processo de repactuação durante a duração da pesquisa. Como definida, esta pesquisa é um acompanhamento de processo, e, nesse sentido, a contratação, isto é, os referenciais que situam o entendimento e justificam a participação na pesquisa, seu título, definição e justificativa, objetivos, critérios de inclusão e exclusão, formas de participação e expressão, os termos de consentimento livre e esclarecido – TCLE, são revistos, re-examinados, ampliados ao longo da pesquisa. Sempre que os participantes discutiram o TCLE, o que ocorria periodicamente durante a pesquisa, a discussão sobre a pesquisa sempre se tornava uma discussão sobre a experiência no dia a dia em relação ao uso de medicação ou outros temas, ao tratamento psiquiátrico, às situações de preconceito e barreiras sociais, enfim, a discussão dos termos da pesquisa equivalia à discussão da experiência.

Outra face da dimensão ética põe em evidência um lugar que requer atenção e manejo do pesquisador-acadêmico no espaço intermediário intertextual. No caso desta composição heterogênea, onde profissionais de saúde e usuários fazem parte do grupo de pesquisa, ocorrem constrições da fala e condicionamentos de pontos de vista e posições – do usuário diante do profissional e vice-versa. Trata-se de dar atenção e trazer para a cena barreiras que perturbam o fazer ético que se constitui na pesquisa, pondo em evidência forças que atuam no espaço discursivo seja para obter respostas esperadas, seja para ocultar falas e pensamentos que

desestabilizem lugares e relações instituídas. Tanto o silenciamento quanto o aprisionamento da fala do outro em categorias teórico-conceituais, colocam em questão a demanda ética da pesquisa. Este trabalho de trazer à cena, ou por em evidência as barreiras, os silenciamentos que ignoram ou fazem a palavra cair no vazio, ou posições de saber que classificam ou submetem a experiência a um conhecimento instituído – médico, farmacológico, psicológico, psiquiátrico, etc – este é um trabalho analítico permanente do processo da pesquisa, que o pesquisador necessita compartilhar com o coletivo.

É preciso sublinhar o contraste do lugar do participante-pesquisador na pesquisa, daquele sujeito informante que produz relatos, representações, dados que são coletados nos moldes do realismo científico básico, onde o objeto de pesquisa é um passivo do qual se busca desvendar estados, naturezas e estruturas dadas. Numa pesquisa que coleta dados fornecidos por um sujeito informante passivo, seja qual for o meio de extração, a análise opera sobre os conteúdos representados, buscando regularidades e repetições no sentido de apreender generalidades pela criação de categorias mais ou menos estáveis. Se estuda conceitos sem se ater aos regimes de enunciação e visibilidade que os constroem, sem se ater aos discursos e imagens que engendram esses conteúdos. Inversamente, no caminho metodológico da pesquisa-intervenção que estamos desenhando, que realiza percursos, trajetos que conduzem a uma experiência de si, a análise se atém à própria construção singular, às linhas de compreensão traçadas ao longo de processos, individuações ou engendramentos de si e de mundos. Podemos pensar o setting de pesquisa como um campo de experiência que acontece no espaço intermediário, da grupalidade e do discurso, como experimento que transforma o real do qual a experiência é composta. Nessa medida a análise não se dá a posteriori, mas ao longo do próprio processo da pesquisa.

A análise da experiência, diferentemente da análise de conteúdo, opera atributos topológicos e não representações ontológicas ou sociais. Entram em jogo as posições, lugares

de onde se fala, as superfícies de inscrição, as regiões e territórios existenciais, de modo que uma topologia, ou uma cartografia, é construída no processo analítico. Na pesquisa, então, estes lugares se configuram em campos de forças que, como veremos ganham visibilidade nos processos analisados.

4 DIFERENTES MODOS DE PRODUÇÃO DA PESQUISA NO CAMPO

CAPS ADULTO CAPELA DO SOCORRO

A pesquisa se iniciou no CAPS Adulto Capela do Socorro, onde este pesquisador-acadêmico foi o articulador com a gestão do CAPS, da Organização Social que administra o serviço e a Coordenadoria de Saúde Sul da Secretaria de Saúde do município de São Paulo. O Grupo de pesquisa com usuários e trabalhadores se organizou a partir do convite do pesquisador-acadêmico, o qual exerceu a função de moderador, que posteriormente passou a ser compartilhada com os trabalhadores.

No conjunto do processo desta pesquisa se sobressaíram dois momentos em que zonas de proximidade e vizinhança geraram outros percursos, cujos agenciamentos criaram novas perspectivas e ampliaram a visibilidade do problema em questão. No CAPS Capela do Socorro foi a entrada do tema da economia solidária no percurso do grupo GAM. Além dos encontros semanais do grupo com usuários e trabalhadores, as atividades da pesquisa incluíram um fórum sobre “saúde mental e trabalho” para o qual foram convidados usuários de saúde mental com experiências de cooperativas de trabalho do Ponto de Economia Solidária do Butantã e da cooperativa Loucos pela X, além de uma autora do Manual de Economia Solidária lançado em 2018. Alguns usuários fizeram uma visita à cooperativa Loucos pela X a qual realizou uma oficina de adereços no CAPS Capela do Socorro como parte das atividades para a constituição de uma cooperativa de trabalho. Dois grupos de trabalho se formaram a partir do grupo de pesquisa: um de culinária e outro de adereços e pintura de camisetas. Essas atividades no CAPS impulsionaram a realização de um evento com outras unidades de saúde do território que deu origem a uma rede de economia solidária e cooperativa de trabalho na região.

Outra atividade que agenciou e mobilizou pessoas nesta pesquisa foi a experiência de capilarização da GAM no território da Vila Brasilândia.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E CAPS ÁLCOOL E DROGAS – VILA BRASILÂNDIA

No território da Vila Brasilândia este pesquisador-acadêmico foi o docente responsável por um processo de formação sobre a GAM com trabalhadores da saúde da região por meio dos programas PROPET-Saúde - Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – realizado em parceria entre a PUC-SP e a Coordenadoria de Saúde Norte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Após essa formação este pesquisador-acadêmico passou a acompanhar, com a função de Apoiador, a três equipes de trabalhadores em duas UBS e um CAPS Álcool e Drogas as quais implementaram a realização de encontros de grupos GAM em cada uma das três unidades. Foi discutida a necessidade de que essas experiências pudessem ser conduzidas, registradas, analisadas e formalizadas enquanto pesquisa. Dessa forma foi acordado com a gestão das duas UBS e do CAPS AD bem como com a Supervisão Técnica de Saúde da Vila Brasilândia a participação destas unidades nesta pesquisa. Os usuários e trabalhadores foram convidados à participação como participantes-pesquisadores; além de participarem da gestão dos encontros em suas unidades – oficinas de apoio com trabalhadores e grupos com usuários - também discutiram narrativas produzidas pelo pesquisador-acadêmico sobre os processos da pesquisa em cada unidade ao final do processo da pesquisa.

Nestas três unidades a produção da pesquisa, então, se efetivou, primeiramente, por meio de uma oferta de Apoio, cuja experiência analisaremos em detalhe, em que o pesquisador-acadêmico foi o apoiador dos trabalhadores, realizando com estes Oficinas de Apoio semanais. Destas Oficinas de Apoio participaram as seguintes categorias profissionais: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, técnico de farmácia, enfermeiro, farmacêutico, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional e redutor de danos. Em

cada uma das três unidades os trabalhadores elaboraram um plano de construção do dispositivo GAM em função das especificidades do território, do público atendido, das formas de organização do serviço, e da composição dos trabalhadores que se reuniam nas Oficinas de Apoio. Essas discussões resultaram em formas distintas de convite aos usuários em cada unidade. Como analisaremos adiante, nas UBS os trabalhadores reunidos nas Oficinas de Apoio tiveram que inventar meios para superar barreiras ao acesso de usuários aos encontros da GAM. Assim, nestas três unidades na Vila Brasilândia o dispositivo se constituiu a partir das Oficinas de Apoio com trabalhadores os quais, por sua vez, eram moderadores dos encontros com usuários. O pesquisador acadêmico e apoiador acompanhou o processo nos dois espaços.

4.1 CAPS ADULTO CAPELA DO SOCORRO

O CAPS Capela do Socorro é gerido por uma Organização Social e atendia uma região onde viviam 700 mil habitantes, numa extensa área da região sul do município de São Paulo. Durante o período da pesquisa, no quarto mês, a unidade mudou de endereço, e passou a funcionar como CAPS III, aberto 24 horas com leitos de hospitalidade noturna.

Primeiramente o CAPS II funcionava numa bonita casa de dois andares com uma grande área externa situada numa esquina arborizada. A porta da casa e o portão do jardim ficavam abertos e muitas vezes os usuários se encontravam sentados na calçada do CAPS, encostados no muro conversando ou dormindo sobre colchonetes. A casa tinha no térreo uma pequena recepção, uma sala de grupo e outra de enfermagem, e, no andar superior, três salas, uma de equipe e uma de grupo e um consultório. A farmácia ficava em um quiosque fora da casa.

Na área externa havia um grande espaço de convivência, aberto para o jardim, com sofás, mesas, cadeiras e uma TV que podia estar ligada ou não, pois essa área de convivência era um lugar de múltiplos usos, embora fosse frequente ter pessoas dormindo nos sofás com a TV ligada. Na hora do almoço as refeições também eram feitas naquele espaço. A convivência em torno das mesas era frequente, alguns conversavam ali, outros jogavam dominó, outros escreviam ou faziam grafismos. Algumas rodas de conversa e grupos de expressão poética e expressão corporal ocorriam ali também.

Um grande balcão separava a convivência da copa, onde se realizavam as oficinas de culinária. Essa área coberta também abrigava um ateliê aberto ao espaço de convivência, de modo que era frequentado a qualquer momento, para qualquer uso: tocar um violão, desenhar, escrever e, muito frequentemente, para dormir nos colchonetes. Por sua disposição e uso do espaço, a convivência estava em contato com outras atividades.

Além do jardim contíguo à convivência, a área externa era ampla e se estendia por um gramado com bancos, onde as pessoas ficavam ao sol conversando ou reunidas em torno de

pequenas mesas de jardim. Ali se brincava com uma bola de vôlei, e, sob as árvores, ocorriam rodas de música ou mesmo de conversa. Algumas vezes os encontros da GAM aconteceram neste jardim. Além do gramado havia uma área extensa para atividades de horta.

A grande maioria das atividades era realizada no espaço do CAPS. Destas, quatro eram grupos de conversa ou grupos de acompanhamento com o profissional de referência. As atividades incluíam oficinas de artes plásticas, culinária, música, expressão poética, jornal, expressão corporal, yoga e meditação, horta e jardinagem e um brechó, além de dois encontros semanais de familiares. As atividades externas incluíam passeios, caminhadas e futebol. Semanalmente realizavam assembleias com grande participação de usuários, trabalhadores. Os médicos também participavam. Mensalmente se realizava no CAPS um fórum de saúde mental com temas escolhidos pelos próprios participantes. Além das pessoas que frequentavam o CAPS, eram convidados os trabalhadores e usuários da rede de saúde da área de abrangência.

No quarto mês ocorreu a mudança institucional em que a unidade se tornou CAPS III, de atendimento 24 horas com oito leitos de hospitalidade noturna, mudando-se também para outro endereço. A duração do campo foi de dezesseis meses, de modo que a pesquisa foi produzida durante um ano nas novas instalações na qual trabalhavam três técnicos administrativos, dois ajudantes de serviços gerais, quatro trabalhadores da limpeza, quatro da segurança e um motorista. A equipe de assistência incluía cinco psicólogos, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, dois técnicos de farmácia, sete enfermeiros sendo três noturnos, quatorze auxiliares de enfermagem sendo seis noturnos, dois oficineiros, dois psiquiatras e um gestor. Ao todo 650 usuários ativos eram acompanhados no CAPS sendo que aproximadamente 350 usuários frequentavam as atividades semanalmente. A equipe do CAPS era responsável pelo apoio matricial de quatorze Unidades Básicas de Saúde da área de abrangência e era referência de três Residências Terapêuticas com ao todo dezoito

moradores que frequentavam o CAPS além do cuidado compartilhado com um CAPS Álcool e Drogas.

A mudança institucional foi uma experiência de múltiplas experiências. Nas assembleias se discutia o que seria esse novo CAPS III, como ele deveria funcionar, o que de novo poderia oferecer, em que situações se poderia recorrer ao CAPS durante a noite e fins de semana, que profissionais deveriam estar ali para acolher. O gestor ficava bastante ocupado com as obras no novo prédio e com os preparativos da mudança. Mudar foi um momento de grande participação de muitos usuários, além dos trabalhadores, para recolher tudo, transportar e ocupar o novo espaço. Um misto de entusiasmo e, também, de sofrimentos. Pessoas da equipe sofreram mais, outras menos. Havia uma sensação de perda de espaço, perda de lugar, uma impressão de que o serviço cresceu e o espaço encolheu. Disputas internas emergiram em torno de quem ficaria onde na nova instalação. Usuários também tiveram uma decepção, pois o novo CAPS tinha uma aparência muito “institucional”, em contraste com a antiga casa.

Com a mudança de local, o sentido de confinamento se tornou mais presente. Um muro alto e branco com um grande portão de ferro fechado separava a rua, e muito eventualmente, então, um usuário saía para ocupar a calçada. A nova arquitetura era reta, limpa e cimentada, predominavam espaços internos e fechados: a área de convivência funcionava como uma praça entre a cozinha, o ateliê, a farmácia e um bloco com sala de grupo, consultórios, enfermagem, sala de equipe e banheiros.

Um pátio de cimento passou a ser o único lugar ao sol, que dava acesso à recepção, às instalações de hospitalidade e à praça interna de convivência. Esse pátio era contíguo a um canteiro de terra suficientemente grande para o início das atividades de horta e jardinagem. Nessa área externa também havia um pequeno anexo que inicialmente ocupamos com encontros da GAM e que posteriormente passou abrigar uma atividade de venda de roupas usadas, o Bazar. A mudança ocorreu no outono e a chegada do frio ressoava com o novo momento.

Primeiro Momento

A pesquisa foi recebida com interesse e receptividade pelo gestor que abriu as portas da instituição para que o pesquisador-acadêmico circulasse livremente pelos espaços, grupos e atividades, e conhecesse os usuários e trabalhadores. Durante quatro meses, junto àquelas pessoas, trabalhadores e usuários, uma das principais ações da pesquisa era simplesmente fazer dobraduras de folhas de revista para confeccionar pecinhas de papel que iriam compor um objeto decorativo, ou fazer flores de papel-crepon, cantar, jogar futebol, engatinhar ou brincar de “espelho” com outro participante da oficina de teatro, brincar numa roda de pessoas com uma bola de vôlei, tomar sol, conversar na convivência, jogar dominó, participar de assembleias, rodas de conversa e de atendimentos em grupo com o profissional de referência. Nesta forma de estar ali havia necessidade apenas da convivência. Estava apenas numa situação e numa vizinhança da qual participava, num tempo e num fluxo sem outro objetivo que não o de conviver. A pesquisa era essa experiência.

No início até o segundo mês da pesquisa, muitas vezes eu sentia um torpor, como uma sonolência, um peso sobre as pálpebras e os olhos, outras vezes sentia a boca pastosa e uma sensação corporal de lentidão. Estas sensações eram mais fortes quando estava numa experiência apenas de estar com pessoas muito medicadas, sem uma atividade determinada, sem qualquer outra necessidade. Algumas vezes supunha que essas sensações se deviam a um cansaço pela imersão numa experiência participativa. Uma participação no sentido mais molecular, de “ter parte”.

Mas havia também momentos de conversa. No caminho para a quadra, algum usuário vinha comigo trocando uma ideia, no caminhar muitos falavam uns com os outros. Na convivência usuários queriam me contar sobre suas experiências. Alguns expressavam descontentamento com a falta de medicação devido à transição da gestão municipal. Alguns

trabalhadores também queriam conversar, outros me convidavam para participar do grupo que eles faziam com os usuários. Havia um clima receptivo e abertura para o encontro. O ambiente do CAPS tinha um tom de voz alegre, sempre havia um grupo jogando dominó e as risadas alegravam o ambiente. As pessoas ficavam espalhadas num espaço externo amplo e confortável.

O gestor expressava alegria em realizar a pesquisa. Declarava que ter a presença de um pesquisador da universidade no CAPS era muito bom. Prontamente pautou na reunião de equipe a discussão do projeto da pesquisa, e quando eu convidei os trabalhadores a construir o grupo GAM, foi o primeiro a perguntar se ele poderia participar. A proposta incluía uma participação na gestão da pesquisa, no planejamento, na forma de convidar usuários, se o grupo seria aberto a todos usuários ou composto por indicação, tomar decisões sobre o dia da semana, a frequência e horário do grupo, ler os Guias GAM do moderador e do usuário, participar da moderação dos grupos, avaliar entre os moderadores e com os usuários o processo em curso, pensar as dificuldades e as facilidades, propor caminhos, participar da invenção do dispositivo GAM naquele serviço com a perspectiva de continuidade após o término da pesquisa.

No início da pesquisa o gestor pautou uma reunião de equipe exclusivamente para discutir a GAM e a participação dos trabalhadores. O convite produziu vontade de participar. O farmacêutico, quatro psicólogos, dois técnicos de enfermagem e uma oficinista se aproximaram da pesquisa. O farmacêutico, embora muito animado, considerou que ele não tinha condições de participar de acordo com a proposta da GAM, pois se sentia dividido quanto ao seu papel de farmacêutico. Dos três psicólogos que participaram das reuniões preparatórias, que antecederam os encontros com os usuários, um ficou no grupo e tornou-se moderador. Assim, o grupo GAM teve, desde o início e durante todo o percurso, o gestor, um psicólogo e um técnico de enfermagem como participantes do grupo.

Então primeiramente foi constituído um grupo de trabalhadores que se envolveram também como pesquisadores. Marcamos uma data para início do grupo e fizemos o convite aos usuários dos CAPS para participar de um grupo de pesquisa sobre autonomia e o uso de medicação, com base no método da Gestão Autônoma da Medicação. Os participantes eram convidados a serem pesquisadores integrantes deste grupo. Essa condição marcou, desde o primeiro instante, um sentido investigativo, que animava o grupo de pesquisa, em que os usuários acolhiam o convite, motivados por seus interesses, questões e relatos sobre o tema do uso da medicação e a autonomia, além da curiosidade sobre o Guia da GAM.

Esse posicionamento do grupo GAM como grupo de pesquisa, em que os participantes são pesquisadores, já produzia de partida um desvio. Havia uma estranheza em ser convidado a ser pesquisador quando não se tem essa identidade, nem “credenciais” que autorizassem a isso. Esse lugar de usuário-pesquisador e de trabalhador-pesquisador, um lugar sem uma definição acabada, era um lugar instável e necessitava ser revisto ao longo do processo. Essa estranheza, indefinição e instabilidade contribuíam para deslocar lugares comumente estabelecidos de “paciente” e “profissional”, e, com isso, favoreciam a abertura de espaço de autonomia no grupo da GAM.

Focos de Investigação da Pesquisa

Desde os primeiros encontros, o interesse dos usuários em questionar e falar sobre a experiência com uso de psicofármacos constituía um foco de investigação de suma importância. Essa necessidade de pôr em evidência as múltiplas facetas dessa experiência se manteve durante todo o período da pesquisa. Tratava-se sempre da experiência, de narrativas de uma percepção de si e de mundo, por um lado, sensorial e corporal, mas também de valor e de sentimento, em que diferentes perspectivas iam se constituindo no espaço comum do grupo, pelo compartilhamento na comunicação, na intertextualidade e na grupalidade.

Havia assim diferentes planos de experiência que entravam em conexão no grupo: aquele da memória, atualizado nas narrativas de cada um, aquele da experiência própria diante do outro, falar de si, escutar e agir ou reagir, aquele do momento do grupo, uma experiência em comunidade, estar junto, conectar-se com uma experiência do outro, que faz coexistir diferenças num plano comum, em que um sentido de alteridade vai crescendo, um sentido de que a experiência do outro é própria do mundo do outro, o que - em momentos do encontro no grupo - dá visibilidade a diferentes mundos próprios em co-presença.

Designamos por contração da grupalidade essa co-presença ou vizinhança, uma experiência de participação frequentemente narrada no grupo pelos participantes. Essa contração é um processo que abarca o grupo, que constitui um continente grupal e dá continuidade ao encontro e às conexões, que sustenta, apoia o grupo para saltar para dentro das questões levantadas. Um processo em que fluxos, muitas vezes imperceptíveis, se movimentam pela circulação da palavra, de ideias, imagens, pensamentos, sentimentos e ações.

Havia também a experiência de uma contemplação, de olhar em comum para os objetos com os quais o grupo se deparava e se ocupava, num tempo, numa duração em que a atenção para a experiência do que acontecia ao grupo e a cada um, se ampliava e podia ser dita.

Essa multiplicidade de modos de experiência em que o uso da medicação estava implicado abrangia lugares distintos, ou focos distintos de experiência. A experiência com a medicação trazia muito fortemente um amplo espectro de sintomas físicos, como experiência corporal ou em que o corpo ou partes do corpo – sexo, motricidade, órgãos, células, a cabeça, o cérebro - estavam em questão. A experiência corporal também tomava um outro caminho, em que os integrantes do grupo podiam se ver como pessoas sensuais e falar de seus desejos sexuais, considerados de grande importância para a saúde, embora totalmente desconsiderados no ambiente do CAPS.

Ao mesmo tempo, também havia uma forte necessidade de compartilhar experiências de efeitos da medicação como experiência mental, ou em que estavam em questão alterações de comportamento, memória, inteligência, sentidos e emoções. Mas além das experiências de efeitos da medicação, no espaço do grupo outras experiências mentais podiam ser compartilhadas e postas em interrogação: pensamentos, imaginação, visões, audições, sentimentos, sentidos, emoções e sofrimentos, entre os quais aqueles chamados ou experimentados como “crise”.

O lugar de paciente psiquiátrico frequentemente retornava ao grupo, pondo em questão a psiquiatria e as instituições de tratamento, o diagnóstico, a experiência de doença, internação, cura ou a incurabilidade. Esse lugar de paciente psiquiátrico também era discutido como experiência de estigma social, violência e abuso físico e moral, implicando a exclusão do mundo do trabalho e a dificuldade de acesso aos direitos sociais, previdenciários e assistenciais.

A discussão sobre direitos, também se relacionava com um desejo de ter acesso ao trabalho, de sentir-se produtivo e ter remuneração, o que levou, no decorrer do processo, à constituição de grupos de trabalho como culinária, pintura de camisetas e, inclusive, o projeto de um livro. Essas atividades que tinham o trabalho como motivo principal, também condensavam um desejo de autonomia, que era um tema transversal em todo o processo, relacionado fortemente com a medicação, a instituição da psiquiatria e da saúde mental, a família e a convivência nos espaços sociais.

Esse amplo campo de problematização e compartilhamento de experiência era muito frequentemente retomado como um trabalho do grupo, recolocando a experiência da grupalidade no grupo de pesquisa como um tema transversal em que o sentido de potência pessoal e coletiva era valorizado.

A experiência inicial do grupo de pesquisa da gestão autônoma da medicação

Nos encontros e rodas de conversa que aconteceram nos primeiros quatro meses no campo - nas reuniões de equipe, no processo de convite à pesquisa, e nos primeiros oito encontros com usuários nos grupos de pesquisa – os grupos da GAM - havia um grande interesse pela pesquisa, pelas questões que entremeiam subjetivação e uso de medicação psicotrópica em que a autonomia se situa no centro do problema. Começava a ganhar visibilidade que, ao colocar o uso de psicofármacos em questão, ao criar espaços de fala e pergunta sobre autonomia, medicação e gestão autônoma da medicação, todo um mundo era posto a balançar e tremer.

Havia uma participação intensa dos usuários e trabalhadores. Havia pensamento e compartilhamento de experiência entre os participantes. Havia energia que sustentava os encontros, circulação e movimento. Havia reflexão no sentido do olhar a si mesmo, sentir, perceber, falar e compartilhar o que sente, pensa e percebe. O uso da medicação era rodeado, contornado, no sentido de ter sido tocado por vários lados.

Os temas em questão iam se tornando mais complexos conforme avançávamos as discussões no grupo de pesquisa: a família como um porto na rede de apoio, a família que exerce poder e submete o usuário; o estigma na família e o estigma na sociedade; as queixas com os efeitos indesejados - torpor, sono, perda de coordenação, perda de interesse sexual, tremores, perda de memória, preguiça; as experiências de surto e internação; o desejo de que o remédio tivesse efeitos que não tem, que ele tirasse sofrimentos que não tira; a experiência de “recaída” ou crise mesmo tomando remédio; a experimentação de remédio de outro, a troca de remédio com outro usuário para ver que efeito tinha; a dificuldade de tomar remédio por si mesmo – sem a administração pelo outro; o sentimento de que o remédio atuava na “química do corpo”, mas que o problema espiritual não tinha a ver com o remédio.

Havia curiosidade pelo conhecimento científico sobre os remédios, como se o acesso ao conhecimento farmacológico pudesse esclarecer algo sobre si mesmo, sobre o seu sofrimento, o seu medicamento e a sua melhora. Esses temas começaram a ser tateados, levantados, tocados, permitindo traçar algumas linhas iniciais de problematização que emergiam desse processo em um campo heterogêneo e múltiplo de experiências a partir dessas primeiras aproximações.

Nos primeiros dois meses, ou oito encontros da GAM, o grupo abordava a cada vez, de forma abrangente, toda uma diversidade de temas que, adiante, durante o processo de um ano, foram foco de maior atenção. É como se, no início, fosse preciso falar de tudo o que, depois, aos poucos, o grupo pôde se dar o tempo de contemplar e, inclusive, traçar formas de agir. Estes temas (APÊNDICE Tabela 1) compunham regiões com focos distintos de experiências:

- a) Uma destas regiões englobava todas as experiências de uso de medicamentos, em que estão em foco sintomas, efeitos e as múltiplas forças na relação com o medicamento;
- b) Uma outra região continha as experiências de “tratamento”, a psiquiatria, o diagnóstico e a instituição CAPS;
- c) Uma outra se ocupava de temas sobre “doença”, ser tratado como doente, se sentir doente, das experiências de loucura, suicídio, violência e internações;
- d) Um outro foco permanente de atenção ao longo de todo processo foi o próprio grupo GAM, de início se ocupava de definir seu lugar, as motivações e interesses dos participantes, depois, a própria experiência vivida no grupo era tema de atenção, os efeitos produzidos pela participação no grupo nas condutas de cada um e as decisões sobre os rumos do grupo no processo.
- e) Outro recorte temático que concentrou atenção ao longo do processo com muita frequência foram as narrativas sobre o corpo, o cérebro e o sexo.

- f) Autonomia foi um tema abrangente desde o início, que transversalizou as rodas do grupo durante o processo com múltiplas implicações, entre as quais, suas conexões com o estigma social e a exclusão das atividades de trabalho.
- g) As discussões com foco sobre o trabalho propiciaram múltiplas iniciativas de pesquisa e de práticas que levaram à instauração de oficinas de trabalho animadas pelos participantes da GAM, e a constituição de uma rede territorial intersetorial com a realização de eventos e feiras de comercialização de artefatos produzidos nestas atividades.

O primeiro problema que se apresentava era o lugar do medicamento. Não somente como recurso de “tratamento”. Colocamos o termo “tratamento” entre parênteses, pois nesta pesquisa, diferentemente do senso comum na área da saúde, o “tratamento” está em questão, isto é, está em questão como as experiências em torno do uso de medicação psicotrópica são parte constitutiva do estatuto de “doença mental” que necessita “tratamento”.

Nas narrativas dos participantes do grupo de pesquisa, o medicamento ocupava um lugar de onde derivavam variadas relações para além do “tratamento”: esse lugar da medicação estabelecia uma condição que caracterizava o usuário como um “*paciente psiquiátrico*”, portador de uma “*doença mental*” que o obrigava “*tomar remédio para toda vida*”. Sobressaía-se uma condição bastante comum em que, antes de iniciar o “tratamento” e acessar a rede de atenção psicossocial, os usuários recusavam ver a sua experiência como doença e resistiam a tomar remédios.

Com a “adesão” ao tratamento psiquiátrico, o usuário se reconhecia como doente e, a partir daí se instaurava uma relação ambivalente com o uso da medicação: esta podia ser remédio - aquilo que remedia - ou podia ser aquilo que piorava a situação da pessoa. Essa tensão estaria sempre presente. Veremos que essa zona de tensão é também uma zona de indeterminação, um enorme vazio e falta de qualificação, de atenção, de visibilidade e

enunciação sobre as experiências, problemas e sofrimentos de diversas ordens implicados no uso de medicamentos psicotrópicos.

Nessa zona de vazio e falta qualificação, um questionamento a respeito da doença e do estatuto de doente podia surgir. Nessa zona de indeterminação, a indagação sobre a experiência com o uso de medicamentos, isto é, a qualificação que se produz ao dar voz à experiência, abria espaço para ampliação de autonomia coletiva. O senso comum na área da saúde repousa sobre a noção de doença mental e do seu “tratamento”. É uma noção estabilizadora das condutas nesta área.

Veremos que no percurso da pesquisa, na medida em que emergiam outras qualificações produzidas na experiência dos usuários fora do diagrama da doença, os lugares de saber e poder das disciplinas a que os usuários e trabalhadores se sujeitam, principalmente a psiquiatria e a farmacologia, ficavam desestabilizados.

Entre uma complexidade de elementos que concorriam para as resistências ao uso de psicofármacos, a ideia de “*doença mental*” se destacava como um fator que, ao contrário de motivar tomar medicamentos, produzia resistência; isto é, a tentativa de reduzir suas existências a uma “identidade” de doente era algo a que os usuários resistiam, embora, no final das contas, assim terminassem cedendo. Tomar remédios psiquiátricos reafirmava uma condição rejeitada de “doente mental”.

Ao se falar sobre as múltiplas implicações da “*doença mental*” no viver cotidiano, se denunciava um vasto campo de produção social de sofrimento como, por exemplo, o estigma de invalidez, o estigma do “inválido mental”, o qual, atestado por laudo médico, daria, por direito, acesso à benefícios previdenciários e sociais. Embora estivessem condicionados ao “tratamento psiquiátrico” no CAPS por “transtorno mental severo”, como definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), frequentemente as discussões no grupo giravam em torno da extrema dificuldade de obter benefícios seja do Instituto Nacional de Seguridade Social –

INSS, seja os propiciados pela Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS. Esse é outro ponto de tensão: recusar a doença, mas às vezes sentir-se mesmo doente; recusar o estigma, mas desejar o benefício que ser reconhecido inválido proporciona.

Embora a família fosse considerada muitas vezes o principal porto na sua rede de apoio, os usuários frequentemente narravam situações e conexões familiares que produziam o estigma, em que tinham um lugar de doente, que os condicionava à dependência, submissão e, muitas vezes, ao abuso moral e humilhação.

O grupo também abordava a experiência do estigma nos serviços de saúde a que eventualmente recorressem, em que eram tratados com receio e medo nas Unidades Básicas de Saúde, amarrados ou trancados atrás de grades na Emergência Psiquiátrica, e, muitas vezes, enfrentando a recusa de socorro das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que não priorizava o atendimento à pessoa em crise ou surto.

Os temas da violência e do medo também estavam juntos nestes processos de discussão sobre o estigma e a segregação social dos usuários de medicação psiquiátrica. Além de sofrerem permanentemente abuso moral, também sofriam agressão física. Aqui novamente os usuários se encontravam num lugar de disjunção: em surto, às vezes agiam com violência; ao mesmo tempo em que necessitavam cuidado, eram desqualificados e tratados com violência nos serviços de saúde.

Traziam para a conversa sua experiência de tensões em relação ao que seja violência: profissionais de saúde não percebem que, muitas vezes, tomar uma injeção é para o usuário uma violência. Também traziam não haver discussão compartilhada entre profissionais e usuários sobre as práticas de violência nos serviços de saúde, sobre critérios de avaliação e formas de conduta.

Assim, o grupo de pesquisa foi produzido como um espaço em que os participantes podiam narrar episódios em que sofreram violência física por profissionais de saúde, um lugar

em que essas narrativas eram validadas. Nos encontros do grupo se desmanchava um lugar habitual em que suas falas nunca eram ouvidas, exatamente por ocuparem um lugar de “doentes mentais” cuja palavra não tem credibilidade.

“A gente surta! As pessoas precisam entender que é assim. Às vezes a gente surta. A gente precisa que as pessoas saibam como cuidar de alguém em surto”.

A busca de qualificação da experiência de uso da medicação era um forte componente do processo. A cada encontro o compartilhamento de experiências e de dúvidas fazia crescer a força de participação no grupo, uma força que produzia contração da grupalidade e tornava o grupo um dispositivo. Algumas perguntas recorrentes mobilizavam a participação no grupo:

“O que eu tenho? Para que é o remédio que eu tomo? Quais são os meus efeitos desse remédio? Posso parar de tomar remédio?”.

No campo problemático que envolve o uso de medicação e autonomia, emergia uma multiplicidade de sofrimentos e experiências adversas com o uso dos medicamentos, mas também desejos de alívio do sofrimento psíquico e dos efeitos indesejados da medicação. Os usuários compartilhavam como se sentiam com o uso de medicamentos:

*“impregnado, chumbado”
“dura como um pau, como um robô”
“sem coordenação, cai no chão e apaga”
“baba, engorda”
“sem energia, sem ereção”
“sem sensibilidade, uma boneca inflável”
“lento, sem memória, a mente trabalha pouco”
“o remédio enlouquece mais, me dá inquietação, tremores”
“dá ânsia de vômito, caganeira, cólica”
“dá preocupação das doenças que pode ter no futuro de tanto tomar remédio”*

As múltiplas experiências com o uso da medicação configuravam um campo de intensidades díspares. Ao mesmo tempo a medicação era aceita para dominar a experiência disruptiva e desterritorializante do surto, assim como o medo de sofrer outra internação também era motivo para se manter tomando o remédio.

“Armei o maior barraco, levei um soco no olho direito, perdi a sobancelha, fiquei um mês na solitária. Quase me levou à morte, perdi gravidade, meio voando não achava os pés. Desamparo. Totalmente sozinho. É melhor os efeitos fortes do remédio do que ficar surtado”.

Ao mesmo tempo, a vontade de parar de tomar remédio e a sensação de diminuição do sofrimento podiam levar à interrupção do “tratamento” até que uma nova crise adviesse.

“Achava que não precisava mais - já estou curada! Parava de tomar e ficava pior”.

Alguns usuários comemoravam não ter mais voltado ao hospital e constatavam também que as experiências de crise não eram evitadas pelo uso da medicação. Ou seja, as crises aconteciam mesmo tomando remédios, embora os profissionais seguissem afirmando aos usuários que o uso da medicação era “preventivo”, para evitar as crises. Esse outro aspecto das tensões em relação à medicação envolvia também os profissionais. Embora soubessem que a medicação não evitava as crises, seguiam repetindo o mesmo argumento e, sempre que um usuário entrasse em crise, a primeira pergunta que faziam era se ele estava “tomando os remédios direitinho”. Nessa situação corriqueira, a medicação é o centro da atenção do profissional quanto à “causa” e “explicação” da ocorrência da crise. Os acontecimentos do viver, a experiência não tem relevância na orientação da conduta, são, no máximo um adendo contextual do “caso clínico”, o que importa, porém, é o controle. Eis o centro que orienta a conduta: estabelecer controles neuroquímicos para evitar as crises, o objetivo prioritário é neutralizar a experiência de crise, e, após isso feito pode-se pensar em outras ofertas. Esse é um dos aspectos da centralidade da conduta psiquiátrica na saúde mental, em torno da qual o serviço se organiza.

Outras vezes podia ocorrer que, ao contrário de interromper o uso dos remédios, o usuário tomasse uma grande quantidade de medicamentos, seja como uma tentativa “*para tirar a dor de dentro*” seja para tentar se matar: “*O remédio é o que me mata*”. No grupo podia-se compartilhar que uso do medicamento tinha esse sentido de morte. Uma experiência associada

aos seus efeitos tóxicos e aos sintomas provocados pelos medicamentos. Por isso ele era usado em “tentativas de suicídio”. Nas ocasiões em que se compartilhava no grupo as experiências de uso abusivo de medicação, esses dois sentidos emergiam juntos: o de aplacar a dor e o de produzir a morte. Os participantes do grupo tinham uma noção de que tomar remédios de forma abusiva não era um meio efetivo de suicídio, mas o sentido de “se matar” podia ser dito. Podia-se falar dessa ação sobre si como um desejo de interromper aquela experiência de vida, uma tentativa de suicídio, de chegar próximo da morte sem o risco efetivo de morrer.

O que é autonomia no uso da medicação? Essa pergunta mobilizava as pessoas a participarem do grupo, e o compartilhamento da experiência ia constituindo um terreno de exploração do tema da autonomia. No contexto institucional do “tratamento”, a pessoa “conseguir tomar o remédio por si mesma” era um sinal de autonomia:

“é a consciência que precisa tomar, e tomar!”

“Autonomia pela potência de se medicar sozinha. Se não tem autonomia é incapaz de se tratar”.

Neste contexto institucional a passagem da condição de “medicação assistida” - em que o “paciente” toma o remédio porque outro administra, familiar ou profissional de saúde - para o uso auto-administrado, era muito significativa e comemorada pelos profissionais. Muitas vezes essa passagem se associava a outras possibilidades de ação como sair na rua, ir ao CAPS desacompanhada, cuidar da casa, passear, ter uma ocupação:

“Eu era uma abobalhada, meu marido me trazia no CAPS, falava com o médico, me dava remédio... hoje eu vivo sozinha, eu mesma tomo o meu remédio, pago as contas de luz, de água, aprendi fazer as compras, cuido de casa, da cachorrinha”.

É interessante notar no depoimento acima que essa “autonomia”, inclusive para tomar os remédios, se associava ao fato das relações da usuária terem sofrido um deslocamento quando ela passou a viver sozinha. A discussão sobre o uso da medicação e autonomia abria um campo de percepções das próprias trajetórias de “tratamento”, idas e vindas na busca de melhora, em um amplo espectro de experiências relacionadas ao uso da medicação e o

sofrimento. Havia a queixa de que o medicamento não estava fazendo mais efeito, que estava fraco, que não diminuía a ansiedade, que deixava tonto, dava muito sono durante o dia, e, ao mesmo tempo, havia o desejo de que pudesse resolver o sofrimento das noites sem sono. Crescia a percepção de que o remédio não resolve. Alguns tinham experimentado medicamentos de outros usuários, numa busca para ter efeitos melhores. O convívio no CAPS facilitava essas experimentações:

“Já tomei remédio de outros, já me automediquei”.

“para ver a reação, ver o que acontece”

“Uma vez tomei o remédio dela e meu coração começou a acelerar”

Mas também o uso frequente do medicamento produzia o efeito de perceber que não era mais possível discernir se um sintoma era provocado pelo medicamento, ou “pela doença”. Diminuíam as diferenças que poderiam caracterizar o “efeito do remédio” separado de uma percepção de si “sem o remédio”.

“o que é efeito do remédio e o que é de mim mesmo?”

“Pior com o remédio não fica: sou eu que estou piorando.”

“Tudo que espero da medicação, não vem só da medicação”.

Embora houvesse uma impressão dominante de que “*pior com o remédio não fica*”, essa impressão ia entrando em crise conforme as experiências iam sendo compartilhadas. Os usuários relataram múltiplas situações em que a experiência com o remédio era pior do que sem o remédio, e, como veio a acontecer nesta pesquisa, essa condição podia levar o usuário a desistir de usar medicamentos.

O medicamento também era percebido como uma droga, uma substância psicoativa como outras drogas. Esse tema da associação dos medicamentos psicotrópicos com outras drogas psicoativas era um importante eixo de problematização do uso de psicofármacos, em que estava presente um medo permanente da “*dependência química*” do medicamento. Como veremos este sentimento de dependência tem componentes em tensão: o medicamento como substância tóxica que causa dependência, e a dependência em relação à prescrição permanente

do medicamento pelos médicos, um horizonte muito problemático em que se é obrigado “*tomar remédios para a vida toda*”.

O campo de experiência do uso de medicamento ia constituindo uma composição complexa, em que era problematizado como um artefato criado e produzido por laboratórios, envolvendo um conhecimento científico médico e farmacológico para o controle da vida:

“Remédio é o setor de inteligência, de responsabilidade dos cientistas, farmacêuticos, de controle apenas, leva a pessoa a sentar, somos números e nomes”.

Essa visão do medicamento coincide com uma condição da sociedade contemporânea, como vimos anteriormente, denominada por Deleuze “sociedade de controle”.

A linguagem numérica do controle é feita de cifras, que marcam o acesso à informação, ou a rejeição. Não se está mais diante do par massa-indivíduo. Os indivíduos tornaram-se ‘dividuais’, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’.
(DELEUZE, 1992, p.222)

O usuário de medicamento psiquiátrico, pode ser pensado então como uma *cifra* alfanumérica de um sistema de inteligência que modula comportamentos que, neste caso, “*leva a pessoa a sentar*”. Veremos que esta posição do usuário sentado, em vigília e parado, é uma resultante do uso de medicação, em que a pessoa não está “agitada” - andando de um lado para outro - nem deitada em estado de sono. Uma posição que resulta de uma estabilização dos efeitos do psicofármaco, que envolve a produção de um corpo adaptado.

Outro plano dessa produção do remédio estabelece uma condição de separação entre usuário e o conhecimento científico, uma condição mediada pela relação com o médico e a receita: “*O médico estudou, é uma longa convivência. Dedicou seu tempo, conhecimento, trabalhou por você, acredita em você. O doutor é científico, nós não podemos fazer a receita*”.

Essa tensão sustenta um lugar de saber e poder: “*o doutor é científico*”. De fato, as neurociências e a biopsiquiatria não sabem o que se passa com os usuários, e, numa busca de superar esta lacuna, estão se dedicando a pesquisas que prometem revolucionar o “domínio do

cérebro”. Mesmo com sua validade questionada em vista das novas tecnologias das neurociências, o discurso que explica os “transtornos mentais” como “desequilíbrios químicos” nas sinapses ainda serve de “teoria” que justifica a prescrição de psicofármacos, afinal, é a única que existe. Detalharemos esse campo problemático no capítulo Neurociências, Natureza e Crise do Humanismo. Como teremos chance de analisar, vivemos um interregno muitíssimo interessante neste campo, em que nos tratamentos se repetem argumentos cuja validade decai, enquanto as neurociências e a biopsiquiatria visam outros horizontes, buscam combinar e criar novos “*dividuais*” e tecnologias, que, no entanto, ainda não concluíram um novo marco teórico.

Embora os neurocientistas reconheçam o não saber a respeito do que são os “transtornos mentais”, e os psiquiatras e farmacêuticos também saibam que no fundo também não sabem, o que importa é sustentar uma posição de saber e poder que constitui o “*setor de inteligência*” citado acima. Trata-se de sustentar um assujeitamento não somente dos usuários, mas de todos os atores do sistema de saúde, ao regime dos laboratórios. Nas rodas de compartilhamento do grupo de pesquisa, essa relação de sujeição era frequentemente atravessada por sentimentos de medo e culpa pelo fato do usuário ter rejeição ao remédio e “falhar” não tomando corretamente os medicamentos:

“Tenho medo do doutor. Não posso com a minha ignorância dizer que não quero tomar”

“A médica quer trocar pra melhor, aí é mancada não aceitar. Largar o médico sozinho segurando a outra parte da corda que eu mesmo pedi”.

Outra forma dessa relação de sujeição era o sentimento de passividade e sofrimento diante das mudanças da medicação. Era muito comum os usuários dizerem que “*o paciente é cobaia para teste de medicamentos. O médico tira, troca e não fala nada*”. Essa condição de “*cobaia*” permitia ver outro campo de tensões envolvendo as prescrições, que continha o erro e o acerto na prescrição médica pela experimentação em função das respostas singulares dos

corpos, mas que também variava segundo a passividade do usuário e a colaboração com o médico para “acertar a medicação”:

“Não é cobaia: no laboratório usa o ratinho para experimentar o remédio, mas no tratamento troca de remédio para melhorar, para acertar. Sou cobaia de mim mesma”.

Os diferentes modos de abordar uso de medicamentos que ganhavam expressão no grupo permitiam enxergar um horizonte de experimentações com os remédios em que o usuário se via envolvido e a sua participação ia sendo pensada.

“Dá reações loucas com o organismo da gente, o doutor não entende, com o tempo eles vão descobrindo. Dá muita cabeça até achar o remédio certo. Dá trabalho.”

“Presto atenção na minha mente, quando começo brigar com a televisão, pra falar com o médico”.

A experiência de que havia um trabalho mediado pela prescrição e uso de psicotrópicos, e a noção de que esse trabalho requeria uma percepção de si, em que o usuário sofria os efeitos, “reações loucas com o organismo”, no percurso em busca de um acerto, constituíam um campo de investigação em que a autonomia na relação com os medicamentos e o “tratamento” podia ser ampliado. O grupo começava a pensar diferenças no tempo, diferentes momentos, processos e mudanças. A experiência de crise era vista como um momento pontual que “justificaria” uma intervenção para “contenção química” comumente chamada de “*sossega leão*”. Esse sentido de contenção, embora “justificado” em um momento de crise, seguia sempre presente, como uma função do medicamento a que o usuário se adapta:

“o que eles querem é que a gente não fique causando, que a gente fique quieto”

“No começo da crise quem vai segurar a gente? E aí!? Por isso o remédio é mais forte, mas depois de um mês, dois meses, três meses vai mudar.”

“O efeito é ruim, o médico te dá hoje mas tem um tempo pra se adaptar”

“Eu caía no chão e não conseguia me levantar para ir no banheiro, demorei quatro meses pra me adaptar com esse remédio, hoje nada é melhor para dormir”

Aqui se delineava um outro foco de experiência na relação com o medicamento: o da adaptação. Essa “adaptação” era anunciada pelos médicos como um processo necessário para que os efeitos “desejados” do medicamento pudessem se estabilizar e aqueles “indesejados” diminuíssem. Na experiência da GAM os usuários puderam compartilhar uma diversidade de experiências de “adaptação”. Muitas vezes a “adaptação” ou interação com o medicamento era sentida como falta de eficácia do medicamento: ocorria que o usuário não sentia que o medicamento estivesse produzindo algum efeito, isto é, não sentia que o medicamento estivesse contribuindo para a diminuição ou alívio de sofrimento. Uma reação diante dessa percepção era o desejo de tomar mais medicamento no intuito de tentar produzir algum bem-estar.

No outro extremo entre múltiplas possibilidades, a adaptação era sentida como uma resignação, um acostumar-se com efeitos indesejados e uma convivência com eles. A adaptação era também percebida em relação à não adaptação, à rejeição do medicamento pelo corpo. Essa rejeição podia prevalecer e levar à mudança por outra medicação ou outra dosagem. Se o corpo se adaptasse, aumentava a possibilidade de consumir regularmente o medicamento.

Veremos a seguir que, entre as diversas formas de interação, o usuário podia ter experiências em que o uso do medicamento era sentido como um maior controle em relação a variados comportamentos.

Essa perspectiva envolvia uma visão dos percursos durante o “tratamento” e mudanças no processo. Nesse percurso a pessoa podia se sentir melhor e a relação com o medicamento mudar.

“Cheguei aqui sem nada, eu só. No começo só tinha eu e o remédio. O primeiro passo é tomar banho todo dia, escovar os dentes”

“É matar um leão por dia, esforço para sair de casa, para tomar banho, para comer. É devagar”

“Depois de um ano e meio comecei a buscar outras coisas. Uma saída fora o remédio. Cuidar não só do corpo, mas do espírito”.

Esse trabalho de acertar a medicação e esse percurso em direção à busca de “*outras coisas*” “*fora o remédio*” não era claro, havia uma grande dificuldade de ver, entender, dar

sentido, saber o que estava se passando consigo mesmo. Deparavam-se com uma condição em que não havia um exame objetivo que respondesse o que é, e o que “resolve” aquilo que não se sabe nominar, o que “*ninguém sabe o que acontece*”.

“Pra dor tem exame médico: dor no pé é claro! No cérebro ninguém sabe o que acontece.”

“Estamos aprendendo, o médico e o paciente. A gente não sabe o que está se passando com a gente mesmo.”

“A cabeça é segredo de outro segredo e somos viajantes, ninguém consegue dominar, faltam detalhes. Resolver uma coisa muito difícil, nem os profissionais resolvem”.

Aqui emergia outra questão que estava sempre latente: Vou curar? Vou tomar medicação até quando? Conviviam juntas a vontade de “cura”, de “*voltar ao que eu era antes*” e a condição de tomar remédios permanentemente. Conviviam a esperança do “*problema*” ou a “*doença*” ser uma passagem, passageira, curável, e a condição de uma passagem sem retorno, “*pra vida toda*”.

“Se estou doente, quero curar essa doença, e, de repente eu consiga não tomar mais. Mas se for pra toda vida - você é bipolar! - e decidir tomar remédio o resto da minha vida, aí vou ter que trabalhar a minha vida inteira porque eu tenho uma doença, mas isso não é tudo, eu não sou uma doença.”

Como já havíamos visto, as questões em torno da “*doença*” constituíam um foco de discussão frequente no grupo de pesquisa. O Primeiro Passo do Guia GAM apresentava a frase “Eu sou uma pessoa, não uma doença!” (ONOCKO CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI et al., 2012, p.18) que despertava grande interesse dos participantes e dava oportunidade de fala sobre uma multiplicidade de problemas imbricados neste termo, seja em relação ao estigma social, seja em relação à percepção de si como doente, ao desejo de não ser doente e estar frequentando um serviço especializado de saúde para o tratamento de transtornos mentais graves e persistentes.

Ao longo da pesquisa esse foco de experiência em torno da “*doença*” iria pôr em discussão a psiquiatria, o diagnóstico, a instituição psiquiátrica, as experiências de internações,

o estigma social e a exclusão do mundo do trabalho, conformando um campo de forças em que o desejo de autonomia mobilizava o grupo, e, produzia movimentos, pequenos deslocamentos, que colocavam em crise e causavam fraturas em partes de um arcabouço de um regime de práticas discursivas e de regimes de verdade (FOUCAULT, 1999a) que tem a “doença mental” como fundamento. No âmbito da experiência inicial do grupo da GAM, nos primeiros oito encontros, estas linhas de problematização em torno da “doença” já se delineavam.

Embora nestes primeiros encontros a construção da grupalidade em torno das questões da medicação e da ampliação de autonomia estivesse ainda no início, o grupo arriscava algumas linhas que apontavam outras perspectivas que não tinham como referência a “cura” ou a “normalidade”, e que iriam tornar ainda mais complexas a abordagem do problema da autonomia no processo ulterior da pesquisa.

“Autonomia é ficar de bem com a vida”.

“O CAPS é mamão com açúcar. Não acabou o mundo, já vi coisa ruim que tira a gente da vida facilmente. Quero ver entrar na vida na loucura.”

“Autonomia é relaxar: relaxei!”

Se anunciava um olhar que apresentava um desvio em relação ao eixo doença, normalidade e cura, um eixo que, adiante, as discussões no grupo iriam pôr em evidência que, não somente o “tratamento”, mas todo o dispositivo psiquiátrico e de saúde mental estava voltado contra a loucura e o louco para neutraliza-los, organiza-los e normaliza-los.

Somente agora, neste capítulo, estamos autorizados a incluir no problema o termo “loucura”, na medida em que ela pôde ser falada no grupo expressando um desejo de vida. Nesta perspectiva, a experiência da loucura não é o “fim do mundo”, e autonomia é “relaxar” e “ficar de bem com a vida” “na loucura”. Nesta perspectiva “o CAPS é mamão com açúcar”, ao contrário de uma instituição psiquiátrica contra a loucura, ficava mais doce, mais gentil e capaz de nutrir uma produção frutífera de vida.

No grupo então surgia um campo em que o problema formado pela doença, medicação e restrição à autonomia podia entrar em processo. Estes elementos, ou “obstáculos”, eram muito

marcantes na rotina dos usuários, e, no grupo, as experiências com estes temas podiam ser narradas, vistas e pensadas, abrindo espaço para que mudanças pudessem ser possíveis.

“A saúde normal talvez no vizinho, aqui tem o obstáculo de não sair da doença. Sou tomador de remédio. Estou perdendo uma relíquia minha, de dirigir a minha condição de vida. Eu devolvo para mim, se eu não posso dirigir não tem problema, tem motoristas, tem trem, metrô, não é preciso a gente dominar todas as direções e manobras, estamos num plano de passageiro”.

Aqui emerge outra questão. O referencial de normalidade é descartado, perde relevância para olhar o problema, e, com isso, também o de cura. Se “saúde normal” existe, “talvez no vizinho”, aqui no CAPS a condição é outra. Desta posição, quando a pessoa se autoneia “tomador de remédio”, ela dá uma volta sobre o problema: é “tomador”, e, com isso, toma para si a prerrogativa de enunciar que pode tomar conta daquela condição, e não ser tomado por ela como uma identidade. Aí reside a diferença entre se autoneiar e ser rotulado. Entre condição (que é situacional, processual, processo de subjetivação em relação) e identidade (que é fixa, assujeitada). Desse modo ele pode devolver para si uma “relíquia”, uma autonomia na condução da vida.

O ponto crítico aqui não é um julgamento moral, ou a verdade sobre o remédio, mas uma posição normativa do sujeito a partir de um lugar singular de “tomador de remédios”. E dessa posição é possível uma enunciação que escapa dos limites instituídos, que aponta para um plano coletivo, de trânsito, que afirma a necessidade do outro, a alteridade, para tomar direções na vida. Por fim o enunciado termina falando que esse plano coletivo é um “plano de passageiro”.

Esta perspectiva em que, fora da normalidade, se é conduzido num plano de passageiro, ressoa com a *stultifera navis* comentada por Foucault.

É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. [...] Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que

outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. [...] É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (FOUCAULT, 1978 p. 16)

No capítulo Neurociências, Natureza e Crise do Humanismo, teremos oportunidade problematizar o espaço da interioridade *psi* e a relação dentro-fora, em que a topologia da “passagem absoluta” a que se refere Foucault, situa a nau dos loucos na borda do fora, num “outro mundo” invisível, o “interior do exterior, e inversamente” - cuja força simbólica atualiza o “agora castelo de nossa consciência” - a imagem “viajante” da loucura, como era dito também no grupo de pesquisa: “*A cabeça é segredo de outro segredo e somos viajantes*”. Daí a noção de “passageiro” apresentada por Foucault e pelo usuário-pesquisador.

No entanto, para além das ressonâncias, as diferenças são ainda mais interessantes. Se na perspectiva medieval “confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade” (FOUCAULT, 1978, p. 16), na perspectiva do “tomador de remédios” na sociedade de controle do início do século XXI o louco pode acessar redes sócio-técnicas (LATOUR, 1994), e, em vez de marinheiros, contar com “motoristas” com quem se associar e compor essas redes de forma “devolver” a si o poder de dirigir, isto é, ampliar autonomia no viver. Essa noção sintética de autonomia no plano coletivo coincide com o processo compartilhado que pudemos discutir anteriormente, a autonomia na relação.

Pudemos traçar aqui um movimento dos primeiros dois meses de encontros da GAM, em que o grupo de pesquisa pôde tocar os temas que teria chance de se ocupar detidamente ao longo da pesquisa. Nesse processo inicial se voltava repetidamente aos pontos de discussão numa certa circularidade, os temas iam ficando mais complexos constituindo problemas e um caminho ia se construindo, em que se produzia uma “qualificação” por meio do compartilhamento da experiência.

Qualificação do que? Ao se contemplar a experiência, ao se pôr em jogo a experiência, se qualifica a vida. A relação com o medicamento tem múltiplas implicações na vida e o grupo de pesquisa torna-se um espaço de qualificação da relação com o medicamento e com a vida que se dá no encontro, na conexão com os demais, na produção de novas visibilidades e dizibilidades. Essa qualificação é um vetor de ampliação de autonomia. Outro vetor é uma crise das tecnologias de saber e poder que advém da problematização do estatuto da doença e da identidade de doente, e, por fim, se abre uma perspectiva em que a loucura pode ser nomeada e a autonomia “na loucura” pode ser produzida e reinventada quando se opera em rede, num plano coletivo de transitoriedade, um “plano de passageiro”.

4.2 DA ANOTAÇÃO À ESCRITA COLETIVA NA ORALIDADE

Havia completado um ano que os encontros da GAM eram realizados semanalmente e o grupo de pesquisa passou a se ocupar de temas relativos ao fechamento do campo, à data de finalização da pesquisa, avaliações do processo da pesquisa, decisões sobre a inclusão na tese dos nomes dos participantes como pesquisadores voluntários, à privacidade e sigilo quanto à notação dos nomes nos diálogos escritos na tese, ao nome ou termo pelo o qual designar as pessoas participantes nos textos e artigos e à continuidade do grupo da GAM após o final da pesquisa. Isso era em março, a tese ainda estava sendo escrita e, então, foi decidido também que, no final do ano, iríamos voltar a nos reunir para discutir o seu texto.

Nesse processo de fechamento, que durou um mês, foram usados, como material de apoio, os diários dos encontros do grupo de pesquisa ordenados por data, impressos e reunidos numa única encadernação.

Na primeira vez que trouxe esse caderno ao grupo, os participantes o olharam e folhearam-no com grande admiração em ver que ali estavam escritas coisas preciosas que foram

ditas e anotadas a cada dia de encontro. Um usuário disse que aquilo era um livro. O grupo então discutiu a proposta de fazer um projeto de um livro com as ideias e experiências ali escritas para que outras pessoas pudessem ler. Um signo disparava o acontecimento: um livro e seus autores se engendravam simultaneamente na singularidade de um instante, na individuação³ de um momento animado pela admiração em perceber que aquele livro continha todo um ano de trabalho coletivo e se reconhecer como autores desse trabalho. Um acontecimento de autonomia coletiva, de expansão de autonomia em conexão no espaço do grupo e no tempo da duração de uma longa experiência. Um acontecimento que, de maneira extremamente condensada, disparava um sentido desta própria tese, pelo menos algumas linhas desta, que faziam expandir a noção de normatividade para uma dimensão que ultrapassava a relação dual indivíduo e meio, pelo engendramento de territórios existenciais, outros sujeitos e objetos - autores e obra - antes inexistentes. Morria um campo de pesquisa, nasciam outros projetos.

Essa noção de que os ditos e escritos da pesquisa têm autor, de que não constituem um conhecimento geral e objetivo, mas acontece em pontos de vista e é singular, embora descrita no arcabouço da aposta metodológica, retorna aqui na escritura da tese, e, portanto, nos convida a rever uma trajetória do procedimento da produção dos diários. Desde o início e durante todo o processo, embora fosse uma ideia em construção, os participantes eram sempre convidados a ocuparem lugar na produção da pesquisa e, segundo a vontade de cada um, se reconhecerem pesquisadores desta. Assim, no momento do fechamento do campo, quando os participantes

³ Individuação no sentido de *hecceidade*, coexistência instantânea de dimensões heterogêneas, como dimensão emergente, acontecimental, sem forma. “O princípio informal de individuação é a intensidade: [...] uma individualidade única que não se confunde com a do sujeito. Que é a individualidade de um dia, de uma estação ou de um acontecimento?” (ZOURABICHVILI, 2016, p.142) “A *hecceidade* comporta uma passagem, uma mudança. A intensidade só vem no entre-dois, uma hora implica sempre a mudança de duas horas. A *hecceidade* está ligada a uma mudança atmosférica ou no espírito” (ZOURABICHVILI, 2016, p. 143) “O Intempestivo, outro nome para *hecceidade*... ‘O que não é histórico se parece com uma atmosfera ambiente, onde só a vida pode engendrar-se, para desaparecer de novo com o aniquilamento dessa atmosfera.’”. (DELEUZE; GUATTARI 2012, p. 100)

puseram em evidência o “livro” da sua experiência na duração da pesquisa, a construção da ideia de pesquisador-participante tornou-se ainda mais clara para todos nós.

Revendo o procedimento, alguém poderia perguntar: por que o procedimento não foi descrito quando da discussão do método? Porque, neste caso, o procedimento foi resultado, por isso, quando agora damos tratamento ao processo resultante é que ele vem à tona. Os encontros poderiam ter sido gravados e transcritos, mas não: foram anotados em cadernos. Durante os encontros, o pesquisador acadêmico, além de ser um moderador, fazia anotações das falas dos participantes. Na composição do grupo essa presença do anotador exercia interferências: no início do processo, após os primeiros encontros, alguns vinham conversar para demonstrar uma alegria por ter alguém que escrevesse as coisas ditas e valorizasse o que estava sendo falado. Era como se, assim, aquelas palavras não caíssem no vazio e pudessem ser “colhidas” pelo anotador que, ao reuni-las, dava a elas um corpo, uma permanência.

Essa figura do anotador foi incorporada ao dispositivo. Certa vez cumprimentei o grupo e me sentei num lugar na roda esperando o início, quando um participante me interpelou: onde está o caderno? Disse que estava na minha mochila e o participante, então, pegou a mochila e me entregou para que eu assumisse meu lugar e o grupo pudesse começar. Algumas vezes durante os encontros do grupo, em certos momentos, o falante, por desejar que uma ideia fosse escrita com precisão, ditava com mais vagar para que o anotador o fizesse devidamente. Outras vezes o falante se empolgava dizendo uma ideia complexa muito rapidamente e, então, o anotador pedia que repetisse o trecho, que a ideia pudesse ser dita novamente. Isso mobilizava o grupo a buscar o que havia sido dito, e recuperar as linhas e segmentações do pensamento que circulara no grupo naquele momento, ou, então, uma ideia tendia a escapar e as pessoas tinham que se dedicar a pesca-la de alguma outra forma.

Outras vezes uma frase produzia uma afecção no anotador, seja de admiração, seja de dor, de clareza ou de confusão, e, então, o procedimento de pausar e rever o que tinha sido dito

se incorporava à dinâmica dialógica, para se deter e contemplar o narrado. Outras vezes o fluxo narrativo através dos interlocutores seguia com muita fluidez e o anotador simplesmente anotava, e a interferência, nestes momentos, era mais corporal, expressa na rapidez da caneta sobre a superfície da folha do caderno, no menear de cabeça, no rosto, na contração dos lábios, na postura, ou no gesto que respondia ao que era dito e anotado. Outras vezes o anotador simplesmente desistia de anotar, pois o fluxo era intenso demais e não cabia em palavras. A narrativa daquilo devia ficar para depois, pois naquela hora tratava-se largar a caneta e deixar vir, deixar “rolar”.

A anotação, portanto, fazia parte do dispositivo e da experiência coletiva, não era simplesmente um registro, pois interferia no processo e era produzida na individuação do momento – no sentido da *hecceidade*, do acontecimento. O texto anotado era resultante das falas e afecções produzidas no plano comum, nos locutores e no anotador. Era uma variação no interior do desenho metodológico da pesquisa, o qual, como definimos anteriormente, se orientava na perspectiva da cartografia. Essa variação constituiu, por meio de ressonâncias corporais, sensoriais, afetivas e cognitivas, um texto coletivo escrito na oralidade. Pois bem, trataremos agora de articular aquelas anotações com a escritura da tese de forma que seja uma composição.

4.3 LUGARES NA REDE

Aquele coletivo também variava quanto à composição de seus participantes. Cada um ali ocupava lugares que também variavam. As vezes alguém desaparecia por um tempo e, quando voltava, estava intensamente medicado. Entrava na sala do grupo apenas para estar junto, nada mais. Alguns vinham a todos os encontros, outros podiam uma vez ou outra não

vir. Havia quem participasse sem expressar um motivo. Outros tinham muitas experiências com o uso de remédios e desejavam fazer mudanças. Outros também tinham muitas experiências, mas não expressavam um desejo quanto a isso. Quando estava sob efeito intenso da medicação, Fabi comparecia e desejava falar o que estava sentindo. Diva era alegre, gostava de dançar, cantar, falar e trazia vigor ao encontro. Fumiko quase não falava e queixava-se de maltrato do marido. Um bom tempo já tinha transcorrido quando Vanderson chegou e logo se tornou um protagonista do grupo. Ed Carlos foi um dos primeiros participantes. Durante meses invocava a polícia contra drogados e malfeitores. No final do ano deixou esse lugar e passou a falar da sua experiência. Silvino era o de maior idade, falava lentamente em voz baixa, e as pessoas ouviam com muita atenção sua fala enigmática. Marcio, um dos mais jovens, era discreto, muitas vezes só falava se lhe dessem a palavra; trazia sempre uma experiência viva e um problema, se dizia uma pessoa “problemática”. Ronaldo frequentemente reportava quais medicamentos, a quantidade e os horários que tomava e dava a entender que era muito. Conforme os meses foram passando os remédios foram diminuindo, mas ele seguia considerando que era muito. Cada um ocupava na rede lugares de fala, ressonância, aliança, contágio, força sobre força, lugares de passagem, expressão e, como veremos, algumas vezes, um lugar de tradução, de dizer do que era dito no grupo dizendo outra coisa.

O Jorginho vinha ao grupo de vez em quando, entrava na sala tempestuosamente, batendo a porta e gritando. As vezes sentava-se no centro da roda. Ali ficava em paz, e o grupo seguia com sua presença no centro. Costumávamos dizer que, em roda, nos dispúnhamos equidistantes do problema ao centro de nossa atenção. Jorginho se colocava neste lugar. As vezes ele apenas causava impacto por uns instantes e depois saía da sala. Outras vezes sua presença interferia com uma força que irrompia no fluxo da circulação da palavra entre os participantes e abria lugar, alargando a continência do coletivo. Ou a paciência? Certa vez Jorginho entrou na sala batendo a porta e gritando. Ele segurava uma boneca na mão. Neste

momento, a Fabi saiu da sala. Jorginho falou alto: “*Bom dia! Eu vou morrer?*” E sentou-se ao lado do Diego, gestor do CAPS, o qual retomou o assunto da roda: “*Vocês estavam falando sobre a farmácia do CAPS*”. O clima estava tenso, alguém reclamava que havia desperdício de remédios que eram jogados fora por estarem vencidos. Outros falavam que o farmacêutico não tinha culpa, e que era preciso ter maior controle sobre os remédios dispensados. O Mario também saiu da sala devido à tensão no grupo. O Silvino disse que sua irmã e o cunhado controlavam a sua medicação.

Silvino: O remédio é mais importante do que eu. Eu tenho que ficar de lado. Eles telefonam para o CAPS. Meu cunhado queria xingar a moça da farmácia.

Ronaldo se incomodou: Que absurdo! E a moça da farmácia está grávida! O teu cunhado é ruim.

Nesta hora o Jorginho irrompeu gritando: Eu sou feio!?

Silvino retoma a conversa sobre o cunhado: Ele é sistemático. Ele acha que eu não posso olhar para o lado. Não posso olhar para uma moça bonita.

Relatamos esses episódios apenas para nos fazer notar topologias em que as pessoas entram, saem, são afetadas, causam afecções, e suas falas encontram no grupo um plano de ressonância. Ronaldo afirma que o cunhado de Silvino é ruim. Jorginho grita perguntando se ele é feio. Silvino diz que não pode olhar para uma moça bonita. Uma vez Jorginho entrou na sala abruptamente, mas algo na sua expressão fez o grupo inteiro cair na gargalhada, ele também. Em outra ocasião o grupo estava compenetrado, discutindo sobre trabalho, atividades remuneradas possíveis, favoráveis, ou em que as pessoas do grupo se sentissem com desejo e em condições de fazer. Neste momento Jorginho entrou na sala gritando. A Fumiko, que muito frequentemente se colocava de forma queixosa e ensimesmada, calmamente levantou-se, pegou o Jorginho pela mão, e ele, sorrindo, seguiu com ela para fora da sala.

Interessa descrever lugares dessa grupalidade que foram dando um rosto àquele coletivo. Desejamos destacar a participação de Marcio e Silvino nessa rede. Marcio, um dos mais jovens do grupo, se tornou o interlocutor de um lugar de resistência e diminuição do uso de medicação até sua retirada total. Desde os primeiros encontros, a sua fala combinava com

muitas outras que relatavam experiências de sofrimento causado pelo uso de remédios. No entanto a sua fala não era uma queixa, era uma afirmação de sua disposição a não mais tomar remédios, e isso incomodava muitos usuários. Despertava a rejeição de pessoas que diziam ter surtado e sofrido internação por haverem interrompido o uso da medicação - uma fala extremamente frequente, repetida por usuários, psiquiatras e outros trabalhadores. Certa vez, num encontro de avaliação do processo da pesquisa, Marcio dizia que se sentia pressionado pela médica, o farmacêutico, a família e no próprio grupo de pesquisa para tomar a medicação prescrita. A partir desse dia, as pessoas passaram a ouvir sua fala sem contestar e, ao longo do processo, a sua experiência passou a ser admirada. Ampliava-se, no interior do grupo, espaço para as diferenças de conduta em relação ao uso de remédios. Certa vez vieram ao grupo Aparecida com sua mãe e o irmão, Valdeci. Ela contava que viera de Minas Gerais pois sua mãe e seu irmão desejavam que ela fizesse tratamento aqui em São Paulo. Contava que sentia falta da sua casa, seu marido e seu filho. Lá tinha trabalho e fazia tratamento, mas não aceitava os remédios. Havia tido recentemente uma crise de “depressão” e a mãe e seu irmão foram buscá-la. A mãe se queixava da resistência da filha a tomar a medicação. O irmão dizia que no CAPS haviam indicado participar desse “grupo sobre medicação” devido ao problema da resistência da irmã, e colocou para o grupo a sua preocupação. O Silvino contou sua experiência de internações e de uso contínuo da medicação por muitos anos, que, para ele, não havia possibilidade de ficar sem, mas que os mais jovens podiam ter outra experiência, e indicou Marcio, “*o menino de ouro*” do grupo, que estava diminuindo os remédios. Aparecida e seu irmão Valdeci, então, se interessaram pela experiência do Marcio.

8 de agosto de 2017

Aparecida: Me passa difícil a aceitação com o médico. Tive esse problema e tive recaída. Quando estou bem não quero tomar remédio. Acho que estou bem e acabo tendo crise, tem uma força maior cuidando da gente. Tem os médicos pra cuidar da gente. É difícil a aceitação. Tenho neura com remédio, creio na cura, que Deus pode curar. Tenho vontade de trabalhar, estive trabalhando e tive crise.

Inácio: O modo que se sente tem várias palavras, cada um com seu problema.

Ronaldo: A gente se emociona com qualquer coisinha.

Silvino: Coloca um medo de que não pode ir pra frente, mas pra trás. Não precisa disso. Como andar sem amarras, sem polícia, sem colocar algemas, tropa de choque. Os policiais não são amantes da vida. Ao contrário: a aliança aumenta a vida. Já passei por esse rótulo de louco e estou voltando para a vida. Fui trancado de cadeado na cela fechada, até chegar no ritmo da pulsação. Os remédios podem diminuir a vida ou aumentar. Estamos conservados aqui no CAPS, como num refrigerador, que nem refrigeração.

Aparecida: Eu me sinto assim mesmo!

Silvino: Pátio é prisão, solitária.

Saulo: Não tenho liberdade, queria morar sozinho. Estou morando com meu pai, sem condição de, daqui pro ano que vem, morar sozinho. Eu era casado, com um serviço, conseguia me estabilizar. Primeiro é a condição financeira, segundo é a saúde, não tô podendo fazer nada, estou fazendo tratamento.

Silvino: Deve existir uma área de andamento de processo para nos ajudar. Eu estou parado. Vamos devagar, tem que colocar o sonho e partir pra cima do sonho até que alguém escute. Não é só dinheiro, é experiência, o dinheiro colabora, mas o registro é do patrão, o patrão é dono do jogo, da bola, dos jogadores, do campo, da torcida.

Alexandre: Eu fiz um mundinho que não existia, eu quero sair e estou preso, quero sair e não consigo.

Marcio: Fazer o que é certo, não importa o que acontece. Vai passar por dificuldade, mas não muda sua opinião. É obrigatório suportar um sofrimento. Várias pessoas não entendem, mas você entende, você se sente especial. Vale a pena se esforçar. Não consigo me esconder do problema.

Alexandre: Ficar cuidado como coitadinho, incapaz, quer ser tratado que nem recém-nascido, o mundo não gira em torno do umbigo.

Marcio: Não vejo a hora da alta.

Valdeci, irmão da Aparecida: O Marcio tem vontade de independência, ele quer autonomia. É diferente do Silvino, ele quer não tomar medicamento!

Aparecida: Os médicos falaram para mim que eu nunca ia se ver livre para sempre definitivo depois do transtorno mental.

Silvino: Mas existe a contrarregra. O problema menor é dormir, garantir o sono. Acho que transtorno bipolar é mais complicado: uma pessoa transtornada. Me dá um sentimento de fúria, de ira. É mais complicado.

Marcio: Já cheguei tomar sete remédios por dia, hoje tomo um remédio só.

Apresentamos esse diálogo porque estamos interessados em dar visibilidade a alguns movimentos/lugares de falas no grupo. O campo é traçado por linhas que tensionam em várias direções: a resistência e a aceitação do tratamento médico e do remédio; uma sensibilidade especial às afecções; o medo que faz retroceder e ficar preso - ao remédio, ao “mundinho”; o viver conservado no “refrigerador” da instituição de saúde mental; o sentimento de impotência, falta de liberdade e dinheiro; a afirmação do “sonho” e de experiências que produzam mudanças; a disposição para suportar sofrimentos e dificuldades para ir em direção ao que se

considera certo; o caminhar entre a regra e a contrarregra considerando que o problema posto pela loucura é complicado. Nesse traçado, ou nessa rede, Marcio e Silvino falam de lugares distintos. Lugares do coletivo cuja emergência não se daria se a rede - a “aliança”, como disse Silvino - não estivesse ativa. Bem entendido: trata-se de lugares na rede, lugares de fala do coletivo, mobilizadas pelo coletivo.

Silvino escuta a cada um, olha para a experiência e traz uma expressão dessa. Diz que a potência, ou a autonomia, “*não é só dinheiro, é experiência*”. O dinheiro ajuda, mas faz parte de um jogo dominado. Invoca uma potência visionária de sonhar, um plano comum que outros podem acessar e sonhar junto. A sua fala centrífuga escapa do senso comum e chama a atenção. Outros lugares na rede ouvem e falam da importância desse lugar no coletivo.

27 de junho de 2017

Marcio: Muitos não acreditam que a gente pode fazer diferença, que a gente não pode ser importante.

Edilce: Que nem o seu Silvino é para a gente.

25 de julho de 2017

Diva: Só veio dar certo no CAPS! Deu certo: não choro mais, não saio mais na rua, passo a noite todinha em casa. Fala, seu Silvino, o senhor é a Voz do Brasil⁴!

Silvino: Em Brasília 19 horas! É o Aparato de Saúde! A cabeça é pequena e cuida de um corpo tão grande. Sou um arquivo vivo. Não é “sou uma pessoa”: sou várias!

Essa última fala dialoga com uma frase - provavelmente a mais importante - do Guia

GAM: “*Sou uma pessoa, não uma doença*”. Em todos os grupos da GAM de que eu participei, essa frase despertou ideias potentes, como aqui. Uma participante do grupo GAM da UBS Guarani colocou essa página do Guia no portão da casa dela. Ao dialogar com essa frase, Silvino diz outras coisas e multiplica a sua potência. A afirmação da potência de ser muitos. Retomaremos essa discussão no capítulo Biopolítica, psicofármacos e subjetividade sobre individualização, o comum e o coletivo.

⁴ A “Voz do Brasil”, programa de rádio do governo federal transmitido em cadeia nacional, entrava no ar às 19 horas diariamente interrompendo a programação de todas as rádios durante a ditadura militar.

4.4 CAMPO DE PESQUISA VILA BRASILÂNDIA

O trabalho na Vila Brasilândia teve um primeiro momento em que realizamos três encontros com trabalhadores e gestores de Unidades Básicas de Saúde e CAPS - farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, médicos, técnicos, agentes comunitários, assistentes sociais, educador físico – além de docentes e estudantes do curso de psicologia da PUC, na Supervisão Técnica de Saúde da região, para debater a proposta GAM e possibilidades de ação com trabalhadores e usuários das unidades.

Num segundo momento tivemos o acompanhamento da experiência em cada unidade, numa forma que combinou um processo de Apoio e de Supervisão, com trabalhadores de duas UBS e um CAPS Álcool e Drogas, num esforço de construir a GAM como dispositivo e procurar dar sustentação a grupos com usuários.

Num terceiro momento tivemos encontros das equipes que estavam experimentando a GAM na região, para compartilhamento de experiências e dificuldades de moderação dos grupos, aprofundamento de questões conceituais advindas do campo e gestão da capilarização da proposta em parceria com gestores da Supervisão Técnica de Saúde.

Ao longo de um ano realizamos um processo em que tivemos experiências de formação, em que fomos conhecendo territórios variados e múltiplos obstáculos à construção da GAM como dispositivo, à medida que nos dispúnhamos a fazer um trabalho de ampliação de autonomia em relação ao uso de psicofármacos.

4.5 A CAPILARIZAÇÃO DA PROPOSTA GAM EM DUAS UBS EM SÃO PAULO EM 2017 E 2018

Trataremos aqui de experiências impulsionadas a partir da proposta da GAM na Atenção Básica que se tornaram analisadoras de um campo de forças em que o uso de medicamentos psiquiátricos ganhou visibilidade como uma epidemia que atinge uma população crescente de milhares de usuários em cada território das unidades de saúde. Ganhou evidência também que o uso massivo e crescente de psicofármacos era coemergente com a falta de espaços de cuidado e atenção em saúde mental nestas unidades. Estas experiências produziram dispositivos singulares em cada uma das duas UBS. Tais processos foram gestados e acompanhados em Oficinas de Apoio aos trabalhadores. A ferramenta de apoio a princípio se circunscrevia ao apoio institucional, porém, ao longo do processo passou a ter implicações sobre os manejos dos trabalhadores no grupo constituído com os usuários, sobre as condutas, os atos de cuidado e as práticas clínicas de médicos participantes das Oficinas de Apoio e moderadores da GAM no grupo com usuários. Nesta medida apoio institucional e matricial, processos institucionais e de cuidado, encontravam-se em mistura nas Oficinas de Apoio. A instauração de processos de apoio aos trabalhadores e de constituição de grupos de usuários a partir da GAM desestabilizou barreiras à autonomia postas pela verticalidade hierárquica das equipes de saúde, pelas tecnologias de poder em torno de núcleos de saber especializado e pelas relações de dominação dos trabalhadores com os usuários. No plano comum destas experiências, que envolveram atividades de apoio aos trabalhadores que praticavam a moderação dos grupos com usuários, e acontecimentos disparados entre usuários participantes, ocorreram mudanças e deslocamentos de perspectiva e modos de subjetivação, que trataremos neste capítulo.

Uma epidemia do uso de psicofármacos.

Em 2017 e 2018, num processo de quinze meses de duração, foi realizada uma experiência de capilarização da estratégia GAM na cidade de São Paulo, no bairro da Vila Brasilândia, processo que incluiu atividades de formação e de apoio a equipes de duas unidades básicas de saúde, Silmarya Rejane Marcolino Souza e Jardim Guarani. A capilarização aqui foi impulsionada pelo desejo de trabalhadores e gestores de conhecer e realizar experiências com a proposta da GAM naquele território, aliado aos aportes teórico-metodológicos e articulações da universidade com a gestão regional de saúde para promover formação dos trabalhadores e apoiá-los no processo. Esse processo foi realizado no âmbito da interação serviço-ensino proporcionada pelo PROPET-Saúde - Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – realizado em parceria entre a PUC-SP e a Coordenadoria de Saúde Norte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Em 2017, este pesquisador foi convidado participar como docente das formações dos trabalhadores promovidas no âmbito do PROPET, e como apoiador da experiência de capilarização, que incluiu a facilitação de oficinas de apoio nas unidades de saúde. Em maio de 2017, foram realizados três encontros de formação na Supervisão Técnica de Saúde - STS- reunindo trabalhadores – agentes comunitárias, farmacêuticos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, médicos, técnicos – gestoras das duas Unidades Básicas de Saúde e da organização social administradora dos serviços de saúde daquela região, estagiários e duas professoras da PUC – a coordenadora do convênio PROPET-Saúde e a coordenadora do curso de psicologia. Os três encontros foram realizados em rodas de construção coletiva, em que foi produzida uma base conceitual da estratégia, do dispositivo e da aproximação que seria usada.

Os bairros da Freguesia do Ó e Vila Brasilândia se situam na região norte do município, entre a várzea da Marginal Tietê e o alto da Serra da Cantareira. São três áreas distintas: várzea, pé-de-serra e alto da serra. A região de alto da serra, onde se situa a Vila Brasilândia, era uma

área florestal de reserva de mananciais que, entre as décadas de 70 a 90, foi urbanizada em regime de ocupação e auto-construção. Altamente povoada, a densidade populacional da região, 13.500hab/km², é maior que a dos municípios mais densos do continente americano como São João do Meriti/RJ (13.000hab/km²). A Vila Brasilândia é, também, um território de vulnerabilidades sociais e políticas, como a violência de Estado e do crime organizado.

No processo inicial de capilarização foram realizadas duas Reuniões Gerais em cada unidade básica para discutir com toda a equipe a prescrição, o uso de psicofármacos e o medicamento psiquiátrico tanto na rotina de trabalho na UBS quanto na área de abrangência da unidade. Nesses encontros, um número grande de participantes - na UBS Silmarya cerca de 60 trabalhadores, na UBS Guarani cerca de 40 - se reunia em roda com a palavra aberta a todos. Um episódio significativo ocorreu na UBS Silmarya. Uma agente comunitária de saúde, relatora da reunião, anotava, em folhas de papel pregadas na parede, as ideias faladas durante a reunião. Uma enfermeira falou a palavra desmedicalização e a agente comunitária escreveu na folha pregada na parede: DESMENTECALIZAÇÃO. Alguns participantes da reunião repararam o “erro”, o que chamou a atenção de todos para o jogo entre o termo desmedicalização e a palavra escrita. O ato chamava a atenção para um desvio, em que a palavra MENTE ganhava visibilidade. Havia um sentido de desmedicalização da MENTE. Poderíamos ter uma boa descrição da palavra “mentecalização”, por exemplo, reunindo os mais de 300 diagnósticos de “transtornos mentais” esquadriados no DSM-5. Na forma de “erro” ou lapso, emergia naquele coletivo um campo da des-psiquiatria e da des-psicopatologia, associado à GAM.

Os processos de construção da estratégia GAM nas duas Unidades Básicas de Saúde tiveram uma participação intensa e plural, com dois farmacêuticos, as gestoras das duas unidades, dois médicos, duas enfermeiras, uma assistente social e um grande envolvimento de agentes comunitárias, técnicas e auxiliares de enfermagem e uma trabalhadora da recepção. O

envolvimento das gestoras dessas unidades básicas facilitava o agendamento de oficinas de apoio e planejamento das ações para o início da construção da GAM em cada unidade. Nas oficinas de apoio, semanalmente se reuniam os trabalhadores interessados na GAM em cada uma das UBS.

Esse processo, que combinou reuniões gerais da equipe da unidade e reuniões da oficina de apoio com um grupo de trabalhadores, ofereceu oportunidade para abrir um espaço de fala sobre o trabalho na unidade a partir de questões relacionadas aos medicamentos psiquiátricos sob diferentes perspectivas. Nos reportaremos a seguir às falas de trabalhadores participantes destes encontros.

“Tem uma lista quilométrica de pacientes tomando psicofármacos, que vem à UBS na busca de troca de receitas, sem avaliação, sem consulta, sem diálogo, estamos dando remédios sem saber para que servem”.

Ao longo dos anos vieram se acumulando, na agenda das duas unidades, uma população de usuários de remédios psiquiátricos controlados, que, em algum momento receberam essa prescrição, nunca mais reavaliada ou interrompida. Em uma UBS estimava-se, por inferência a partir do volume de medicamentos dispensados, que uma população de sete a nove mil usuários retirava regularmente psicofármacos em sua farmácia. Em outra UBS foram levantados três mil usuários de benzodiazepínicos, sem contar os demais psicotrópicos.

“Os pacientes tomam remédio sem saber o que estão fazendo: “não dormi essa noite então tomei 2, era pra tomar 1, tomei 2”.

Essa discussão gerou uma ansiedade entre os médicos presentes nas reuniões gerais, jovens clínicos das equipes de Saúde da Família. Os médicos se queixavam da curta duração das consultas (15 minutos), da escuta reduzida e do pouco diálogo, justificando que o tempo era suficiente somente para fazer uma prescrição de medicamento e uma recomendação sumária sobre o uso. Alguns médicos diziam que o problema se devia à prescrição continuada de medicamentos de protocolo de uso limitado para evitar a cronificação. Um médico dizia que ao longo de quinze anos na mesma UBS prescreveu psicofármacos para milhares de usuários, e

declarava que fazia isso crendo estar agindo bem, buscando aliviar o sofrimento e os sintomas dos pacientes, e que não imaginava que isso pudesse se tornar um problema. Queixaram-se da situação em que usuários demandavam o medicamento com agressividade, sentiam-se ameaçados, intimidados, algumas médicas relatavam terem sido agredidas fisicamente.

“O paciente procura uma receita, ele vai onde consegue a receita. Os pacientes buscam o remédio, eles vão bater na porta do médico, cria mais um fluxo na porta do médico”.

Contavam que muitas vezes os usuários tinham distribuído medicamentos para familiares ou outras pessoas, as quais estavam precisando de remédio “para dormir”, para “ansiedade” ou para “depressão”, e que, por isso, necessitavam de mais remédio para seu próprio uso.

“Tem família em que todos tomam medicação, o pai morreu e todos passaram a tomar. E tem resistência muito grande pra tirar a medicação. Minha medicação não pode mexer!”

Enfermeiros e agentes comunitários narravam que medicamentos psicotrópicos tinham adquirido valor de troca no território e que havia um consumo de medicação como substância psicoativa. Agentes comunitárias contavam que nos períodos em que havia falta de medicamentos nas farmácias das UBS, como na última mudança de gestão municipal, alguns usuários abordavam-nas agressivamente com ameaças para obter psicofármacos.

Constituição de Oficinas de Apoio nas Unidades

O objetivo das oficinas de apoio era pensar um plano local orientado para a ampliação da autonomia e desmedicamentação, com base na abordagem da GAM. Aquelas discussões convidavam olhar os problemas gerados pelas implicações do uso de psicofármacos no âmbito do trabalho na unidade. Nas duas unidades básicas ocorreu essa demanda de discutir o trabalho na UBS no espaço aberto pelas reuniões gerais e pelas oficinas de apoio. Havia um forte desejo de ter formação para o cuidado em saúde mental, um desejo de encontrar formas de ação no dia

a dia do trabalho. Cerca de doze a dezoito trabalhadores em cada unidade passaram a integrar as oficinas de apoio semanais para construir a GAM na unidade.

Esse grande afluxo de trabalhadores às oficinas de apoio da GAM indicava uma carência de espaço para discussão do trabalho na UBS, ao menos no âmbito da saúde mental. Se a princípio o propósito das oficinas era pensar o dispositivo visando a ampliação de autonomia dos usuários de psicofármacos, logo veio à tona uma necessidade dos trabalhadores de espaço para discussão do seu trabalho em saúde mental.

Muito embora existissem reuniões periódicas de matriciamento para discussões de caso e o acompanhamento de uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, que tem fundamental importância para o atendimento em saúde mental na atenção básica, essas estratégias não vinham sendo suficientes para dar continuidade às questões e tensionamentos vividos pela equipe e pelos usuários.

Provavelmente, a novidade da proposta da GAM era um espaço em que a autonomia dos trabalhadores crescia na medida em que não era construída a partir dos saberes especializados da psiquiatria e da psicopatologia. Com a especialização deslocada, com o privilegiamento da experiência, todos os outros trabalhadores tinham oportunidade de se colocar. Muitos agentes comunitários, técnicos e auxiliares de enfermagem se apropriaram do espaço de construção da GAM. Essa grande participação de trabalhadores com ensino médio, principalmente agentes comunitários, nas duas unidades, era também um sinal desse deslocamento dos núcleos de saberes especializados de ensino superior naquele espaço. Esta é uma visibilidade interessante para interrogar o modo como os matriciamentos vem sendo produzidos, em que medida se abrem para o encontro e a problematização.

Invisibilidade da saúde mental e núcleos de saber especializado

Neste espaço foi se tecendo uma linha de problematização com inúmeros pontos de cruzamento em que o trabalho na UBS estava implicado no problema situado entre gestão, autonomia e uso de medicamento psiquiátrico. As narrativas dos trabalhadores deram visibilidade ao lugar reservado a esses usuários de medicação psiquiátrica na rotina de trabalho da UBS, marcada por uma omissão, alheamento, dos trabalhadores, em relação a esses usuários de “saúde mental” e suas necessidades. A saúde mental tende a ser menos visível na Atenção Básica. Veremos adiante, durante o caminho da experimentação com o dispositivo da GAM, como essa distância ou falta de lugar da “saúde mental” na rotina da unidade básica de saúde dificultava o acesso deste público ao grupo da GAM com usuários.

O problema então apresentava um processo que combinava o consumo em massa de medicação psicotrópica - sustentado por uma rotina de renovação continuada de receitas - somado à invisibilidade e ausência de acesso ao cuidado em saúde mental, ou ausência de espaços de cuidado a pessoas em sofrimento psíquico, configurando uma condição alarmante, que não era foco de atenção, ou não constituía um problema de que o apoio matricial ou o NASF se ocupassem.

Essa linha de problematização da saúde mental no trabalho na UBS também dizia respeito ao lugar das reuniões de matriciamento no campo de forças daquelas unidades. Em ambas, tanto a equipe do NASF quanto a de matriciamento se ausentaram do processo local de constituição do dispositivo GAM. As reuniões de matriciamento eram feitas com profissionais dos CAPS – adulto, infantil e álcool e drogas – voltadas para a discussão de casos na interface CAPS-UBS, e o NASF era uma equipe fixa que percorria as várias unidades do território, voltada para provisão de atividades e intervenções focais em saúde mental – por exemplo, crianças com déficit de aprendizagem. Em uma unidade havia antagonismos e críticas mútuas entre as equipes da UBS e a de matriciamento. Segundo os trabalhadores da UBS, havia um

“jogo de empurra, silenciamento e omissão” em torno de alguns “casos” que as equipes da UBS desejavam encaminhar para atendimento psiquiátrico no CAPS. Segundo os profissionais do CAPS, as equipes de Saúde da Família tinham a responsabilidade de acompanhar aqueles “usuários de saúde mental” do seu território, e criticavam as equipes da UBS por *“não se responsabilizarem pelos casos”* ao encaminhá-los para o NASF e ao CAPS.

“Encaminhamos pacientes para o CAPS, mas o CAPS nos devolve dizendo que são para nós atendermos e fica um jogo de empurra e desentendimento entre os serviços”.

Essa animosidade justificava uma distância entre as equipes e, conseqüentemente, a não aproximação do matriciamento e do NASF às oficinas de apoio da GAM. Os profissionais do NASF haviam participado da formação da GAM nos três primeiros encontros na Supervisão Técnica de Saúde. Conheciam a GAM, mas, apesar disso, não participaram da construção do dispositivo nas unidades locais. Essa relação entre as equipes de saúde mental e da UBS indicava que, na rede de saúde daqueles territórios, a “atenção psicossocial” estava prejudicada.

O distanciamento das equipes de apoio em saúde mental – matriciamento e NASF - em relação ao dispositivo GAM denunciava uma *“omissão”* e um *“silenciamento”* - tal como já haviam se queixado os trabalhadores e gestores das duas UBS - em relação aos novos processos em curso nas unidades, que diziam respeito ao trabalho em saúde mental, o qual, supostamente, deveria ser apoiado por esses dispositivos. Se a função destes era apoiar, como, então, deixavam de fazê-lo?

Como veremos, o encontro proporcionado pela GAM provocava um deslocamento da psiquiatria e da psicopatologia, o que emerge muito fortemente no contexto dos grupos da GAM com usuários nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Um deslocamento em que o lugar de saber e poder destas disciplinas *psi* fica estremecido. A GAM problematiza as relações de poder-saber fundadas nos saberes das patologias *psi*. No contexto da atenção básica esse deslocamento afeta também o matriciamento e o NASF, pois estes sustentam uma posição de

poder na rede de saúde exatamente pelos saberes especializados neles nucleados. Embora a aposta do seu apoio seja ampliar o escopo da clínica num trabalho multidisciplinar, nestes dispositivos a farmacologia psiquiátrica e a psicopatologia não têm seus limites e fundamentos desestabilizados como núcleos de saber, e, assim, seguem constituindo posições e relações de poder presididas por saberes especializados. Essas relações de poder são complexas e muitas vezes os matriciadores são aqueles que apregoam a clínica ampliada. Certa vez, numa reunião de matriciamento com a coordenação do NASF daquele território, um médico de família desejava compartilhar o caso de uma criança com problemas de aprendizagem considerados graves pela escola. Um caso bastante corriqueiro. O médico desejava a interlocução com profissionais dos núcleos de saberes especializados. Os matriciadores esclareceram o médico que ele estava “desinformado”. Que ele estava privilegiando determinados saberes técnicos e não outros, e que a equipe de Saúde da Família deveria conhecer melhor do que os especialistas o contexto das relações em que as dificuldades de aprendizagem daquela criança eram produzidas. Que ele e sua equipe deveriam prestar atenção em outras potencialidades e habilidades daquela criança, e que antes de procurar os saberes especializados para encaminhar o caso ele deveria se responsabilizar pelo cuidado. Esse médico não considerava que estivesse se desresponsabilizando, embora estivesse demandando que especialistas assumissem a avaliação e o cuidado daquela criança conjuntamente. Esse tipo de encontro não convidava à corresponsabilização e, ao contrário, tensionava as relações entre esses trabalhadores, e esse médico deixou de participar das reuniões de matriciamento.

Assim, uma eventual participação do NASF num dispositivo da GAM tenderia a colocar em questão a implicação dos núcleos de saber psi e as condutas das equipes do NASF no plano coletivo. Sua ausência ou a omissão em relação à participação no dispositivo da GAM é uma forma dessa implicação.

A transversalidade e as relações de dominação no trabalho.

O tema da autonomia coletiva e da construção compartilhada, no espaço múltiplo da UBS - multidisciplinar, de múltiplos públicos e necessidades – também invocava outras linhas problemáticas. Os trabalhadores da UBS Guarani começaram a interrogar várias condutas, entre elas a percepção da falta de autonomia e compartilhamento nos acompanhamentos de controle de diabetes e hipertensão. Julgavam que a GAM seria muito necessária com esses outros públicos além da saúde mental. A falta de autonomia e compartilhamento no trabalho era narrada sob diferentes perspectivas. As agentes comunitárias da UBS Guarani avaliavam que as suas falas sobre a GAM surtiavam pouco efeito nas equipes de saúde da família e questionavam a inferioridade e a “*falta de empoderamento*” das agentes. Também dava visibilidade a um medo da falta de controle sobre os usuários. Os trabalhadores tinham receio de que a autonomia desse aval ao “*usuário fazer o que quer*”. Mostravam-se receosos de que o convite à participação num grupo que se propõe a ampliação de autonomia pudesse favorecer uma insubordinação dos usuários. A construção de um dispositivo que dá visibilidade à autonomia, e aos constrangimentos, no plano coletivo é extremamente problemático, não somente para usuários e trabalhadores, mas igualmente para os membros da academia, mais afeitos à produção de discursos sobre práticas do que à participação nas mesmas.

A vontade de participar de um plano comum em torno das reuniões da GAM, que contagiou muitos trabalhadores, contrastava com uma rotina de trabalho em que a relação profissional-usuário era narrada pelos trabalhadores como “*viciada*”, presa a um “*esquema repetitivo*” em que se perdia a sensibilidade e o ânimo no trabalho. Assim, o critério da autonomia, que era a alma da aproximação que estávamos construindo, fazia ver problemas de poder e saber no cotidiano do serviço, e criava um forte contraste com a conduta ordinária no trabalho rotineiro da unidade em que a função do trabalhador da saúde é prescrever, orientar, dizer o que é certo, direcionar, dar ordem e conduzir.

“Temos dificuldades pois estamos acostumados a prescrever, prescrever, prescrever, dar, dar, dar. Precisamos mudar nossas posturas, nosso jeito de trabalhar em grupo. Quando a gente está aqui é engolido pela rotina da UBS”.

O processo de construção da GAM nas oficinas de apoio foi um processo de experimentação da cogestão como caminho para a instituição de um espaço/processo de produção coletiva. Essas experiências de cogestão nas unidades básicas abriram espaço para novos modos de participação. Ao lado de modos automatizados, repetitivos, estreitos e endurecidos de relação de poder, que em parte puderam ser vistas durante o processo, outras forças, agenciadas pelo desejo de participar em um processo em que a autonomia é um critério de gestão, mobilizavam o grupo a fazer algo novo.

No início muitos trabalhadores participavam das oficinas de apoio. Organizavam-se em roda, a pauta era construída conforme o andamento da reunião ao final da qual faziam uma revisão dos acordos. Discutiam como envolver as equipes de Saúde da Família na construção do convite aos usuários. Qual é o convite? Estávamos convidando os usuários a quê? Estas questões permaneceram em pauta por um longo período, pois as equipes passaram por experiências no caminho que foram mudando o convite e a forma de convidar.

Ao pensar o convite, ao indicar usuários para serem convidados, ao discutir a abordagem nas visitas a estes usuários, as equipes compartilhavam experiências e discutiam casos que anteriormente não eram discutidos. Decidiram reunir-se com as equipes de SF para planejar as visitas aos usuários. Definiram um dia da semana, horário, local para realizar o grupo da GAM com usuários.

Na UBS Silmarya cogitaram a proposta de realizar grupos da GAM fora da UBS em outros espaços do território. Decidiram que os trabalhadores não usariam o uniforme ou jaleco nos encontros do grupo da GAM com usuários. Havia também uma preocupação de registrar uma memória do grupo nas reuniões com usuários. Na UBS Guarani optou-se por fazer um livro-ata dos grupos. Na Silmarya, o médico e moderador propôs que a participação dos

usuários na GAM fosse anotada nos prontuários. Discutiam também como seria a moderação dos grupos. O Guia do Moderador da GAM trazia uma série de tópicos de debate e linhas de pensamento com relação ao manejo dos grupos com usuários e havia entre os trabalhadores o desejo de estudar e discutir. Na UBS Guarani, optaram por formar duplas de moderadores e fazer um revezamento de duplas no intuito de ampliar a experiência dos trabalhadores.

Nessa experiência de cogestão nas oficinas de apoio, os participantes também se apropriavam daquele espaço compartilhando suas experiências de vida. Esse tipo de apropriação do espaço pelos trabalhadores era imprevisto e impensado na metodologia da GAM. Na proposta da GAM a cogestão se situava na interface entre os profissionais e os usuários. Mas nas UBS, a prática cogestiva nas oficinas de apoio rapidamente abriu espaço para uma participação intensiva em que os trabalhadores expressavam uma implicação da sua experiência de vida com o tema da autonomia e da saúde. A discussão sobre o direito à participação nos tratamentos, à informação sobre os procedimentos e medicamentos, à decisão sobre as condutas era um momento de compartilhamento de suas próprias experiências.

Na UBS Silmarya uma agente comunitária declarou que *“nas reuniões de equipe de Saúde da Família a gente não pode falar dos problemas que nós sofremos, só podemos falar dos casos dos pacientes, na GAM a gente pode falar do que nós passamos”*. Uma farmacêutica relatou o caso da sua mãe que entrou em depressão quando teve diagnóstico de diabetes, passou a tomar medicação psiquiátrica, e que o diálogo foi importante para modificar sua relação com o diagnóstico, dando relevo à importância da GAM como um espaço de fala necessário nos serviços de atenção primária a saúde. Uma técnica de enfermagem conta que sofria muito medo diante de provas ou exames de seleção, a ponto de ter desistido de muitas coisas na sua vida por causa dessa ansiedade. Uma assistente social conta que sofria “depressão”, usava “remédio controlado” e que desejava ter maior autonomia. Outra agente comunitária relatou que teve diagnóstico de câncer e que, nesta ocasião, seu marido sofreu uma crise de hipertensão, sua

filha veio a falecer, e ela passou a tomar antidepressivos. Conta que passou por esses episódios sem ter na UBS um grupo de apoio como o da GAM do qual ela pudesse participar. Essa aproximação do campo da saúde mental pelo compartilhamento e discussão de experiências de vida modificou a GAM, que foi construída nessas unidades como um espaço de compartilhamento mais potente e democrático do que as práticas e grupos que habitualmente já realizavam no serviço.

O dispositivo como espaço de cuidado e efeitos sobre as práticas

Em outubro ocorreram as primeiras reuniões com os usuários em ambas as unidades, o que produziu impactos sobre as equipes de profissionais participantes. O primeiro foi provocado pela diversidade de usuários que atenderam aos convites e vieram para os encontros. Essa diversidade fez crescer uma insegurança entre os moderadores da GAM. Ao abrir espaço na unidade básica para que pessoas usuárias de medicamentos psiquiátricos pudessem falar sobre sua vida e o uso da medicação, mundos antes imperceptíveis ganharam visibilidade. Pessoas que há anos vinham periodicamente à unidade somente para renovar a receita médica dos mesmos medicamentos psiquiátricos, puderam ser ouvidas e vistas, deslocando o ponto de vista (e de escuta) daqueles trabalhadores.

Entre os que compareceram ao grupo da GAM estavam pessoas que anteriormente tinham sido atendidas no CAPS, vistas pelos trabalhadores como “doentes mentais” e classificadas pelo sistema de saúde como portadoras de “transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2002) termo que condensa um amplo espectro de imagens e conceitos pré-concebidos:

José diz que nunca sai de casa, onde fica deitado no sofá, pois sente muito medo. Conta que desde 2004 usa quatro tipos de medicamentos, que ele sente que não estão mais fazendo efeito, e na UBS os médicos somente renovam a mesma receita. Diz que só saiu de casa para vir ao grupo da GAM pois achava que o grupo podia ajudá-lo “mudar os remédios”.

Gilmar diz que teve a primeira crise durante o trabalho, quando se pôs a quebrar tudo à sua volta, ficou internado e depois fez tratamento no CAPS. Diz que veio ao grupo da GAM pois, desde que ele teve alta do CAPS, não teve mais nenhuma outra oportunidade de participar de um grupo de pessoas. Conta que ouve vozes constantemente que falam coisas ofensivas contra ele e, por isso, precisa tomar remédios e não quer deixar de tomá-los, embora isso não evite as crises.

Catarina teve várias internações e fez tratamento no CAPS. Ela conta que veio à reunião da GAM pois desejava participar de um grupo sobre medicamentos. Conta que foi aposentada por invalidez, mas não quer ser vista como inválida, ela quer voltar a estudar e trabalhar. Diz que os *“pacientes ficam esquecidos, não tem ninguém que dê atenção, o médico simplesmente troca a receita e nem conversa, não sabe como o paciente está”*. Diz que o único objetivo é *“manter o paciente quieto, dormindo e sem causar”*.

Os trabalhadores moderadores da GAM se sentiam impotentes diante daquelas narrativas. Num primeiro momento reagiram negativamente à participação destas pessoas no grupo, pensavam que elas deviam ser encaminhadas para o atendimento especializado, e que, na UBS, o grupo da GAM deveria priorizar outros públicos. Reaparecia aquela zona de confusão que gerava conflitos entre trabalhadores da UBS, o CAPS e o NASF. Afinal a quem caberia oferecer atendimento adequado a esses “pacientes”? Por outro lado, as narrativas davam luz àquele lugar invisível de abandono daquelas pessoas em sofrimento, o que causava muito desconforto aos trabalhadores.

“Tem muitos pacientes hiperutilizadores de antipsicóticos, antidepressivos, que não são perfil CAPS e estão aqui”.

Como dissemos, uma diversidade de pessoas vinha aos encontros do grupo da GAM produzindo impacto sobre os trabalhadores:

Jonas compartilha que bebia muito e causava descontentamento para sua mãe, até que passou a ter “problema mental”, muito medo de sair de casa e só andar acompanhado pela irmã. Começou a tomar remédio para parar de beber e hoje se sente *“viciado em remédio”* como antes era viciado na bebida. Deseja se ver livre desse *“vício do remédio”* e diz que o grupo da GAM é um lugar que deseja frequentar pois pode conversar sobre esses problemas relacionados ao vício e ao medo.

Lucia diz que se separou do marido que havia desaparecido por semanas e quando voltou a tratava *“como uma prostituta”*. Conta que fere sua pele fazendo cortes com uma faca e imagina que, quando na cama, está deitada sobre facas. Conta que a primeira vez que foi internada, ela tinha acompanhado uma colega de trabalho numa consulta psiquiátrica no hospital do Mandaqui, e aproveitou para também fazer uma consulta, e ao final a *“minha colega foi liberada e eu fiquei presa”*. Está afastada do

emprego por licença médica, mas pretende voltar a trabalhar. Diz que os encontros da GAM estão fazendo muito bem a ela.

Alda veio a primeira vez à reunião da GAM em busca de renovar receita de medicamento, pois o médico da UBS participava do grupo. Conta que começou a tomar remédio após o falecimento do marido há quatro anos e diz que toma dois medicamentos, um para dormir e outro durante o dia para a depressão. Diz que “*o remédio é minha droga*”, e que vem à UBS em busca de receita assim como um “*nóia vai na biqueira*”⁵. Conta que quando ocorreu o desabastecimento da farmácia da UBS ela comprava os mesmos medicamentos na rua de uma vendedora “*traficante de remédio*”.

Lizete vivia só e dizia que muitas vezes nem saía do quarto, não cuidava da sua higiene e também não se dedicava à limpeza da casa. Conta que antes ela era cozinheira, mas agora ela não consegue cortar os legumes direito pois se sente “*robotizada pelo remédio*” e não tem coordenação motora. Diz que precisava tomar remédios e que nas crises ficava se debatendo no chão. No grupo ela diz: “*eu não entendo o que as pessoas falam*”. Ela ouve, mas “*esquece*” o que ouve e acrescenta: “*eu não gosto de ouvir, eu não quero ouvir, eu só penso no que eu estou sentindo, eu só quero falar o que está acontecendo comigo*”.

Irani diz que não sai de casa e que, quando alguém vai à casa dela, ela fica no quarto com um sentimento muito ruim. A assistente social a trouxe ao grupo da GAM. Ela diz que gostou de vir pois no grupo ela sentiu que podia conviver e conversar. Diz que sua vida está “*controlada por remédios*” e se sente mal com isso. Diz que deseja “*ter a vida de volta*”, “*ter controle sobre a vida*”.

Os trabalhadores moderadores dos grupos da GAM nas duas unidades sentiam o que ouvir os usuários era uma experiência muito intensa. Um médico moderador da GAM compartilhou com o grupo ter ficado muito sensibilizado pela fala da Irani e disse que quando ele prescrevia uma receita “*não imaginava que a pessoa fosse se sentir assim, controlada por remédios*”. Algumas agentes comunitárias comentavam o quanto “*trabalhar com saúde mental é muito mais difícil do que esperava*”.

“Nos encontros com usuários no GAM eu sinto angústia, tenho medo de fazer uma colocação que não caberia, o que eu falo agora?, é muito difícil!”

Uma multiplicidade de instabilidades estava concorrendo para aquele desconforto dos moderadores. Primeiro, uma decorrente da desconexão entre o trabalho na atenção básica e a atenção psicossocial, ou, melhor dizendo, a atual falta de lugar para a saúde mental naquelas

⁵ Biqueira é um termo para designar um ponto de venda de drogas ilícitas

unidades básicas de saúde. Participar da GAM era uma experiência inédita. Uma auxiliar de enfermagem, surpresa e incomodada, disse que fazia visitas domiciliares na casa de uma usuária há três anos e “*nunca tinha ouvido as coisas que ela falou ali logo na primeira reunião*” da GAM. Esse contraste é significativo: logo na primeira reunião a pessoa diz o que em três anos a trabalhadora não ouvia.

A GAM estava funcionando como dispositivo pois, por um lado, abria espaço para a expressão e a escuta, e, por outro lado, deixava ver que o trabalho usual das equipes de Saúde da Família não era sensível às necessidades, neste caso em saúde mental, de quem é visitado. Aqui vale comentar que, como em outras pesquisas, esta experiência dá visibilidade ao modo como a estratégia de Saúde da Família responde a um modelo biopolítico na acepção de Foucault, como estratégia de controle de variáveis sanitárias da vida do usuário. Assim, o objetivo das visitas domiciliares é a averiguação e checagem de parâmetros política, científica e estatisticamente determinados em função do controle de indicadores epidemiológicos, e realizar procedimentos preventivos e assistenciais no sentido de “aumentar a vida” e “fazer viver”. Nessa medida o trabalho das equipes tem foco determinado pelo controle de dados específicos, em que os trabalhadores escutam o que são orientados para escutar. Neste ponto, o compartilhamento, proporcionado pela cogestão e o critério da autonomia na GAM, oferece outras possibilidades de trabalho para além da sujeição biopolítica ou dos processos de subjetivação predominantes no âmbito da estratégia de Saúde da Família. Novamente aqui, quando estamos tateando formas de ampliação de espaços de autonomia dos usuários de medicamentos psiquiátricos, a autonomia dos trabalhadores está implicada.

Outro ponto de desestabilização que concorria para o desconforto dos moderadores era a mudança de atitude proporcionada pelo deslocamento do profissional da posição de quem responde, orienta e conduz. Os moderadores sentiam profundo desconforto em não saber o que responder às narrativas extremamente tocantes dos usuários. Assim, a reação automática e

condicionada era a de dizer alguma coisa, ou qualquer coisa que evitasse escutar aquilo que a pessoa estava dizendo. A forma corrente de interceptar a escuta consistia na recusa ao deslocamento da posição de condutor, do poder de quem tem uma resposta, uma explicação, uma generalidade que fixa códigos àquele território existencial sobrecodificando-o, homogeneizando e destituindo a fala do usuário da sua diferença e sua força. No capítulo “Autonomia como critério do caminhar” tratamos da neutralização das potências de vida por meio das operações de sobrecodificação.

Esse era um ponto crucial que configurava um campo de forças em que os moderadores atualizavam automatismos que conservavam (ou produziam ativamente) o grupo na posição assujeitada. Isso podia acontecer pela resposta imediata do trabalhador-moderador a uma fala que produzisse angústia. Por exemplo, quando certa vez uma usuária chegou ao encontro do grupo e, muito perturbada, fez acusações e reclamações ao serviço da UBS, os trabalhadores se sentiram atacados e puseram a se defender reativamente. O grupo perdeu uma chance de indagar e construir um problema complexo que envolvia acolher as angústias e sensibilidades dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, a escuta da usuária, seus sofrimentos e necessidades, não para dar-lhe razão, mas para dar-lhe ouvidos. Dessa forma o grupo se estabilizou numa posição assujeitada de dissociação, cisão e polaridade reativa. Esse assujeitamento também se mantinha por uma ausência de responsividade. Por exemplo, quando uma usuária contou que ela ficava pior quando lembrava que, quando criança, sofria abusos pela irmã mais velha, e, no encontro do grupo, contou que abusos eram esses. Os moderadores não deram ouvidos, não deram ao momento o tempo do silêncio, ou a atenção ao que havia sido dito, e rapidamente mudaram de assunto. Esse campo de forças era foco de atenção nas Oficinas de Apoio.

Tais forças de subjetivação por assujeitamento estavam sempre ativas, e a cada encontro cabia trabalhar os limites em que alguma outra possibilidade de subjetivação pudesse acontecer. Discutiremos esse tema no capítulo “Autonomia, autopoiese e plano comum” e faremos uma

outra aproximação no capítulo “Biopolítica, psicofármacos e subjetividade”. Os moderadores, inclusive o apoiador, puderam experimentar o quanto é difícil escutar e se manter conectado, tendo que lidar com as forças centrípetas, que conservam os constrangimentos no plano coletivo e restringem movimentos de dessubjetivação, ou, interceptam as linhas de fuga insinuadas nas narrativas dos usuários. Entendemos aqui dessubjetivação como deslocamentos de posição subjetiva em que se passa por uma zona de confusão, um fora de si, em que se experimenta uma temporalidade de trânsito e mudança. Discutimos essa questão no capítulo “Intervenção e interferências” ao tratar da rede de afecções que compõe o plano de experiência da pesquisa; faremos uma outra aproximação do tema da dessubjetivação no capítulo “Neurociências, natureza e crise do humanismo”.

Essa configuração de forças, que podemos interpretar como “dobra” no sentido da conversão do olhar e da ação sobre si, isto é, do cuidado de si, recolocava a relação do apoio como processo de subjetivação. “A fórmula mais geral da relação consigo é: o afeto de si para consigo, ou a força dobrada, vergada. A subjetivação se faz por dobra” (DELEUZE, 2005, p 111).

Antes, precisamos ressaltar que denominamos aquelas forças conservadoras de centrípetas, pois elas se referem a um centro, a uma determinada identidade, um estatuto, que se desestabilizava no grupo pelo convite posto em ação pela GAM. Estas forças conservadoras, portanto, estão em nós próprios e apontam para a conservação de nossas identidades, ou de posições identitárias estabilizadas.

Por isso o trabalho no grupo é de “dobra” e é consigo. As “linhas de fuga” que se insinuavam, emergiam e escapavam pelas narrativas dos usuários, eram múltiplas, impossíveis de serem classificadas, serializadas, organizadas, e, isso tornava ainda mais difícil sustentar a escuta. O que essas linhas insinuavam era um “devir” que deslocava aquelas experiências narradas de um lugar patologizado, diagnosticado, psiquiatrizado e apontava para um nada

irrespondível. “Devir” é um conceito sobre o qual Deleuze e Guattari se demoraram, principalmente no capítulo “Devir-intenso, devir-animal devir-imperceptível” (DELEUZE; GUATTARI, 2012a), quanto à potência de um acontecimento, do anômalo, da emergência de algo que escapa ao historicamente caracterizado e determinado. Tratamos desse tema ao discutir “o intempestivo” e “hecceidade” no capítulo “Intervenção e interferências”.

Diante desse nada, então, o grupo se reorganizava, isto é, a cada encontro algo se deslocava, se expandia, mas também se reacomodava e se estabilizava novamente numa nova composição que era possível ao grupo comportar.

Invenção de Novos Territórios Existenciais

Ao longo dos encontros era visível e comentado no grupo, em ambas as unidades, que algo se modificava. Jonas, que antes só vinha à UBS para o grupo da GAM acompanhado pela irmã pois sentia muito medo de sair de casa, agora estava vindo sozinho e dizia que estava fazendo caminhadas e indo à praça fazer exercícios. Almir trouxe a mulher para a reunião da GAM pois desejava apresentar a ela o grupo onde se reunia semanalmente e que estava fazendo bem a ele. Lucia, que no início se apresentava com profunda tristeza, agora agenciava alegria no grupo, escutava os outros com atenção, passou a se encontrar com Alda durante a semana e voltou para o seu trabalho. Alda, que chegara ao grupo da GAM, pois via nele a oportunidade de conseguir com o médico moderador a receita da medicação que desejava, foi se tornando uma apoiadora dentro do grupo, e compartilhou com o grupo que estava experimentando dormir sem remédios e mudando o horário para ver se conseguia diminuir o antidepressivo durante o dia.

Discutiremos no próximo capítulo, ao tratar da experiência a partir da proposta da GAM em CAPS Álcool e Drogas, algumas dimensões em que a função apoio circulava no dispositivo e se deslocava do trabalhador para o usuário. Lá, assim como na experiência de Alda na UBS,

aconteceu que uma função de apoio pôde ser experimentada por usuários. A participação num dispositivo que se orienta pela cogestão e pelo protagonismo distribuído possibilita ao usuário um agir comprometido com o trabalho em saúde, implicado com a produção de saúde de si e do outro.

Essa função apoiadora de Alda era discreta, em gestos, escuta, companhia, isto é, pondo-se ao lado, sem buscar “interpretar” e dar conselhos ao outro, e ganhou evidência quando ela encontrou-se com Lizete e foi com ela ao salão de beleza e depois a uma festa junina. Lizete, que muitas vezes nem saía do quarto, foi a uma festa com Alda. No grupo, daquele lugar em que “*não entendia o que os outros falavam*” e “*não gostava de escutar os outros*”, Lizete passou a prestar atenção quando no grupo circulou o tema da “*impregnação pelo medicamento*” que ela mesma introduzia a cada encontro ao se queixar de que se sentia “*robotizada*”.

Embora o tema da medicação estivesse sempre presente entremeado nas narrativas das experiências de vida, as formas parciais, intermediárias, processuais, em que os modos de subjetivação se modificavam, em grande parte não envolviam o uso do medicamento. Embora o grupo se denominasse Gestão Autônoma da Medicação, os pequenos gestos de ampliação de autonomia se davam num plano não limitado ao uso do remédio. Numa das oficinas de apoio em que os moderadores se dedicavam a avaliar o processo de constituição do dispositivo, uma auxiliar de enfermagem definiu a GAM como um grupo que promove “*redução de danos*” pois “*ajudava melhorar a qualidade de vida dos participantes*”.

Essa qualificação da GAM oferecia uma imagem muito potente para os moderadores. Esse termo, primeiramente cunhado em relação ao uso de álcool e outras drogas psicoativas, quando associado ao uso de medicamento psiquiátrico põe em evidência uma perspectiva valiosa relativa à GAM. Por um lado, sublinha uma perspectiva de redução dos danos causados pelos efeitos iatrogênicos dos psicofármacos, por outro, potencializa a força do dispositivo por

não limitá-lo ao uso do medicamento, abrangendo o processo do grupo e da produção de vida dos usuários de uma forma ampla.

No ambiente de unidade básica de saúde os danos causados pela “*mentecalização*”, ou patologização da mente, para além daqueles relacionados aos efeitos iatrogênicos do uso de medicamentos, também incluem o notório abandono a que são relegadas as pessoas em sofrimento mental, medicadas, usuárias crônicas de medicamentos psiquiátricos. Esse abandono não se deve à indisponibilidade dos trabalhadores que agem com prontidão para realizar os grupos da GAM, mas é fabricado pelo confinamento da saúde mental ao âmbito da psiquiatria e da psicopatologia. Os dispositivos de apoio – matriciamento e NASF - não alteram essa configuração de dependência em relação aos saberes *psi*. Por isso, a prática habitual é o encaminhamento das pessoas em sofrimento para as instâncias de saber especializado, o que constitui um estreito gargalo, fora do qual não há o que fazer, o que, dessa forma, fabrica abandono.

Como vimos, esses processos de reacomodações parciais a cada encontro da GAM, que deram visibilidade ao dispositivo como “reduzidor de danos”, incluíam os trabalhadores e impactavam suas condutas no trabalho. Os médicos moderadores, clínicos gerais, se aproximavam da saúde mental não pela porta da psiquiatria, mas, pelo contrário, pela redução dos danos iatrogênicos causados pelas condutas psiquiátricas.

Um dos médicos compartilhou na oficina de apoio que, devido à experiência no grupo, a sua escuta nas consultas tinha mudado e ele estava atendendo às pessoas de um outro modo. Conta que atendeu uma mulher que, após um aborto provocado por não desejar a gestação, entrou em depressão, deixou o trabalho, passou a brigar constantemente com o marido e a sentir que estava abortando a cada menstruação. O médico conta que, antes de participar da GAM, ele a teria encaminhado imediatamente para atendimento especializado, mas agora sentiu que poderia atendê-la e escutá-la, em vez de encaminhá-la para uma fila de espera da psiquiatria,

receitou um anti-depressivo e marcou retorno. Diz que está aprendendo que “*pode ouvir, mesmo que não saiba e não tenha o que responder*”, que agora está “*começando a entender a Reforma Psiquiátrica*”, e que, com a GAM, está vendo “*como pacientes de saúde mental podem ter atenção na UBS*”.

A relação entre prática de apoio, a experiência e o sentido do dispositivo num campo de forças

Como havíamos apontado anteriormente, essa processualidade em que se aposta em novos modos de subjetivação que se apresentam como possíveis, requer apoio. De um lado, o impacto das narrativas requeria que as oficinas de apoio pudessem dar continente às afecções e intensidades que afetavam os moderadores. Por outro lado, diferentemente do que ocorria nos equipamentos de atenção especializada - CAPS e CAPS AD – em que o convite e o afluxo de usuários eram facilitados, no ambiente de unidade básica de saúde, o dispositivo da GAM se deparou com obstáculos e resistências na sua construção, o que colocava para as reuniões de apoio uma necessidade de constante avaliação do processo no território e nos fluxos internos da unidade de saúde para entender que dispositivo era esse que estávamos construindo e como isso podia ser feito.

Um primeiro efeito desse processo, bastante persistente nas duas unidades, foi um sentimento de “*despreparo*” dos moderadores diante das experiências narradas nos grupos. Aqueles processos de desterritorialização e deslocamentos geravam angústia e tensão entre os trabalhadores e uma ânsia por “*saber o que é a GAM*”, por “*saber o que fazer no grupo*”, como se houvesse uma técnica a ser aprendida para ser aplicada, um saber pudesse aliviar aquela tensão. De fato, as oficinas de apoio eram espaços de formação, mas logo os trabalhadores foram percebendo que a formação ocorria verdadeiramente por meio da própria experiência, da moderação nos grupos com os usuários e da elaboração nas oficinas de apoio.

Mas aqui é preciso ir além do sentido óbvio de que “a experiência ensina”. O problema que interessa montar aqui necessita relacionar essa experiência de formação e a autonomia como critério de modulação, numa aposta que tem a cogestão como prática. Primeiramente é preciso localizar que essa formação não tem a ver com um processo em que uma teoria, um conteúdo, uma técnica ou um procedimento é ensinado, isto é, não se valoriza a polaridade em que há um saber previamente dado que deva ser aprendido ou alcançado, como é o caso de muitos outros processos educativos ou de transmissão de conhecimento.

A formação de que nos ocupamos aqui se dá num plano comum em que há um não-saber difuso por entre uma miríade de saberes heterogêneos. Um não-saber incita a participação no processo coletivo de pesquisa, de compartilhamento de saberes localizados e parciais (HARAWAY, 1995). Esse plano comum de conexão entre as diferenças e heterogeneidades constitui o próprio plano da experiência. Discutimos essa dimensão em que os participantes - usuários e trabalhadores - são pesquisadores. Como já pudemos ver anteriormente, esse plano comum é a-consciente e impessoal, por isso ultrapassa a noção do aprendizado coletivo como “troca de experiências”, ou de interação entre saberes individuais e pessoais, o que, sem dúvida, também está ocorrendo simultaneamente no grupo.

Mas a experiência coletiva que queremos sublinhar tem a ver com aqueles deslocamentos em que as “bordas” de um determinado estado se borram, entram em crise, produzem afecções e fazem emergir imagens e linhas de pensamento e de forças que escapam dos sentidos e saberes pré-estabelecidos. Nesse sentido trata-se mais de uma formação pelo não-saber do que pelo conhecimento “*do que é a GAM*” ou “*do que fazer no grupo*”. Temos então uma zona de intercessão (DELEUZE, 1992) - no sentido deleuziano em que os termos se atravessam e têm suas identidades primárias deslocadas - entre formação e a possibilidade de ampliação de autonomia, ou de enunciação para além dos limites instituídos, ou de engendramentos de novas normas. Se esse processo formativo não é um artifício para atingir

um determinado conhecimento, se o que interessa não é o conhecimento final a ser alcançado, então, é a própria experiência que é o foco da formação.

Neste ponto é preciso se deter, pois a questão aqui não é “fazer alguma coisa” ou “aplicar alguma técnica”, mas se deixar fluir na experiência. Trata-se de estar no fluxo e, nessa medida, no tempo, sustentar a duração da experiência e deixar que aconteça. Bondía dá uma boa dica sobre esse momento:

Por não podermos parar, nada nos acontece. A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar (BONDÍA, 2002, p. 24).

Larrosa Bondía destaca uma dimensão temporal do acontecimento, que estamos trazendo na montagem do problema da formação. Coloca essa dimensão do tempo como um “gesto de interrupção”, um gesto de cuidado de si, de si para consigo, de deter-se na experiência, de ocupar-se de si na experiência com o outro, isto é, no plano comum. O autor qualifica esse gesto de forma a amplificar as superfícies de sensibilidade, de contato e convivência: “cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, [...] cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço” (BONDÍA, 2002, p.24).

Esse movimento sobre si mesmo, que acontece quando se detém na experiência, quando se interroga a experiência, quando nos permitimos recolher seus efeitos, permite ver a si no processo, o que muda o olhar para os usuários e para a prática do cuidado. Por isso os trabalhadores começam a sentir que algo muda na sua forma de atender.

Nesse movimento de ocupar-se de si, ocorre uma mudança de perspectiva na relação de poder, e a função de comandar, dominante nas relações de trabalho em saúde, vai sendo abalada nos encontros da GAM com os usuários. Aqui tocamos na outra dimensão da GAM: a prática da cogestão. Por um lado, como foi visto acima, a cogestão implica formas de agir em conjunto, constituir uma *ágora* e exercer uma condução compartilhada do processo, isto é, uma dimensão

molar da instituição do grupo e das posições de cada um nele. Mas quando olhamos para o plano comum da experiência com o outro, o plano do acontecimento, daquilo precipita os deslocamentos de perspectivas, adentramos um plano molecular e imperceptível, que pode ser percebido pelos seus desdobramentos ulteriores, pelos seus efeitos, como define Benevides de Barros:

Aqui ele se faz grupo-molecular, a desenhar linhas heterogenéticas, porque construídas pelas diferenças que se engendram incessantemente. Trata-se de uma prática grupal que segue a via da criação-experimentação-diferenciação, na qual se destaca a dimensão processual, operando desconstruções que visam efeitos desindividualizantes (BARROS, 1994, p.9).

Fora dessa dimensão molecular, isto é, quando se olha apenas aos modos da conduta institucional do grupo como espaço democrático de cogestão, ainda estamos sujeitos à segmentariedade dura das dicotomias que estabelecem relações de poder e dominação. Se não há abertura para o gesto que interrompe a inércia da mesmice, a cogestão perde potência e se restringe a um modo operacional. Podemos dizer que a cogestão, no âmbito molar, é um intermediário, um meio, que requer uma “atitude ético-política de colocar em xeque os jogos de verdade e seus efeitos de subjetivação, sempre em ação” (AQUINO; RIBEIRO, 2009, p. 69) ou, como diz Foucault, “jogar com o mínimo possível de dominação” (FOUCAULT, 2004a, p.284).

O problema, então, da formação como processo num espaço intercessor em que autonomia, experiência, cogestão e molecularidade são noções que qualificam o dispositivo, nos faz pensar que, quando se trata de proceder a capilarização da estratégia GAM, o que necessariamente requer processos formativos, é preciso colocar-se em permanente desvio. Ao contrário de fixar um corpo de conhecimentos sistematizados e passíveis de transmissão, a formação requer desestabilizar as forças que reforçam tecnologias de saber e poder, como técnica aplicável a um grupo-objeto.

Em outros termos poderíamos dizer que, fora dessa problematização da formação, a GAM tende a se constituir como dispositivo de controle. Vejamos bem: controle e não disciplina. A disciplina confina e adestra, o controle regula e modula. Fora do campo problemático que desenhamos acima, a GAM tende a se constituir como um dispositivo participativo de regulação do uso de psicofármacos, um dispositivo biopolítico, e, enquanto tal, gerador de mais vida, como o são os dispositivos biopolíticos de controle, por exemplo, de doenças crônicas ou de pré-natal.

Problematizar a formação, portanto, auxilia diferenciar um grupo-inventor e produtor de vida, de um grupo-de-controle e assujeitamento, distinção necessária à avaliação do processo e das nuances que este envolve. Este é um aspecto que requer muita “atenção e delicadeza” na atividade de apoio, tal como qualifica Bondía (2002, p.24). O outro aspecto que veremos a seguir inclui os processos de constituição do dispositivo na instituição.

Novo nome para o dispositivo: Autonomia na Vida

A princípio, os trabalhadores e as gestoras integrantes das oficinas de apoio imaginavam que os grupos da GAM iriam reunir de dez a doze usuários em cada unidade de saúde. A ideia era que cada equipe de Saúde da Família indicasse os usuários e fizesse o convite em visitas domiciliares. Imaginava-se que, devido à carência de espaços na UBS para ouvir e atender as pessoas usuárias de medicação psicotrópica, haveria uma grande receptividade, mas, surpreendentemente, a cada encontro vinham dois a três usuários.

Agentes comunitários e auxiliares, que compunham a maioria dos integrantes das oficinas de apoio diziam que, embora elas tivessem falado nas suas equipes sobre o convite aos usuários, devido à sua posição de inferioridade na hierarquia das equipes, sentiam que suas vozes não eram fortes o suficiente para surtir efeito.

Neste momento de fazer o convite, começavam a aparecer os problemas. Em algumas equipes se dizia que “*os usuários não estão precisando de mexer na medicação*”, embora o convite não fosse para “*mexer*”, mas para falar sobre o uso dos remédios. Havia uma resistência nas equipes para abrir esse diálogo com os usuários.

Agentes comunitárias apontavam que o profissional médico e enfermeiro, que são autoridade nas equipes, não se responsabilizavam pela implementação do convite, e aparecia a necessidade de envolvê-los nas oficinas de apoio e na experiência nos grupos da GAM com os usuários, para que pudessem acessar aquela dimensão do acontecimento no plano comum molecular que discutimos acima.

No entanto, bloquear a agenda do médico para que ele participasse da GAM era sempre uma dificuldade para a gestão, pois implicava reduzir a produtividade da unidade, a quantidade de consultas da planilha de metas acordadas com a gestão municipal. Como vimos anteriormente havia um distanciamento e uma falta de atenção às necessidades dos usuários quanto à saúde mental.

Essa invisibilidade das necessidades dos usuários afetava a relação dos moderadores com as equipes de Saúde da Família, bem como a forma de convidar os usuários por essas equipes. Assim muitos usuários não estavam sendo convidados, pelo menos não da “forma certa”. Então se percebeu que a “forma certa” de convidar era difícil de ser encontrada.

A heterogeneidade de usuários de medicamentos psiquiátricos na UBS requeria que se conhecessem melhor as necessidades de cada um para que se fizesse o convite, e aí residia o maior problema: a invisibilidade dos usuários na atenção básica implicava um desconhecimento das suas necessidades, o qual era posto em evidência no momento de fazer o convite para a GAM.

Por um lado, havia milhares de usuários crônicos de psicofármacos espalhados pelo território, desconhecidos das equipes de saúde, cujas receitas eram renovadas sem qualquer

acompanhamento do que estava se passando nas suas vidas. Como convidar essas pessoas? Os moderadores da GAM percebiam que o convite devia ser feito de outra forma, diferente daquela em que habitualmente se faziam as visitas domiciliares. Percebiam que o convite para a GAM requeria um diálogo, uma abertura não habitual à experiência do usuário. Percebiam que a forma habitual do trabalho nas visitas domiciliares era marcada pelo ditado: dar um recado, explicar para que era o convite e dizer porque era importante comparecer, isto é, a forma usual em que o profissional diz e orienta enquanto o usuário escuta e segue. Uma prescrição, não um convite.

Mas, agora a situação era outra, o próprio convite requeria uma escuta da pessoa a ser convidada e um interesse pelas suas necessidades em relação à saúde mental e ao uso de medicamento. Convidar a quê? Para responder à pergunta era preciso escutar para saber o que o usuário poderia dizer sobre suas necessidades. Na Atenção Básica, o tema da autonomia em relação ao uso da medicação era ambíguo, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários.

O discurso dominante era que o usuário precisava do remédio por motivo de saúde e não podia ficar sem. Havia entre as equipes da UBS uma percepção de que, como no dispositivo da GAM, o uso dos remédios era posto em questão, o convite seria recomendado apenas para determinados casos em que seria indicado “*mexer na medicação*”.

A experiência, nestas unidades de Atenção Básica, de construção de um dispositivo voltado para a ampliação de autonomia em relação à medicação psiquiátrica, foi se desenvolvendo num campo de forças complexo em que obstáculos e resistências à autonomia, presentes no cotidiano do trabalho, ganharam visibilidade.

A experiência revelava barreiras à autonomia postas pela hierarquia das equipes, pelas tecnologias de poder em torno de núcleos de saber, pelas posições de dominação nas relações das equipes com os usuários, pelas formas de conduta baseadas no ditado em que a escuta é constrangida e a prática dialógica é prejudicada, mas acima de tudo, era a própria

“*mentecalização*”, a “epidemia” de consumo de medicamentos psiquiátricos, tal como a define Whitaker (2017), que produzia simultaneamente regime de verdade e “dependência química” em que a autonomia era limitada e encolhida no quadro do sistema de saúde. Discutiremos adiante como este campo de forças biopolítico em que coexistem constrições disciplinares e formas de controle que permeiam as práticas, as relações, que ultrapassam em muito os serviços de saúde, é um campo importantíssimo de subjetivação na contemporaneidade.

Por fim, neste contexto complexo de forças, o acesso reduzido de pessoas ao grupo da GAM expressava uma falta de acesso dos usuários de saúde mental às unidades básicas de saúde, punha em evidência que naquelas unidades não havia espaços a que estas pessoas habitualmente pudessem recorrer para dar atenção às suas necessidades.

Esse problema alertava que, naquela experiência, a questão do acesso e da escuta dos usuários, isto é, da atenção às suas necessidades quanto ao sofrimento mental, antecedia à questão da gestão autônoma do uso de medicamentos. Diferentemente, nas experiências em CAPS Adulto e em CAPS Álcool e Drogas os usuários eram todos *heavy users* de medicamentos psiquiátricos ou outras drogas psicotrópicas, sofriam com o uso destas substâncias, percebiam aqueles espaços como lugares de atenção em que encontravam formas de cuidar dos seus sofrimentos, e, assim, o convite para falar sobre o uso e a gestão autônoma do uso era rapidamente acolhido.

Nas oficinas de apoio, então, operou-se uma mudança de direção e buscou-se abrir um diálogo com aqueles usuários que iam à unidade para fazer a renovação das suas receitas. Nas duas unidades algumas equipes faziam “*mutirões periódicos para troca de receita*” chamados “*grupos de medicamentos*”. Em alguns casos, esses “*mutirões*” reuniam usuários de medicamentos diversos, inclusive psiquiátricos, em outros, reunia somente usuários de saúde mental.

“Não tem um espaço participativo para essas pessoas, a prescrição ocorre num ambiente passivo do consultório com troca de receitas em mutirões, troca passiva sem espaço de fala.”

Esses “mutirões” eram uma medida operacional para distribuição de receitas em massa à qual o usuário tinha que comparecer e ficar numa sala de espera para obter uma receita atualizada. Já que os usuários precisavam comparecer para continuar retirando medicamento nas farmácias das unidades, as equipes aproveitavam esses “grupos de medicamentos” para “passar orientações”.

Nesses momentos, nessas filas de espera para “troca de receitas”, foi possível abrir espaço para que estas pessoas pudessem falar sobre suas necessidades para além da renovação da receita médica. Assim, foi possível realizar encontros em que, em meio às narrativas de suas necessidades, as experiências com o uso de medicação logo puderam ser faladas.

Primeiramente, os usuários falavam do uso condicionado por um problema de saúde, e só depois de narrar variadas experiências nessa condição, é que muitos começavam a expressar que sentiam a “dependência” e se preocupavam com isso. Nesse diálogo veio à tona a enorme necessidade de cuidado dessas pessoas para lidar com problemas e sofrimentos mentais, e o grande interesse em participar de um grupo que desse atenção a suas necessidades.

Nessa forma de convidar, a partir da escuta e do diálogo, primeiramente entrava em questão a necessidade de atenção ao sofrimento mental, e, só depois disso, é que emergia o desejo de ter maior autonomia em relação ao uso da medicação.

Assim é que nestas experiências iniciais da Gestão Autônoma da Medicação em unidades de atenção básica à saúde, o dispositivo formava-se como um espaço de cuidado a usuários de saúde mental aberto a uma ampla multiplicidade de demandas e públicos. Neste processo, trabalhadores e gestores reunidos na oficina de apoio perceberam que o principal sentido que a GAM adquiria neste primeiro momento, atendia a amplas necessidades de cuidado em saúde mental, em que o problema do uso da medicação era apenas um foco a ser

contemplado entre muitos. Com isso, em uma das unidades, os moderadores deram outro nome ao dispositivo: Autonomia na Vida. Esse novo sentido posto no nome do grupo, no ambiente da atenção básica, não era trivial: ele afirmava um espaço de cuidado em saúde mental para a constituição de territórios existenciais que favorecessem maior autonomia na vida, isto é, propunha uma forma de construir o dispositivo face a um contexto de invisibilidade dos usuários, dificuldade de acesso, carência de atenção, de cuidado e de autonomia. As oficinas de apoio às necessidades dos trabalhadores durante o caminho de construção do dispositivo, atendiam necessidades dos trabalhadores durante o processo de cuidado com os usuários. Essa perspectiva apoiadora, de sustentação e lateralidade, no processo de contração da grupalidade no grupo da GAM com usuários, contagiava o grupo e agenciava gestos de cuidado mútuo entre os participantes do grupo. Curiosamente, uma dinâmica semelhante também ocorria no CAPS AD onde esse tema do cuidado mútuo emergiu no grupo da GAM com usuários. Podemos dizer que nestas experiências o dispositivo fez crescer um tipo de agenciamento que, ao contrário de dar relevo aos defeitos, falhas, erros e afirmar diagnósticos, ampliava espaços de amizade, de relações “ombro a ombro”, de parceria e lateralidade. Essa experiência política, oferece uma outra perspectiva inclusive para as relações no trabalho com potencial para transformar também as relações das equipes da UBS com as do NASF e do CAPS.

Para finalizar, é interessante olhar para o plano coletivo que ganha visibilidade neste processo de apoio. Podemos ver que o dispositivo constitui uma rede de conexão de coletivos, e que, como o método se afirma pela ampliação de espaços de autonomia nestas conexões, a capilarização do dispositivo no território, a formação dos trabalhadores moderadores em cada unidade, os encontros dos grupos da GAM com usuários, constituem um coletivo de coletivos. A perspectiva era que os próprios moderadores passassem a facilitar futuras formações e a apoiar as novas equipes interessadas em conhecer e iniciar a GAM em novas unidades. Durante os quinze meses desta experiência, periodicamente as equipes de moderadores das três unidades

no território puderam se encontrar para trabalhar juntos, supervisionar os processos e discutir aprendizados, que, junto com as oficinas de apoio locais, sustentavam as conexões no plano coletivo.

4.6 EXPERIMENTAÇÕES EM UM SERVIÇO DE CAPS AD.

Trataremos aqui de uma experiência a partir da proposta da GAM em um CAPS III Álcool e outras Drogas no município de São Paulo. Uma aproximação preliminar dos problemas envolvidos neste serviço aponta uma complexidade da qual nos ocuparemos, neste momento, apenas de questões da proposta experimentada, que indicam caminhos potentes para produção de novos modos de conduta neste campo.

Nesta experiência ganharam visibilidade modos relacionais que compuseram o dispositivo naquele contexto: por um lado, um campo de compartilhamento e problematização que chamaremos de Apoio; por outro, a construção de um território existencial que consideramos de redutor de danos.

A primeira se efetua a partir de uma oferta de apoio à equipe de trabalhadores para a construção de um grupo GAM naquela unidade, que, funcionando como dispositivo, produziu deslocamentos, instaurou novas relações profissional-usuário, profissional-profissional e usuário-usuário, que passaram a constituir o modo de operar do próprio grupo.

A segunda se efetua a partir da construção ou contração de uma grupalidade entre os usuários no coletivo, que produz efeitos redutores de danos pela própria participação nos encontros da GAM, assim como por facilitar mudanças de atitude e comportamentos em relação aos hábitos de uso de substâncias.

A Constituição das Oficinas de Apoio

A realização de uma intervenção na perspectiva GAM em um CAPS III Álcool e outras Drogas em São Paulo se deu no âmbito das atividades de formação profissional em serviço dos programas PROPET Saúde - Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - implementados em parceria entre a

Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia - Coordenadoria de Saúde Norte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - e a PUC-SP.

Em maio/2017 ocorreram três encontros de formação, na Supervisão Técnica de Saúde, reunindo trabalhadores e gestores daquela região. A partir destes encontros, o facilitador destas formações, passou a realizar oficinas de apoio com trabalhadores e gestores em cada unidade, para pensar, formular e implementar um projeto local, baseado na perspectiva GAM. Ao lugar do facilitador docente dos encontros de formação, somou-se então uma outra função: a de apoiador de um processo institucional.

Assim, no CAPS AD, um grupo de trabalhadores iniciou um processo de constituição da GAM, em que foi se construindo uma perspectiva própria em que a autonomia em relação à gestão de medicamentos e outras drogas, enquanto estratégia e dispositivo, era pensada no bojo de uma análise de condições e problemas específicos apresentados no território e no serviço. A elaboração feita nas oficinas de apoio concluiu que se tratava de um processo de avaliação da própria proposta GAM e seus instrumentos - guias GAM do Moderador e do Usuário (ONOCKO CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI et al., 2012 e 2014) - e que os usuários seriam convidados a participar de um processo investigativo, numa pesquisa, a qual foi autorizada e registrada nas instâncias de gestão local, regional e municipal.

A partir de setembro/2017 foram realizadas oficinas de apoio semanais com uma farmacêutica, uma técnica de farmácia, um psicólogo, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma redutora de danos e uma gestora. Como veremos estas oficinas de apoio vão constituir um lugar chave para que a GAM opere como dispositivo, seja no processo preliminar de elaboração dos problemas postos para a implementação da estratégia, seja durante a realização dos encontros com usuários, como espaço de reflexão da clínica e processos de trabalho, ou como coletivo de apoio aos trabalhadores em situações críticas provocadas pelos deslocamentos produzidos nas rotinas da instituição ou na GAM.

Nessas oficinas de apoio, num primeiro momento foi feita uma análise do território, dos diferentes públicos e problemas com que as equipes lidam no seu trabalho: foram pensadas relações entre os serviços, profissionais, usuários, drogas e medicação, que propiciaram àquele grupo de trabalhadores desenhar um lugar para a GAM naquele local.

Interessava entender como a GAM, inicialmente experimentada por outro público, não usuário de drogas, e pensado originalmente no sentido da ampliação da autonomia na gestão da medicação psiquiátrica, teria lugar num serviço com um público usuário de álcool e outras drogas, se teria potência para funcionar como dispositivo. As oficinas de apoio se ocupavam de uma dimensão criadora do problema posto pelo uso de substâncias, inclusive a medicação, e o desejo de autonomia. Neste processo de invenção, o grupo de profissionais e, posteriormente, o grupo com os usuários foram dando forma às múltiplas necessidades que se endereçavam à GAM como estratégia, dispositivo e modo de construir relações.

Até aquele momento dois outros trabalhos acadêmicos tinham sido realizados discutindo o uso de substâncias psicoativas tendo como campo empírico uma pesquisa contextualizada na experiência GAM (RODRIGUES, 2014; MEDEIROS, 2013). Estas pesquisas não se ocupavam do modo de construção da GAM como dispositivo em um serviço voltado para usuários de álcool e outras drogas, embora já apontassem que o tema uso de drogas estava potencialmente indicado na proposta original. Segundo Medeiros: “Embora aparentemente focada no termo medicação, a metodologia e as apostas desta pesquisa exaltam o debate sobre drogas como um todo, e não somente sobre aquelas prescritas (os fármacos)” (MEDEIROS, 2013, p.5).

Na ocasião desta pesquisa foi a problematização da própria experiência dos trabalhadores do CAPS AD que orientou o grupo na construção da GAM como dispositivo e não necessariamente o passo a passo proposto na proposta original. Essa foi a primeira experiência de que tivemos conhecimento em que a efetivação da GAM, é pensada, gestada e

experimentada em um CAPS III Álcool e Drogas. Não tínhamos até aquele momento nenhuma outra referência de pesquisa ou relatos de experiência no Brasil e no exterior de nesse tipo de equipamento.

Oficinas de Apoio como espaço de análise e invenção do dispositivo

No contexto das práticas no CAPS AD Vila Brasilândia, a administração e o uso da medicação se dá na relação com o uso de álcool e outras substâncias. A situação mais extrema de administração do medicamento é durante a “hospitalidade”, quando o usuário fica internado no CAPS por um curto período, em torno de 14 dias, em abstinência, período denominado “desintoxicação”, sob efeito de medicação para reduzir a “fissura”, em que o sono é um dos efeitos preponderantes. O usuário fica resguardado das múltiplas forças presentes no território que fazem parte das redes de uso e distribuição de substâncias. Outros buscam abrigo na hospitalidade inclusive para se proteger quando se sentem ameaçados pelas suas relações com o tráfico.

Os trabalhadores participantes das oficinas de apoio questionavam a prática da hospitalidade como uma intervenção psiquiátrica em que havia uma redução da autonomia, não somente naquele momento agudo. Percebia-se que a prática da hospitalidade tendia a entrar em um ciclo em que o usuário deixava o período de abstinência durante essa hospitalidade, voltava para o território onde retornava ao uso danoso ou abusivo, até que se configurasse uma nova crise e a busca de nova intervenção psiquiátrica e hospitalidade: um ciclo repetitivo que tendia à acomodação nessa alternância entre abstinência e uso abusivo.

Quando deixava a condição de hospitalidade o usuário podia permanecer em abstinência e substituir a droga por medicamentos, isso podia durar mais ou menos tempo. Podia também interromper o uso de medicamento, ou experimentar várias formas de uso da medicação em combinação com outras drogas. Podia usar o medicamento como droga, ou, em alguns casos,

fazer uso simultâneo de medicação, álcool e outras substâncias para potencializar efeitos. Essas práticas envolviam também uma circulação de medicamentos nos circuitos do uso e distribuição de substâncias psicoativas, o que é mais um liame entre o uso de medicação e drogas no território. Na percepção dos trabalhadores participantes das oficinas de apoio, na maioria dos casos o usuário interrompia a medicação devido ao medo do uso simultâneo de psicofármacos e outras substâncias.

Os trabalhadores também frisavam que os serviços de saúde não eram informados pelas autoridades médico-legais das causas dos óbitos de usuários, de forma subsidiar a avaliação de possíveis relações destes óbitos com o uso de medicamentos combinado com a intoxicação por outras substâncias. Esse foco de experiência, que envolve o uso não prescrito e drogas prescritas, é um fator a ser considerado entre os efeitos iatrogênicos das condutas medicamentosas que compõem as práticas dos serviços. Esse foco problemático também tem relação com outras condições de saúde do público atendido pelo serviço, bastante frequentes como, por exemplo, intercorrências hepáticas ou relacionadas à glicemia. A prescrição de outros medicamentos além dos psiquiátricos – como insulina e quimioterápicos para hepatites – pode ter efeitos iatrogênicos, até mesmo fatais, conforme o regime alimentar ou as condições hepáticas do usuário. Esse cenário complexo diz respeito ao campo de problematização que a Gestão Autônoma da Medicação se propõe a operar.

Uma outra preocupação atravessa as oficinas de apoio: o maior público usuário da hospitalidade e “desintoxicação” são usuários acima de 25 anos, público para o qual o serviço concentra sua grade de ofertas.

Com isso, os jovens entre 18 e 25 anos não encontram espaço no CAPS, que não consegue produzir uma oferta que possibilite a estes jovens grupalizar ou constituir um coletivo. São o público menos vinculado ao serviço, chegam no CAPS e não retornam mais. Embora se movam em territórios existenciais de grande vulnerabilidade, alguns com passagens pelo

sistema prisional. São jovens mais preservados, que ainda se encontram numa fase de uso mais leve, não desenvolveram dependência, e têm muitas possibilidades de reverter prejuízos do uso danoso.

A pergunta das oficinas de apoio era como se poderia pensar, com base na experiência da GAM, uma oferta de espaço de convivência para esses jovens na instituição, embora não façam uso de medicação. Uma pergunta que busca extrair da GAM a possibilidade de investigar ou inventar gestão do corpo e autonomia na relação com o uso de substâncias, sem precisar se ocupar do tema do medicamento. Este outro foco de experiência propõe um sentido derivado da proposta GAM em questão neste campo do uso de substâncias: o da gestão autônoma da droga.

Nas oficinas de apoio, ao se discutir a abordagem proposta pela GAM, percebia-se que o grupo construía um desvio, em que as formas usuais de relação trabalhador-usuário eram postas em questão. Percebia-se que na GAM essa relação era mais livre do que nos grupos terapêuticos por não se orientar pela relação terapêutica profissional-paciente.

Esse foi um ponto de partida do grupo em relação à proposta: se deslocar do lugar instituído de saber e poder - de quem diagnostica, analisa, orienta e conduz - para experimentar outros lugares, lado a lado na roda com os usuários, e sem minimizar as diferenças que estão permanentemente se produzindo nas relações.

Outro aspecto que o grupo explorou nas oficinas de apoio foram os instrumentos na GAM: os Guias GAM do moderador e do usuário. Colocávamo-nos na perspectiva de, com os usuários, avaliar o Guia do Usuário, enquanto, durante o caminho, avaliaríamos também o Guia do Moderador nas oficinas de apoio. Considerávamos que os guias ofereciam uma forma estruturada de seguimento do processo. Os passos temáticos propostos pelo guia pareciam adequados ao contexto do uso de álcool e outras substâncias, seja quanto às experiências no campo da vida pessoal, seja mais especificamente quanto à experiência e aos efeitos do uso das

substâncias, seja em relação às trajetórias, às redes de uso no território ou em relação à reflexão sobre projetos de ação e de vida. Além disso, o Guia - o objeto, o livro, os textos e perguntas - interessava ao grupo, e parecia favorecer ou invocar uma atitude problematizadora entre os participantes. Como veremos adiante, essa atitude se distingue do antagonismo, em que a relação no espaço da instituição, e algumas vezes no grupo da GAM, redundava em beligerância com maior ou menor violência.

Enfim, neste processo de discussões para a construção do dispositivo, aquele grupo estava inventando um novo lugar naquela instituição: um lugar para investigar, pensar e experimentar uma gestão autônoma na relação com uso de medicação, álcool e outras drogas.

Produção de um comum redutor de danos

A partir do final de novembro foram realizadas reuniões abertas da GAM com usuários, que geraram um envolvimento crescente, constituindo um espaço de encontro muito importante no CAPS. Por adesão voluntária, o grupo engendrou um núcleo de 22 participantes. Como os encontros eram abertos, outros usuários de participação menos regular eram atraídos para as discussões. Algumas vezes, algum participante saía da sala durante os encontros, conforme a sensibilidade a determinados temas que emergiam. Outros profissionais da instituição perceberam uma influência positiva da participação dos usuários nas reuniões da GAM, e passaram a indicar a GAM nos projetos terapêuticos dos usuários de quem eram referência, de forma que em fevereiro/2018 a GAM foi oficialmente inserida na grade institucional do serviço.

No início de março o grupo GAM com usuários passa a discutir a sua forma e sua dinâmica, isto é, passa a construir uma contratação. Os participantes decidiram aumentar a duração dos encontros de uma hora para uma hora e meia, o que implicou a negociação com outras pessoas da instituição para mudar o horário de atividades contíguas na grade institucional.

Alguns participantes preferiam limitar a quantidade de pessoas, pois as rodas estavam ficando muito grandes, outros argumentavam que o grupo deveria permanecer aberto à participação. Então o grupo ficou aberto a novos integrantes, mas sem fazer convite a todos que estivessem na casa naquela hora. Decidiram usar o Guia do Usuário nas reuniões da GAM e pediram exemplares do guia para consulta. Uma usuária propôs que cada participante tivesse um diário, o seu próprio caderno para fazer as anotações.

A abertura de um espaço de fala e ação sobre autonomia e o uso de substâncias era muito mobilizadora da participação nos encontros GAM, primeiro porque trata de uma experiência comum de sofrimento, o que constitui um espaço de cuidado de si, de conversão do olhar sobre si. No plano individual esse sofrimento era narrado pelos usuários como perda de controle da mente, do desejo e do corpo. Essa sensação de perda de controle era acoplada ao desejo de autonomia, um forte motivador da participação no grupo da GAM.

O sentido de autonomia como controle de si, do desejo e da fissura do corpo, num plano individualizado e autossuficiente, era um sentido automático que vigora na linguagem comum tanto entre os usuários quanto trabalhadores. Veremos adiante que a noção de autonomia que se amplia nas relações, no plano coletivo, em rede, deriva-se da experiência no grupo, a partir das dinâmicas de apoio e da percepção da grupalidade como redutora de danos.

De início, tanto os usuários quanto os profissionais, têm uma tendência de depositar sobre o indivíduo a responsabilidade pela escolha e o controle do seu comportamento. No entanto, chama a atenção que, nas experiências narradas, o plano coletivo é sempre evocado, seja como propiciador do uso, seja como protetor para o não uso de substância, de modo que a conduta das próprias condutas, ou o governo de si, varia em função das relações e conexões de grupo. O coletivo, enquanto plano relacional que engendra individuação e meio (ESCÓSSIA e KASTRUP, 2005), é uma referência para pensarmos essas noções de autonomia, cogestão, grupalidade e apoio.

A grupalidade é uma questão que emerge com força nos encontros. Os relatos de experiência narram motivadores do uso situados nas relações com o outro e em grupo. Quando olham para si, para o seu processo e sua participação nos encontros GAM, os participantes afirmam um valor dessa participação. Nos encontros os participantes modificam suas formas de expressão, atenção, introspecção e valorizam o grupo como espaço de proteção. Encontram na GAM um espaço de valorização de suas próprias experiências e da sua condição de sujeitos de direitos, e começa a despontar uma congruência entre a prática do lugar de parceria, lado a lado - a que chamamos lateralidade – e a redução de danos como efeito.

Seu Humberto, sempre muito calado, ou muito agressivo em suas falas, com xingamentos, no grupo da GAM toma a palavra para contar como se sente, como é sua vida solitária, onde mora. Roberson conta como o uso da droga está relacionado à sua autoimagem no relacionamento social, principalmente diante de mulheres que deseja, como forma de se apresentar para conquistar, se afirmar e se mostrar atraente. Conta que o fato de falar disso no GAM, o ajuda ver o problema de se apresentar como usuário de droga. Rita diz que deixa a garrafa embaixo da cama, pois, geralmente quando acorda ela está tão mal que não tem forças para se levantar, então bebe, e o álcool lhe dá ânimo para sair da cama e ir à biqueira pegar droga. Ela conta que agora está experimentando não levar a garrafa para o quarto.

Certa vez, a palavra circulava entre os participantes no grupo, que narravam múltiplas cenas de uso. O que se ressaltava a cada relato era como diferentes caminhos vão levando a situações que reforçam ainda mais o uso. João conta que quando começa o dia ele “*está limpo*”, não está intoxicado e se sente bem, mas ele já tem um círculo de pessoas que lhe encomendam para ir à “*biqueira*” buscar droga, e, assim, além consumir de graça, ele ainda ganha um dinheiro. Rose tem um filho pequeno e um marido, e conta como ela ficava dias fora de casa com pessoas desconhecidas até acabar todo seu dinheiro, e, quando voltava para casa “*ficava em depressão*.”

O grupo é, então, chamado a olhar para o próprio momento de relatar as cenas, indagado sobre que momento é esse, compartilhar, contar e escutar. Os participantes apontam que a grupalidade é o continente que acolhe e recebe sem crítica aquilo que necessita expressão.

“É pra desabafar! ”
“Quando eu falo me desintoxico! ”
“Aqui eu posso falar, eu preciso desse grupo! ”
“Aqui no grupo a gente pode falar que não vai ter preconceito. ”
“Esse grupo me ajuda eu ter mais força pra cuidar da minha vida. ”

Os relatos daquelas cenas relacionadas ao uso, então, se endereçavam ao coletivo e encarnavam uma força de contração, a força do desabafo, em que a grupalidade é adensada e, assim, se constrói uma ética de respeito, reciprocidade e valorização da experiência, que favorece um maior envolvimento coletivo.

O convite aos usuários à participação na GAM é um convite à cogestão. Nesta experiência estamos diante de um método anteriormente criado com usuários e trabalhadores em CAPS Adulto sem relação com a adição ao uso de álcool e outras drogas, o que nos colocava a necessidade de testar e avaliar os temas, a sequência de passos e os problemas que constituem o Guia do Usuário e do Moderador, assim como criar um outro nome para o dispositivo.

O convite, portanto, inclui um trabalho de construção da experimentação da abordagem com os usuários. Essa perspectiva construtivista orienta a conduta das condutas no grupo, que está sempre diante de uma indagação, numa ação de conhecer, pensar e produzir coletivamente, seja qual for o tema em questão, de modo que não se trata da aplicação de um método para atingir um objetivo – a redução de uso, abstinência, autonomia - mas um processo em que o objetivo é a própria realização, construção e prática de um modo, um arranjo para abordar os problemas em pauta.

A cogestão atravessa todo o dispositivo. Isto é particularmente importante na facilitação dos encontros com usuários em que os participantes necessitam tomar conta, gerir e gestar, o espaço do encontro, sua duração, a quantidade de participantes, a pauta, a circulação da palavra, a ética que se constrói no encontro, o uso do Guia do Usuário, o objetivo e os sentidos do encontro. A proposta GAM inclui outras articulações com a equipe da instituição, que abrem possibilidades de prática de cogestão: a reserva de espaço e horário para a reunião, a impressão

dos Guias, a participação da gestão do serviço, das agendas dos profissionais envolvidos, quem e quantos são, o que deixam de fazer para participarem das oficinas de apoio e encontros com usuários, como se revezam e como o dispositivo se insere no projeto institucional do serviço.

Como dissemos, essa prática de cogestão se opera num plano de heterogeneidade e comunicação da diferença de pontos de vista, que, com Guattari, chamamos plano de transversalidade (GUATTARI, 1985). É nesse plano que o novo emerge. Pela comunicação de diferenças é que novas possibilidades de experiências de subjetivação acontecem. Há que cuidar dessa dimensão, pois o dispositivo é fortemente atravessado seja pela verticalidade, que tende a uniformizar as condutas a partir de modelos estabelecidos como, por exemplo, os próprios guias GAM, instrumentos padronizados de facilitação dos grupos. Seja pela horizontalidade, que tende a homogeneizar os pontos de vista pelos traços de identidade, por exemplo, de usuários de álcool e outras drogas.

O plano de transversalidade está sempre sob tensão: não há respostas finais, nem como se acomodar em estereótipos, os quais estão sempre presentes na medida em que são estabilizadores de sentido, representam um senso comum e geram expectativas conhecidas. Entre os estereótipos mais frequentes está o lugar de dependente, seja da droga seja do medicamento ou do tratamento; a “recaída” como fraqueza pessoal e falha moral; o uso de substância como fuga da realidade; a condição de adição como doença; lugares em que o usuário fica caracterizado, que justificam a repetição e culpabilizam o indivíduo.

Na medida em que a fala circula nos encontros, no plano de transversalidade abre-se espaço para que surjam vozes que produzem outras narrativas, em que estereótipos e expectativas entrem em crise, abrindo outras possibilidades de experiência e a construção de novos valores.

Interferências da experiência apoiadora na construção do dispositivo

Nessa perspectiva não se trata do gerenciamento individual do uso de medicamento ou, neste caso, álcool e outras drogas, mas da prática de cogestão em que profissionais de saúde, usuários e pesquisadores realizam um processo coletivo de investigação, de circulação de saberes situados ou localizados (HARAWAY, 1995), um processo cujas conexões abrem novas possibilidades de experiência de subjetivação num contexto de apoio.

Aqui é preciso discutir um outro processo que permeia essa contração da grupalidade que emerge nos encontros: as dinâmicas de apoio. Com efeito, a prática ou atividade de apoio necessitava permanentemente dar visibilidade ao processo de cuidado de si e ao manejo com as relações que se estabelecem entre poder, saber e afeto, presentes ao longo de toda a experiência. O apoio então emergia como uma dimensão relacional do cuidado, ou do trabalho do cuidado, que se distancia da ideia de capacitação ou transmissão de conhecimento, e da racionalidade gerencial, protocolar, vertical e diretiva que ordena todo o sistema de saúde.

As práticas de apoio nesse caso põem em ação um posicionamento ético-político que propicia conexões entre gestão e atenção, clínica e política, sem o qual processos ampliação de autonomia não são possíveis. Não vamos nos ater a discussão da clínica neste momento, mas não podemos deixar de lado que é mediante inúmeras facetas da clínica que as patologias psiquiátricas e psicológicas se constituem como práticas discursivas e ganham visibilidade diagnóstica seja como estrutura, seja como transtorno, desordem, desorganização, distúrbio, síndrome, etc. Daí que a experimentação da GAM aponta uma clínica cuja política pode criar aberturas para fora das racionalidades produtoras de etiologias e patologias.

O apoio gerava uma dinâmica multiplicadora e circular que facilitava a capilarização. A experiência de apoio no CAPS AD era também uma experiência de formação de multiplicadores no sentido da capilarização da GAM no território. A experiência de apoio nos encontros de trabalhadores produzia uma formação apoiadora: reunidos nos tornávamos

apoiadores, e essa experiência modulava as atitudes dos moderadores no encontro com os usuários na GAM. O apoio gerava um campo afetivo em que atitudes de apoio se gestavam. A formação de moderadores da GAM se situava nesse campo: os trabalhadores que participavam do apoio, eram apoiados e se tornavam apoiadores. Esse era um modo de conexão-articulação importante entre as oficinas de apoio com trabalhadores e os grupos GAM com usuários. Essa formação apoiadora, que inclui uma produção de sentido de apoio que se multiplica entre os participantes, tem relação com a experiência que denominamos “EPS em Movimento” realizada entre 2014 e 2015 em todo o país envolvendo milhares de trabalhadores do SUS (CARON; ZUZA, 2016).

A experiência de apoio tinha então uma dinâmica circular. Por um lado, era um processo de produção de saberes em que formávamos a nós mesmos. Por outro lado, nesta dinâmica, o coletivo apoiava o apoiador. Certa vez, quando os trabalhadores ainda estavam em processo de convite aos usuários para constituir o grupo GAM, durante uma reunião da oficina de apoio, os presentes compartilhavam um desânimo, uma preguiça mesclada com um sentimento depressivo. Conforme esses afetos puderam ser contemplados foi sendo falado que havia um descontentamento em relação ao trabalho na instituição e que essa insatisfação gerava uma falta de envolvimento com novos projetos. O desânimo que contagiava os trabalhadores estava se fazendo sentir também na reunião da oficina de apoio. Após esse momento de compartilhamento e de visibilidade do incômodo pelo qual estavam passando, ainda num estado de baixa energia e certa vulnerabilidade, chamaram os usuários para dar início ao grupo GAM. Naquele encontro, uma outra experiência foi ganhando corpo. Expressões de alegria tomaram conta da dinâmica do grupo e os usuários puderam valorizar a criação deste novo espaço no CAPS. Essa foi também uma experiência de mudança de percepção e de atitude dos moderadores: um novo ânimo nasceu no encontro, do apoio do grupo à proposta dos

trabalhadores de fazer a GAM. O apoio então estabelecia uma dinâmica criativa circular e multiplicadora.

Dessa perspectiva, a estratégia de apoio ultrapassava a função de meio de capilarização da GAM, a ideia que tínhamos no início do processo. Apoio tornava-se uma dinâmica de manejo, um modo que analisaremos a seguir, que, de partida, nos oferece uma perspectiva em que no coletivo convivem termos divergentes, experiências opostas, afirmações contraditórias, e essa convivência, em vez de gerar antagonismo, produz pensamento, problema e deslocamentos de ponto de vista.

No ambiente de CAPS Álcool e outras Drogas essa perspectiva ganha proeminência exatamente porque o seu público usuário tem grande facilidade para produzir dinâmicas relacionais de antagonismo. Veremos adiante que essa facilidade se relaciona às condições de violência extrema que compõem a sua experiência de vida no cotidiano.

A partir da experiência de apoio o dispositivo foi sendo inventado, numa dinâmica distributiva que aumentava a potência dos encontros e grupos, e se multiplicava gerando apoio entre os participantes. Essa reciprocidade circular favorecia a lateralidade, o colocar-se lado a lado com o outro, a contração da grupalidade, a circulação da palavra, a intensificação da comunicação entre diferenças e, com isso, favorecia a possibilidade de que experiências contraditórias, termos polarizados, emergissem e convivessem no grupo.

Além da circularidade, o apoio tinha um efeito distributivo das forças. O apoio era coletivo e se distribuía de modo que a potência do grupo crescia, produzindo um efeito multiplicador da dinâmica de apoio. Isso acontecia com os trabalhadores, que se revezavam na moderação do grupo da GAM, e, ao facilitarem aqueles encontros e realizarem essa experiência, faziam distribuir entre os integrantes do grupo com os usuários o próprio apoio. O envolvimento do grupo com a conduta naquele coletivo, em ocupar-se dos focos de experiência em relação à

vida, à saúde, ao corpo, aos modos de existência, que inclui o uso de substâncias e a busca de redução de danos na vida.

No grupo da GAM com os usuários, acontecia essa dinâmica distributiva do apoio entre os participantes quando, por exemplo, uns convidam outros à participação. Roberson relata como antes ficava isolado ou dormindo, e que agora repara quando ocorrem situações de dificuldade com outras pessoas no CAPS e deseja ajudar. Numa ocasião em que estava em crise, Wagner fez uma ligação para a Rita, que conhecera na reunião da GAM, a qual, então, ficou com ele ao telefone por mais de uma hora, ajudando-o atravessar a crise. O envolvimento de usuários na dinâmica apoiadora afetava a conduta dos trabalhadores e apresentava elementos analíticos, ou analisadores, que os usuários traziam para o compartilhamento na roda. Por exemplo, Rodrigo frequentemente valorizava as relações de cogestão, de diálogo, compartilhamento e alianças entre trabalhadores e usuários na prática da GAM para questionar implicações dessas noções nas relações no dia a dia do CAPS.

Supõe-se que esses exemplos, entre outros, indiquem uma multiplicidade de micro-efeitos multiplicadores daquelas dinâmicas geradas na atividade de apoio.

Espaço de problematização do trabalho e da clínica

As oficinas de apoio com os moderadores fazem parte da proposta da GAM como exercício da prática cogestiva, em que a discussão sobre as experiências no trabalho e ocorrências no dia a dia da instituição, colocam em análise práticas e condutas instituídas. A construção da GAM como dispositivo cria um lugar em que ganham visibilidade múltiplas implicações de cada um na teia de conexões, nas relações e campos de força que compõem a instituição. Nas oficinas de apoio era possível ver a si e se ver implicado, ou compondo uma teia em que a autonomia nas relações de trabalho está em questão; um lugar de cuidado de si,

de ocupar-se de si e olhar para as próprias condutas e padrões de relação abrindo novas formas de ver e dizer das rotinas no serviço.

Neste caso, em que apoio, grupalidade e cogestão estão em experimentação, duas linhas se destacavam no campo de forças: numa linha, o tema da “violência” emergia em ato nas relações – entre usuários ou entre usuários e trabalhadores do CAPS - apesar dos esforços em contê-la ou mantê-la fora da instituição de saúde; outra linha de segmentação dava sentido ao termo “recaída” como uma ocorrência comum.

Nos encontros da GAM, o grupo era o foco de atenção dos trabalhadores-moderadores, enquanto que, em contraste, na rotina da instituição, a atenção da equipe se concentrava sobre o uso de drogas, o monitoramento do uso, a frequência, as “recaídas”, a duração dos períodos de abstinência, a redução ou o aumento do uso. Essa vigilância sobre o uso se configurava como um modo de controle, avaliação e de captura. Na rotina do serviço os usuários estavam sob avaliação da equipe profissional, o que se contrastava com o grupo da GAM, em que os profissionais eram deslocados daquele posto instituído de vigilância, controle e avaliação dos usuários em relação ao uso de drogas. Um deslocamento necessário para que os usuários também pudessem se deslocar desse lugar de objeto, ou se tivesse oportunidade de discutir essa condição de objeto de controle e avaliação, e se ampliassem as possibilidades de autonomia do grupo.

Outro aspecto do mesmo problema que os trabalhadores colocavam em discussão nas oficinas de apoio é a relação profissional-usuário. O exercício da prática de cogestão produzia mudanças nas relações, os profissionais sentiam maior abertura, empatia, proximidade e leveza, o que interferia na contração da grupalidade com os usuários.

Essa experiência cogestiva fazia pensar sobre as relações nas práticas da instituição, em que havia uma atitude de confronto dos profissionais com os usuários. Nas oficinas de apoio os trabalhadores percebiam suas expectativas e frustrações sobre as condutas dos usuários em que

depositavam sobre estes a responsabilidade pela adição, “recaídas” e consequências do uso de drogas.

Essa responsabilização individual era comumente entendida como autonomia, em que o usuário escolhe usar droga pois tem autonomia para escolher. Assim, profissional e usuário participam de uma relação em que alimentam expectativas sobre o comportamento individual de redução de uso, o qual, enquanto fica controlado e monitorado, produz uma simpatia, mas no momento em que o usuário volta a aumentar o uso e tem uma “recaída”, gera profunda frustração em ambos, o usuário se ausenta do serviço e, algumas vezes, desaparece do território.

Esse tema que envolve frustração, culpa e vergonha se tornava um analisador do próprio lugar da equipe e do profissional, assim como do lugar do grupo da GAM. Esse tema emergia a cada encontro da GAM sob diferentes formas, inclusive quando se afirmava o grupo como continente em que se podia falar sem culpa e sem preconceito, e se era acolhido mesmo nas “recaídas”. O termo “recaída” seguia sendo usado pelo grupo como se fosse “neutro”, como se o termo não fosse parte da mesma narrativa da abstinência.

Sempre que um usuário tinha uma “recaída” ele também desaparecia do grupo, exatamente quando estava em grande dificuldade ele se apartava da experiência de acolhimento afirmado por aquele coletivo. Nas oficinas de apoio, então, percebia-se o quanto um discurso que valorizava a abstinência estava também presente no grupo da GAM e nas condutas rotineiras da instituição: a abstinência é meritória e a “recaída”, fracasso.

Nessa medida o tema da redução de danos se complica, percebe-se que por trás de um discurso de redução de danos, uma outra política é operada num plano micropolítico, orientada pela abstinência.

A violência como analisador e o plano comum

A prática do Apoio nas oficinas semanais permitiu problematizar o tema da “violência” que atravessava várias instâncias da instituição, inclusive a GAM e o território da área de abrangência do CAPS AD. A partir dos eventos que foram se desencadeando de formas diversas pudemos dar visibilidade a um plano coletivo em que é possível se movimentar com maior autonomia num campo atravessado de antagonismos e abusos.

Antes de mais nada, é preciso nos colocarmos numa perspectiva em que a violência não possui realidade intrínseca, uma definição geral, universal e una, isto é, não existe em si e por si mesma. Ela é uma experiência produzida, composta e condicionada.

A violência não existe. A violência é sempre qualificada, nunca qualquer, sempre já tomada na percepção de um campo social que a codifica ou a qualifica, mas que sobretudo a distribui. Nesse sentido, as definições da violência são sempre já políticas e estratégicas (LAPOUJADE, 2015, p. 79).

Nessa medida traremos aqui um plano de composição em que experiências afins configuram uma rede de conexões “violentas” ou em que episódios de violência estão em conexão. Em processos de apoio distribuído e compartilhado, qualificações de experiências de violência puderam ser feitas.

Há uma percepção de que o CAPS AD é um lugar onde episódios de violência podem ocorrer com frequência. Há uma tensão basal, latente, prestes a disparar ou emergir em episódios de antagonismo ou xingamento. Muitas vezes quando o usuário começa a frequentar o CAPS AD a primeira fase pode ser permeada por cenas de ataque verbal ou físico contra a instituição ou o profissional de referência. Essas cenas diminuem conforme o usuário vai criando vínculos com pessoas, profissionais e com grupos na instituição. Outras vezes, manifestações de agressividade e ataques verbais são propiciadas, ou mesmo facilitadas pela “intoxicação”. No grupo da GAM também ocorreram momentos de antagonismo entre usuários, e, algumas vezes, manifestações exaltadas e ofensivas.

Havia um discurso comum de que a causa dos problemas residia no comportamento de usuários exaltados que tinham condutas violentas. Com o objetivo de conter esses episódios de agressão entre usuários e contra trabalhadores e promover uma conscientização do benefício coletivo, a gestão da instituição decide realizar assembleias diárias com os trabalhadores e usuários sobre violência no CAPS AD. Durante duas semanas, no horário em que a assembleia era realizada, as atividades regulares ficaram canceladas. Como as brigas e ataques não tivessem cessado, o portão de entrada do CAPS algumas vezes ficava trancado com o acesso restrito àqueles que tivessem alguma atividade previamente marcada. Nas reuniões da GAM o tema da “violência” dentro do CAPS foi abordado pelos usuários. Alguns usuários fizeram críticas, apontando falhas da equipe do CAPS na relação com usuários. Os moderadores da GAM consideraram essa crítica injusta e se sentiam desapontados.

Naqueles meses tinha ocorrido o óbito de dois usuários ligados ao CAPS. O primeiro era integrante do grupo da GAM. Circulava no território que ele tinha sido encontrado ao lado de embalagens de medicação, garrafas de bebida e outras drogas. A outra pessoa que veio a falecer, era morador de rua e parceiro de um integrante do grupo da GAM. O inverno havia chegado, o que, para quem mora na rua em São Paulo, é um grande problema. Naquela noite de frio, embora o serviço de emergência - SAMU - tivesse sido chamado várias vezes, o pedido de socorro não foi atendido e o “parceiro” não resistiu. Estava evidente uma negligência para com a vida de quem é morador de rua e usuário de droga, e também, neste caso, negro e homossexual.

Um medo contagiava as pessoas, e, no grupo da GAM, apareciam falas que afirmavam: *“o próximo pode ser eu!”*. Essa fala e o medo se davam num contexto em que os usuários insistiam, nos encontros do grupo da GAM, em discutir a experiência do preconceito social e de como se sentiam desqualificados e fracassados. Começavam a despontar conexões para discutir no grupo e na instituição o tema da violência como um tema da maior importância no

trabalho e na vida daquelas pessoas. É neste contexto que, num encontro da GAM, um integrante do grupo tomou a palavra para “*mandar todo mundo tomar no cú*”, o que dava, naquele momento, uma fala à violência e ao medo que circulava no dia a dia, minuto a minuto, na vida.

Despontava uma outra qualificação da violência. Uma violência produzida incessantemente num plano coletivo, social, cuja visibilidade era uma necessidade vital daqueles usuários. Por isso, traziam para o grupo da GAM a discussão sobre o preconceito, ou, como denomina Foucault, o “racismo de Estado” (FOUCAULT, 1999b) a que o usuário de álcool e outras drogas está sujeitado. Uma violência em que se deixava morrer vidas depreciadas clamava por se manifestar. Uma linha muito delicada e extremamente difícil de seguir devido à enorme proporção das experiências de violência na vida e pela culpa depositada sobre o usuário, uma violência também clamava por ser vista, ouvida e falada.

Então o tema da violência dava a ver diferentes perspectivas e forças presentes naquele momento. Por um lado, se afirmava uma ordem institucional que buscava conter a “onda de violência” e controlar os comportamentos. Essa ordem convocava os trabalhadores e usuários a se concentrarem em assembleias em que estavam em pauta os comportamentos violentos dentro o CAPS e o prejuízo que esses comportamentos individuais causavam ao coletivo.

Outra linha de discussão disparada pelo tema da violência foi o desejo de pensar e participar da discussão e contratação de um plano coletivo, isto é, traçar um plano comum com toda a equipe sobre aquela intervenção que a gestão tinha adotado. Esse desejo contemplava um descontentamento dos trabalhadores moderadores da GAM em relação à forma da decisão pelo cancelamento de atividades para realizar as assembleias diárias.

O desejo de participar do plano, também apontava ou se referia a um plano de sensibilidade, de problematização e invenção, um plano comum em que o tema da “violência” pudesse ser contemplado no coletivo. Neste plano comum entravam em composição diferentes

perspectivas com que os trabalhadores estavam implicados. As cenas e narrativas condensavam formas dessas implicações, por exemplo, aquela em que uma trabalhadora tinha sido agredida, ou outras cenas em que o trabalhador sentia humilhação, abuso, medo, raiva e outros afetos.

Em comum acordo entre a gestão, moderadores da GAM e a equipe da unidade, com o intuito de aproximar os trabalhadores da proposta da GAM, realizou-se numa reunião geral da equipe um encontro em que aquele coletivo se conduzisse com autonomia, sem pauta nem objetivo pré-determinados, de forma cogestiva e aberta às necessidades de expressão e manifestação dos participantes. Naquele momento os trabalhadores estavam muito sensibilizados por uma cena de agressão a uma mulher na via pública em frente ao CAPS AD e puderam compartilhar como tinham sido afetados, o medo, a impotência para intervir na cena, raiva e angústia. Os participantes puderam narrar longamente uma complexidade de linhas e faces do problema colocado pelos episódios de violência no trabalho em que emergia um sentimento de desorientação para agir. Aquele encontro também se ocupou de um problema que era sentido em um amplo espectro de atividades no dia a dia do trabalho: a violência à mulher trabalhadora. Uma equipe composta em sua maioria por mulheres podia compartilhar como se sentiam violentadas quando inferiorizadas pelo tratamento falocêntrico de usuários, autoridades policiais e inclusive por outros colegas homens que gentilmente se encarregavam de tira-las de cena e assumir o posto quando algum usuário homem as desautorizava.

Os episódios de violência puderam ser narrados de múltiplas perspectivas em diferentes espaços de compartilhamento, dando visibilidade a um campo em que estavam implicadas experiências de sofrimento no mundo do trabalho e de aniquilamento na vida de usuários. Essa complexa rede de implicações nos ajuda ver o plano como superfície de engendramento, dos acontecimentos disparadores dos fenômenos, um plano comum, em que múltiplas qualificações da violência se conectam, interferem, se criam em modos e se modificam.

Quando se trata da gestão autônoma na proposta da GAM, refere-se à prática da cogestão, a qual, só acontece nesse plano comum em que os termos co-emergem e são co-engendrados em incessante deslocamento. A cogestão requer, assim, permanente composição, pactuação ou contratação neste plano coletivo.

[...] autonomia não designa autossuficiência, individualismo, mas aponta para uma criação de regras em constante negociação com o coletivo, uma gestão coletiva, ou uma cogestão. Na GAM-BR, fazer gestão autônoma é fazer cogestão (RODRIGUES, 2014, p. 32).

A proposta indicava a necessidade de colocar em discussão no grupo da GAM a convocação das assembleias pela direção da instituição para tratar do tema da “violência”. Na oficina de apoio, então, os trabalhadores moderadores da GAM apontavam o mal-estar de executar a ordem da direção do serviço, sem praticar a cogestão no grupo com os usuários. Estavam contrariados por “*ter que cancelar*” o grupo da GAM, em cumprimento ao plano da direção da instituição, sem composição e contratação coletiva. Essa tensão entre o cumprimento da ordem e modo cogestivo deixava evidente os limites institucionais à ampliação de autonomia. Essa tensão era política e a proposta da GAM não era neutra. Mas de que política se tratava?

Embora possam estar, ou efetivamente estejam presentes antagonismos entre polaridades institucionais, como superiores e subalternos, dirigentes e obedientes, pensadores e executores, e, inclusive, as disputas de poder e domínio moral da verdade, chama a atenção que o grupo, operando como dispositivo, está tateando aberturas para conexões, ressonâncias, composição e pactuação num plano que necessariamente desestabiliza as linhas de segmentação produzidas pelos poderes instituídos.

Assim, na prática de cogestão como caminho, a beligerância, o antagonismo e a luta pela hegemonia entram em crise, pois estas são produzidas por uma segmentariedade dura, molar, histórica, caracterizada e condicionada. No plano comum em que a cogestão pode acontecer, as barreiras entre domínios específicos colapsam, pois aquelas ressonâncias e

conexões não estão contidas nos limites do mundo dado, das posições estabelecidas e dos antagonismos condicionados historicamente. Retomamos a proposição de Guattari – em se tratando de um coletivo-sujeito - sobre a possibilidade de enunciação fora dos limites instituídos (GUATTARI, 1985). A possibilidade de autonomia acontece no trânsito pela superfície de um plano comum transversal às coordenadas vertical e horizontal; num deslocamento em que ilimitadas composições e decomposições entre diferenças e identidades estão sempre disponíveis. Portanto, a política que o exercício da GAM nos indica é uma política transversal e molecular, uma micropolítica que tem a autonomia do coletivo como critério, que permite se engajar num processo de abertura para experiências e forças instituintes.

Assim, desta perspectiva, na oficina de apoio se olha para como a equipe se reúne, como ela participa no plano coletivo, como se ocupa dos problemas nos espaços comuns em encontros frequentes: uma reunião semanal com toda a equipe, reuniões semanais das equipes de cada microterritório, e uma assembleia geral de toda instituição.

Por um lado, se vê nestes espaços uma determinada segmentação do trabalho em que a pauta das reuniões já era ocupada pelos assuntos da operação diária do serviço, dos fluxos, dos casos, intercorrências, providências, escalas e ações. A violência, como analisador, deu visibilidade a um modo de funcionamento institucional em que, nas reuniões de trabalho não havia como se ocupar de questões ou problemas implicados no tema da violência, tanto que a direção da instituição se encarregou, em caráter emergencial, de fazer a intervenção.

Por outro lado, as práticas com a proposta GAM, no grupo com os usuários e nas oficinas de apoio, ofereciam uma experimentação de contração de grupalidade, de cogestão, de apoio e implicação - ver a si ou cuidar de si – que se contrastavam com o *modus operandi* das reuniões e do funcionamento institucional. Esse contraste também foi comentado pelos trabalhadores que participaram da reunião geral de equipe em que puderam trazer narrativas da violência no trabalho e conduzir o encontro coletivamente de um modo cogestivo. O dispositivo

dava visibilidade, então, aos limites institucionais ou aos modos em que o trabalho na instituição se opõe à ampliação de autonomia. Com isso, foi produzida a possibilidade de outras formas de estar junto, se reunir e trabalhar em equipe no plano comum, da transversalidade, fora dos limites e modos estabelecidos no plano das coordenadas vertical e horizontal, das desigualdades e identidades, e dos antagonismos. Ao se ocupar do tema central da violência, no espaço da GAM como dispositivo, a autonomia estava em questão como qualidade vital de relação no plano comum, qualidade da abertura à invenção de novos modos de existência.

4.7 O JOGO FORA DO CAMPO

Abrir um espaço de fala sobre o uso de psicofármacos com usuários do CAPS, de imediato trouxe à tona a experiência de internação psiquiátrica. Os usuários tinham tido várias passagens hospitalares com experiências de violência que puderam ser compartilhadas no percurso da pesquisa. Coincidentemente, enquanto eram lembradas por um usuário suas experiências entre a vida e a morte num manicômio em Sorocaba, São Paulo, era desativado o último hospital psiquiátrico daquela região⁶. Trazer a experiência de internação como tema de enunciação e objeto de pesquisa no espaço do grupo implicava uma qualificação dessa experiência, dar a ela visibilidade e fazer saber, àqueles que, ou não sabem, ou sabem, mas não enxergam, uma condição de abuso sem reparação a que os usuários estão sujeitos.

Em primeira instância, aquele grupo ocupava-se da denúncia da violação de Direitos Humanos em saúde mental, de forma a fazer do encontro na GAM e na pesquisa, um ato, uma manifestação para impedir a violência e instaurar relações de poder e cidadania incompatíveis com as práticas manicomiais. Ao longo de um ano, a fala sobre essas experiências sempre retornava, mantendo vivo um liame entre a pesquisa, o tema do uso da medicação e o da internação psiquiátrica, situando o uso de psicofármacos em sua ligação com o manicômio.

Ao lado da questão do lugar de cidadania, no contexto do trabalho do grupo de pesquisa, a denúncia da internação colocava relações complexas que envolvem os psicofármacos, a psiquiatria e o biopoder na contemporaneidade. Trataremos deste tema em detalhe nos capítulos “Biopolítica, psicofármacos e subjetividade” e “Neurociências, natureza e crise do

⁶ A região de Sorocaba, a partir da ditadura militar, comportou a maior concentração de leitos psiquiátricos do país em manicômios privados financiados por recursos públicos, onde mortes, abusos e violações de direitos humanos em saúde mental foram amplamente denunciados na mídia, como no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, o último manicômio desativado em Sorocaba em março de 2018.

humanismo”. Por ora vamos nos ater à expressão da violência manicomial no grupo de pesquisa.

Reunimos aqui falas que compuseram no grupo de pesquisa a enunciação da experiência de internação psiquiátrica:

14 de março de 2017

Dulcilene: Eu ficava três meses de internamento e voltava meia boba de tanto remédio.

Tinha uma moça bonita. Eles não gostavam dela, eles batiam nela de soco, ela estava toda roxa. Quem vai bater é os homens.

Dilma: no lugar onde fui internada tinha uma menina e tocaram os seios dela.

18 de abril de 2017

Rosana: Quando estou muito agitada, gritando, me amarram, me deixam com fome, e me dão muitos remédios para dormir.

Diva: Já tomei choque 220 nas oreia, nos ouvidos. Choque elétrico pra melhorar das ideia, mas fiquei pior.

Rosana: Fui amarrada, mas não tomei choque. Fiquei duas vezes internada. A polícia me levou, me bateu, me deu porretada nas costas. Foi um momento de pânico! Como chega a polícia pra me prender!? Como posso me defender!?

2 de maio de 2017

Silvino: O bem viver e o mal viver vai continuar perto um do outro. A vida é um filme: perdeu um fio, perde a vida. A internação tem várias modalidades, pode ser agressiva, policial. Só os fortes que tem alma.

9 de maio de 2017

Ronaldo: Quando fui internado roubaram meu boné da Okley, tinha pago cinquenta reais por ele. Tiraram minha carteira, minha bermuda, naquela Santa Casa de Santo Amaro, cheia de pernilongos. O que era bom era quando tinha lasanha. Faço tratamento desde os vinte anos, faz vinte e dois anos. O primeiro surto foi há vinte anos. Já fui em todas as Clínicas: Charcô, Vera Cruz, Pinel, Jaçanã, Jaguaré, Água Funda no zoológico, a última foi lá na Água Funda.

Silvino: Os melhores locais! Alta sociedade!

25 de julho de 2017

Diva: Quando estava no Riviera tomei choque nas costas. Deixa a gente sem beber água, em jejum e amarra a gente na cama pra não se bater. Aquilo não é um exame! E toma choque nas costas da gente! E não é por aí não! Tem que fazer um

tratamento. E isso é destruição da mente do ser humano! Graças a deus que estão eliminando, mas ainda existe sim! Choque 220!

Elvio: Isso é tortura! Lobotomia não existe não, antes tinha essa operação pra curar os doido.

Luízia: Eles colocam um bastão na sua boca, parece que vai explodir.

Diva: a gente sai do choque bebinho, parece que tomou uma 517! Não é bom para o ser humano.

Elvio: Ideias nazistas, eles faziam experiências com as pessoas...

Diva: Meus próprios irmãos que autorizaram! Carniceiros! Se não fosse eles... foi passado por eles! Não iam fazer isso sem autorização da família.

Silvino: Chega um momento, um Ministério da Psiquiatria obriga inutilizar o camarada. Esse briguento! E meu pai autorizou que a medicina lascasse choque nele. Ele ficou bobo.

29 de agosto de 2017

Ronaldo: Eu disse: não vou tomar mais remédio. Faltei três dias. Minha irmã chamou a ambulância para mim ser internado, e fui internado no Água Funda. Minha irmã e meu pai que chamaram! Que é isso!!

23 de janeiro de 2018

Silvino: Repetição de Sorocaba. Fica uma passagem minha por lá. A primeira vez que fui internado descobri que a família chama as autoridades. Chama a polícia militar. E a PM ficou em cima de mim. Me prenderam na solitária: perdi a noção do tempo e ninguém podia saber. Volta a intranquilidade do Serviço de Segurança. Sorocaba é cheio. Deduraram, não sabia se eu ia viver ou morrer. Algemado mesmo. E sem algema, rendido pela vida. Somos tratados com menosprezo.

Ronaldo: Minha primeira internação foi aos 23 anos, estou com 43. Dizem que eu sou 20.0 paranoide. E o que é paranoide? Acusou 20.31 no Charcô, mania, depressão, bipolar.

O familiar quer tirar meus direitos. Eu estava endemoniado lá no Charcô. Uma coisa ruim, que estava querendo me atingir. Não é um problema psiquiátrico, é um encosto, um espírito.

6 de março de 2018

Ronaldo: Me levaram algemado. O agente me levou. Fiquei três meses em Diadema, CDP Diadema e COC. Ao todo fiquei três anos e quatro meses preso. O agente penitenciário Marcelo me deu cacetada no braço porque eu não queria ser algemado. Ele gritou comigo: Cala a boca! Me agrediu. Me deu três na nuca, uma na costela.

⁷ Marca de aguardente de cana muito popular no Brasil

Poder psiquiátrico e medicação psicotrópica

A emergência do tema da internação e da violência do poder psiquiátrico numa pesquisa sobre o uso de psicofármacos é perturbadora. As práticas manicomiais lembram horrores que desejamos deixar para trás. No Brasil, a partir dos movimentos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, um processo de desospitalização da loucura e criação de uma rede de atenção psicossocial territorializada, embora com dificuldades e barreiras de diversas ordens, possibilitou outras formas de experimentação em saúde mental e de vida, que antes não eram possíveis. A própria possibilidade de fazer essa pesquisa sobre o uso de medicação psiquiátrica que tem a autonomia como tema e critério de conduta, em que emergem expressões que denunciam a violência praticada contra os usuários, é efeito desse processo em que os loucos já são outros. Os tempos são outros. E mesmo sendo outros, não somente práticas de violências subsistem, mas, o que nos chama atenção, subsistem forças derivadas de uma relação de poder disciplinar asilar, forças que se encontram no campo complexo da prescrição e uso de psicofármacos e que ganham expressão no coletivo de pesquisa.

A denúncia dessas forças disciplinares no campo de pesquisa perturba um outro sentido, bastante difundido, de que a psicofarmacologia se opõe ao manicômio e que o uso prescrito das drogas psiquiátricas possibilita ao louco maior autonomia e viver fora do confinamento. Podemos pensar o uso prescrito de drogas psiquiátricas como efeito de uma outra lógica que não a disciplinar tal como enuncia Benilton Bezerra:

É preciso, claro, lembrar os avanços da própria tecnologia biológica na atenção ao sofrimento psíquico. É inegável que com os antipsicóticos dos anos 50 e com os tranquilizantes nos anos 60 e os antidepressivos dos anos 70, a nossa vida mudou e em alguns aspectos mudou para melhor. As pessoas que têm problemas que a gente chama de psicóticos têm hoje uma existência social que seria impossível sem ajuda dos neurolépticos e dos antipsicóticos. Todos nós de alguma maneira, podemos recorrer a essas medicações e antes éramos restritos a formas de tratamento basicamente verbal. De modo que o fato de que hoje a gente tenha um leque cada vez mais ampliado de um repertório de psicofármacos, evidentemente, contribui para esse processo de psiquiatrização avançada da nossa vida cotidiana (BEZERRA, 2013, p. 8).

Esta outra forma de relação de poder sobre a vida, a que Bezerra se refere como “psiquiatrização avançada” pela incorporação dos psicofármacos nas práticas da “nossa vida cotidiana”, relação de poder que envolve processos de produção de si na contemporaneidade distintos daqueles produzidos pelas sociedades disciplinares, coexiste com a internação e a violência. Teremos chance de problematizar biopoder e sociedade de controle adiante, e analisar esse castelo discursivo em que se abriga a psicofarmacologia que dá sustentação científica à “psiquiatrização da vida cotidiana”.

Tal coexistência não é uma justaposição de coisas desconexas, ao contrário, são às conexões entre o psicofármaco e a experiência asilar que as falas nos incitam. Nos chama a atenção, no campo de forças que cartografamos, que forças, derivadas do poder disciplinar, se atualizam e se ligam à medicação psicotrópica: nas narrativas deste grupo de pesquisa a internação está associada ao “*tratamento*”, “*exame*” e diagnósticos; os hospitais são “*clínicas*”, e a violência é um procedimento do poder médico, da “*medicina*” e do “*ministério da psiquiatria*”; nas experiências de internação, o “*remédio*”, junto com a intervenção violenta, ao lado do eletrochoque, também deixa a pessoa “*boba*”, e, “*não tomar remédio*” é motivo para a internação.

Neste grupo de pesquisa, a prática do eletrochoque foi narrada como uma experiência de prática violenta. Sabemos que em outros países como, por exemplo, no Canadá, mas igualmente no Brasil, o eletrochoque pode ser uma prática consentida, assim como acontece com o uso de psicofármacos. Não desejamos salientar se “em si” uma prática pode ser violenta ou não. Aliás, consideramos outrossim, que a violência é sempre uma prática qualificada.

A experiência de internação e a do uso das drogas psiquiátricas coexistem num campo em que a loucura é um problema médico. Que problema é esse? Em “O poder psiquiátrico”, Foucault analisa o nascimento desse campo da medicina como um campo de batalha em que se trata de dominar o louco e vencer o poder ameaçador da loucura:

[...] para poder ser o problema do conhecimento, da verdade da doença e da sua cura, deve antes de mais nada ser um problema de vitória. Logo, é um campo de batalha que está efetivamente organizado nesse asilo. [...] o que há de dominar é, evidentemente, o louco (FOUCAULT, 2006a, p. 9).

Embora a experiência do uso de psicofármacos possa não ser vista como uma prática violenta, inúmeras narrativas deram voz a experiências de violência associadas à administração de remédios, tanto na família quanto nos serviços. Mas Foucault nos alerta que mesmo uma prática ou relação de poder, não qualificada como “violenta”, é física e se aplica sobre o corpo.

Quando se fala de violência sempre se tem presente ao espírito uma espécie de conotação que se refere a um poder físico. Ora, essa noção me parece perigosa porque deixa supor [...] que o bom poder ou o poder puro e simplesmente, aquele que não é atravessado pela violência, não é um poder físico. Ora, parece-me ao contrário que o que há de essencial em todo poder é que seu ponto de aplicação é sempre, em última instância, o corpo. Todo poder é físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta (FOUCAULT, 2006a, p. 18).

Ver a gênese das drogas psiquiátricas no manicômio, implica entendê-las como dispositivo de poder e instância produtora de uma prática discursiva da saúde ou da prática médica. Em questão está um arranjo de poder, o do poder psiquiátrico, que dá lugar a todo um discurso, um jogo de verdade que enuncia o que é doente mental e a loucura. Aqui, portanto, o que importa não é a especificidade da instituição manicomial, a forma disciplinar e asilar do poder psiquiátrico, mas as relações de força, que acontecem num plano microfísico e, no caso da droga psiquiátrica, molecular, de forças aplicadas no corpo.

[...] logo, em vez de falar de violência, eu preferiria falar de microfísica do poder; em vez de falar de instituição, preferiria procurar ver quais são as táticas que são postas em ação nessas forças que se enfrentam [...] gostaria de procurar ver é a estratégia dessas relações de poder e desses enfrentamentos que se desenrolam na prática psiquiátrica (FOUCAULT, 2006a, p.21).

Dessa perspectiva, como dispositivo no campo de forças do poder médico, o psicofármaco pode ser entendido como uma tática cuja estratégia é a dominação do louco. Bem entendido: neste campo de forças que assim o qualifica. Fora deste campo, essas drogas podem ser outras coisas. Em outras palavras, fora deste campo também não existe psicofármaco nem doente mental, tal como enunciados pelos discursos de verdade da psiquiatria.

Retomando, dessa perspectiva, o argumento de que a invenção da psicofarmacologia oferece cada vez mais chances de “*existência social que seria impossível sem ajuda dos neurolépticos e dos antipsicóticos*”, veremos que tal “existência” se encontra marcada pelo estigma produzido exatamente pelo dispositivo de poder que inventou o psicofármaco – da loucura como problema de saúde, ou do louco como doente mental. Uma “autonomia” constricta ao campo de forças em que o sujeito está destituído de poder de contratualidade, e sua experiência, interditada. É nessa tensão das forças de constrição e de autonomia que pode emergir outro jogo. Um jogo que indaga a experiência do uso das drogas psiquiátricas no viver cotidiano; que recusa diagnosticar, interpretar sintomas, explicar patologias e referendar tecnologias de saber-poder que dão existência a entidades no, e ao campo da doença mental. Um jogo que serve de dispositivo em que o psicofármaco pode escapar para fora do campo do poder psiquiátrico: uma experiência de um jogo fora do campo.

5 de dezembro de 2017

Silvino: Aqui no CAPS é a área da psiquiatria em campo, o campo de futebol. Tem a palavra final da psiquiatria e psicologia. Mas aqui no GAM tem o treino amistoso, é sério e começou de vagar: o convívio da fala dos remédios. Mas quem amarra embaixo é a psiquiatria e a psicologia.

Essa fala nos alerta que, fazer um “*treino amistoso*”, praticar uma outra política de convívio, dá visibilidade ao campo demarcado por tecnologias de saber-poder que organiza o campo da saúde mental. Aliás a GAM se torna de fato um dispositivo com potência de ampliar autonomia, quando entram em jogo outras linhas de enunciação e visibilidade, de saber, de força e de subjetivação, fora do campo da saúde mental e da psiquiatria. Esse trabalho do grupo de pesquisa, então, vai desmontando, desacoplando formas instituídas pelo poder psiquiátrico ancorado na medicação: trabalho de uma rede que age e produz a pesquisa, em que lugares na rede são pontos de conexão, contágio e intercessões no coletivo - tema que tratamos nos capítulos “Lugares na rede” e “Intervenção e Interferências”; um trabalho que tira da invisibilidade o “ponto cego” da Reforma Psiquiátrica, que é o próprio dispositivo psiquiátrico

de saúde mental; um trabalho que expõe fraturas, desemaranha linhas no campo e abre novos possíveis.

[...] por todos os lados, há emaranhados que é preciso desmesclar: produções de subjetividade escapam dos poderes e dos saberes de um dispositivo para colocar-se sob os poderes e os saberes de outro, em outras formas ainda por nascer (DELEUZE, 1990, p.157).

Essa é uma cartografia que a rede-grupo traça, ao investigar terrenos de experiência em torno do psicofármaco, instalando-se sobre as linhas que atravessam e arrastam esse dispositivo. Vamos ao que o texto coletivo nos diz.

27 de junho de 2017

Silvino: Estamos sob a gestão médica. As pessoas não consideram a gente como a gente deseja. Nós não ficamos só fechados aqui nesses metros quadrados.

11 de julho de 2017

Silvino: Dá impressão que a médica pensa, faz, acontece, resolve, é tudo!

Marcio: Não precisa ficar tomando o medicamento, além de não ser agradável, vinha vontade de fazer besteira. Em vez de ajudar está atrapalhando, tendo pensamentos que não era pra ter.

Nando: Por isso tem que acertar um remédio. É importante saber nas consultas, falar mesmo dos efeitos. Tem que falar tudo mesmo até achar.

Renata: Cada pessoa tem uma reação, nem sempre a mesma reação.

Diva: O médico não deixa não.

Silvino: Vai na manha para falar com o médico.

Junior: É mesmo! Não pode pisar firme. Tem que pisar devagarinho pra não machucar ele.

Nando: Está sendo julgado o tempo todo.

25 de julho de 2017

Silvino: Avaliação: o jeito como você fala.

Neusa: A gente não consegue mostrar por fora, até nas palavras se esconde.

Silvino: Se esconde e passa pela entrevista são e salvo.

15 de agosto de 2017

Alexandre: A minha vida de quatro anos pra cá está tudo no meu prontuário, quando estou em crise, quando melhoro, quando venho, falto e o que eu faço no CAPS.

12 de setembro de 2017

Silvino: Uma palavra forte: internamento. Estão preparando uma internação da gente. Estamos internados mesmo aqui. [...] Estamos no calendário do SUS e da saúde, o nosso prontuário, as portas se fecham e se abrem, as janelas também.

26 de setembro de 2017

Silvino: Falamos sobre o vício em psiquiatria aqui no CAPS. Os vícios de psiquiatria de fazer o que bem entende, se dá certo tanto faz. Fui percebendo de que só tomando o remédio e ficar calado que eles me liberam. [...] Eu tento. Aqui neste grupo que surgiu a necessidade de falar. E conseguimos falar, é o começo do começo. 55%. Tanto o psicólogo e o psiquiatra têm vários preconceitos, são bom de papo, relacionamento, mas o paciente fica na condição inferior, tendo que passar no teste. Falei que fui internado, vou falar mentira? Quando eu fui tirar carteira de motorista, a psicóloga falou: o que você está olhando? Eu falei: o verde. Ela perguntou: o que o verde representa para você? Eu falei: a esperança. Ela falou: vou te recomendar um psicólogo.

Suzi: A psiquiatria dá danos morais.

Diva: Esta conversa está ótima!

Neuza: A gente se sente mal de ser analisado, de ser testado o tempo todo. Observam a nossa participação nas oficinas, se está faltando, se não.

Suzi: A gente sai do hospital traumatizado. Tem preconceito com a gente, já querem dar diagnóstico e você está apática, não está em condição de dar a sua posição. [...] Tem uma sensação persecutória, somos vigiados no CAPS, permanente analisados e testados. [...] Tem que fazer experiências, é muito interior, é o íntimo. As vezes a pessoa fica como se fosse cobaia. As vezes tem uma reação com o medicamento que muda sua maneira de pensar! E não era desse jeito que você pensava. Está testando você.

Pois bem, no trabalho de desemaranhar linhas de força, de saber e de subjetivação da instituição, vem à tona uma experiência de estar sob vigilância contínua, sendo testado, analisado, avaliado e diagnosticado. Uma condição de exposição e sujeição tal, que está sempre posta uma necessidade de se esconder do escrutínio da instituição. Essa condição está na relação com o médico, mas seu domínio se estende para todo o sistema de saúde mental, os prontuários, registros, fluxos e normas: “*no calendário do SUS e da saúde, as portas se fecham e se abrem*”. Trata-se de um campo de “*gestão médica*”. Mesmo que a equipe seja multiprofissional, mesmo que o gestor da instituição não seja médico, o que está em questão não é o aparelho de gestão, mas linhas de força e subjetivação, de enunciação e visibilidades. A pesquisa, então, traça linhas que ultrapassam os muros do CAPS: “*Nós não ficamos só fechados aqui nesses metros quadrados*”. O problema posto pelas experiências em torno do psicofármaco mapeia um campo que, quando pensado como dispositivo, diz respeito à processos de subjetivação como um

problema que ultrapassa o público específico dos usuários de psicofármacos e nos inclui a todos. Esse critério retira o “paciente de saúde mental” de um lugar-alvo específico de uma força normalizadora que o submete. O dispositivo submete todos a essa força. Os “indivíduos normais” assim são exatamente por serem enquadrados e sujeitados à “gestão médica”. Normal ou não, o indivíduo é constituído e caracterizado pela instância normalizadora.

[...] não se pode dizer que o indivíduo preexiste à função-sujeito, à projeção de uma psique, à instância normalizadora. [...] É na medida em que a vigilância ininterrupta, a escrita contínua, a punição virtual enquadraram esse corpo assim sujeitado e dele extraíram uma psique; é nessa medida que o indivíduo se constituiu; é na medida que a instância normalizadora distribui, exclui, retoma sem cessar esse corpo-psique que o indivíduo se caracteriza (FOUCAULT, 2006a, p. 70).

O que se propõe aqui é que não há e nunca houve um indivíduo preexistente, natural, autêntico, real, original que é ou foi distorcido, dominado, alienado pelas forças disciplinares ou pelas categorias jurídico-ideológicas. Não há indivíduo nem sujeito fora dos diagramas de forças e regimes de enunciação. O “ponto cego” da Reforma Psiquiátrica reside exatamente na invisibilidade do dispositivo que produz o indivíduo normal e o doente. Não somente o psicofármaco, mas o próprio dispositivo do poder psiquiátrico passou ileso pela Reforma Psiquiátrica. Embora comportasse mudanças nas formas da “gestão médica”, esta seguiu sendo o regime de produção de normalidade e doença mental. O “ponto cego” não é uma falha da Reforma, mas é a própria imagem da impossibilidade de desmonte do dispositivo disciplinar ancorado no psicofármaco, cuja genealogia remonta ao manicômio, sem que se opere uma desnormalização, ou uma dessubjetivação dos sujeitos normais ou doentes, o que poria em cheque a própria existência dos indivíduos.

[...] seria absolutamente falso historicamente, logo politicamente, reivindicar os direitos originais do indivíduo contra algo como o sujeito, a norma ou a psicologia. Na verdade, o indivíduo é, desde logo e pelo fato desses mecanismos, sujeito normal, sujeito psicologicamente normal; e, por conseguinte, a dessubjetivação, a desnormalização, a despsicologização implicam necessariamente a destruição do indivíduo como tal. A desindividualização segue junta com essas três outras operações de que lhes falo (FOUCAULT, 2006a, p. 70).

As experimentações de que temos chance de tratar aqui, a partir da proposta da GAM, colocaram tais “pontos cegos” em evidência. Dessa perspectiva, a participação do gestor e trabalhadores no coletivo da pesquisa fez com que estes também sofressem efeitos desse desemaranhamento das linhas do campo. Uma pesquisa que se iniciou pela vontade de ampliação de autonomia dos usuários de medicação, envolveu os profissionais numa rede em que o processo instaurado pela investigação no plano da experiência produziu ampliação da autonomia destes profissionais nas suas relações de trabalho e de cuidado. E o mais interessante é que foram os usuários, os “anormais”, os que produziram o caminho de desemaranhar linhas, desacoplar e desmontar pedaços do dispositivo disciplinar. Num encontro de avaliação do grupo de pesquisa, o psicólogo do CAPS e moderador do grupo compartilhou efeitos deste processo nele mesmo:

“A gente pode ocupar um outro lugar tanto vocês, um outro lugar que não só de tratamento, quanto pra gente que nos colocamos neste lugar de cuidado, que é muito difícil. Tem falas muito legais de que, sim, isso aqui é um serviço de psiquiatria! E a gente muitas vezes negou isso. Mas até quando essa relação vai que a gente passa só a avaliar e não mais cuidar. Como a gente pode pensar um outro lugar. Eu mudei muito a minha forma de trabalho, acho. Mudei muito como eu me coloco, como a gente pode pensar um projeto terapêutico que não seja só voltado para um tratamento de sintoma ou família, como é que a gente consegue pensar em outras coisas”.

Neste caminho, os efeitos do trabalho sobre as linhas atingiram também outros profissionais do CAPS. Discutia-se no grupo múltiplas faces de um problema de primeira importância para os usuários: o que os remédios causam? Como vimos anteriormente essa questão responde a uma necessidade de qualificação da própria vida em suas múltiplas relações atravessadas pelo uso de drogas psiquiátricas. A problematização desta questão constituiu um campo de dúvidas entre a vontade de verdade dirigida ao saber científico da psicofarmacologia; o saber da experiência de uso dos remédios; a noção de que os efeitos são variáveis e singulares; a falta de exames objetivos que demonstrem a patologia.

Neste campo de tensões, várias propostas eram cogitadas para intensificar a pesquisa, uma delas era a de convidar o farmacêutico do CAPS para participar do grupo, o que de fato veio a acontecer. Um usuário cogitou que o grupo deveria sugerir ao farmacêutico que usasse os remédios para discutir os seus efeitos com os usuários. Imediatamente o grupo foi tomado pelo riso numa comoção de alegria e prazer, ampliando ainda mais a ideia: além do farmacêutico, os médicos e toda a equipe do CAPS podiam tomar os remédios! Por que não? Discutiremos em outro capítulo as dimensões ética, política, estética e erótica da grupalidade, que fazem parte do trabalho da pesquisa. Por ora apenas destacamos estas dimensões neste trabalho de desmonte do dispositivo disciplinar: uma dimensão ética que desloca as diferenças hierárquicas pela proposição de realizar em comum uma experiência compartilhada entre paciente e profissional - tomar psicofármacos e verificar seus efeitos; uma dimensão que inventa outro jogo, uma outra política fora do campo do poder psiquiátrico; uma forma estética cômica que subverte a seriedade médico-científica; e, por fim, uma intensificação da capacidade conectiva no ato de rir com o outro e ser junto na alegria e na potência.

O gestor do CAPS apresentou na reunião de equipe tal proposta dos usuários do grupo da GAM. A recepção da maioria daquele coletivo de trabalhadores foi o silêncio. Apenas o farmacêutico manifestou alguma simpatia com a ideia, mas desconsiderou a validade da proposta. Uma oficineira se sentiu atacada e declarou que se opunha à forma pela qual os “pacientes” estavam sendo medicados: *“eu não concordo em dar remédio a eles, e não tenho que tomar remédio!”* Uma psiquiatra defendeu a base científica e as comprovações estatísticas que fundamentam a prescrição. Disse que os medicamentos já foram todos testados por procedimentos experimentais e pela prática médica, de modo que não havia necessidade de outras experiências. Ali não havia como discutir o problema posto pela ideia de realizar uma experiência compartilhada com os usuários; ou o problema posto pela própria rejeição do trabalhador aos medicamentos que receita, dispensa e administra na sua rotina de trabalho.

Por fim, no contexto instituído que organiza o serviço, aquela proposta dos usuários não passava de uma ideia descabida, sem importância, um discurso sem sentido. O que faz todo sentido: é o próprio dispositivo de saúde mental a instância normalizadora que produz o estigma e o sujeito normal. E esse ponto necessita permanecer cego, isto é, não pode ser posto em jogo, para que os normais sigam administrando normalmente drogas psiquiátricas aos anormais.

É preciso não se limitar à crítica das instituições e seus aparelhamentos disciplinares, pois a questão do poder e dos assujeitamentos precede às instituições: há uma microfísica do poder psiquiátrico que atravessa do manicômio ao CAPS ancorado no psicofármaco. Na análise do que é esse poder disciplinar, chega-se ao desenvolvimento minucioso de um indivíduo normalizado, disciplinado, cujo corpo é permanentemente treinado, contido, domado, e cuja trajetória é registrada, inscrita e escrita, em categorias predeterminadas que o definem. O campo da saúde procede a essa construção, como um espaço em que esse indivíduo é fabricado. Usuários e profissionais encontram-se nesta condição de indivíduos que sofrem sua própria condição.

Foucault desconstrói esse indivíduo seja como indivíduo sociologizado e psicologizado, seja como indivíduo jurídico definido por direitos individuais. Essa análise é um caminho para desvelar esse indivíduo moderno como produção histórica, temporal e passível de ser desconstruída. A desconstrução destas entidades individuais, o esvaziamento dos componentes ilusórios os quais definem conceituam e emprestam solidez à suas existências condicionadas, abre novas possibilidades de encontro, tal como as experimentações intensivas realizadas a partir da proposta da GAM.

[...] o discurso humanista [...] consiste em dizer: o indivíduo disciplinar é um indivíduo alienado, sujeitado, é um indivíduo que não é autêntico; desbastem-no, ou melhor, restituam-lhe a plenitude de seus direitos, e encontrarão, como sua forma originária viva e vivaz, um indivíduo que é o indivíduo filosófico-jurídico. [...] É dessa oscilação entre o indivíduo jurídico, instrumento ideológico da reivindicação do poder, e o indivíduo disciplinar, instrumento real do seu exercício físico, é dessa oscilação entre o poder que é reivindicado e o poder que é exercido que nasceram essa ilusão e essa realidade a que chamamos Homem (FOUCAULT, 2006a p. 72).

Nos capítulos “Biopolítica, psicofármacos e subjetividade” e “Neurociências, natureza e crise do humanismo” iremos discutir a invenção dos psicofármacos como produção do biopoder contemporâneo, a partir do esgarçamento das sociedades disciplinares e na emergência das biotecnologias e de novos modos de sujeição nas sociedades de controle. (DELEUZE, 1992). Teremos, então, oportunidade de problematizar os temas da desindividualização e da dessubjetivação introduzidos aqui.

4.8 ZONAS DE EXPERIMENTAÇÕES INTENSIVAS, AMOROSIDADE E VIDA IMANENTE

O fora e o dentro do campo não se delimitam por uma linha divisória nítida como a imagem do “*campo de futebol*” usada no grupo para dar visibilidade ao dispositivo do poder psiquiátrico e de saúde mental. As experimentações nas bordas do campo ampliam lugares heterogêneos, geram zonas de indeterminação, que vão permitindo trânsitos em que o fora entra em jogo, esgarçando contornos instituídos. O fora é também heterogêneo. São “foras” que podem se interceptar, se opor, se conectar, se afastar, se afetar, mas que não revelam uma verdade sobre a saúde mental, a loucura, o sofrimento, os psicofármacos, o corpo ou o cérebro, nas narrativas da experiência que colocam esses temas em questão.

A partir destas experimentações, traçamos um plano de convivência que não tinha por meta a diminuição, o tratamento, o alívio ou a explicação das experiências de loucura, seja por uma racionalidade baseada na história de vida, seja pela racionalidade neuroquímica. Naquele convívio, pudemos tecer uma rede tênue que extraía sustentação da afirmação da experiência, fosse ela qual fosse, sem interpela-la ou avalia-la segundo um princípio de realidade. Veremos que, embora circulasse no coletivo uma vontade de verdade, as equivocações tornavam possíveis novas ideias, visões e articulações.

Uma fonte da força do que vamos tratar aqui é o trabalho de tradução, não somente o de produção dessa escrita, mas principalmente um trabalho que o próprio coletivo ia se dando, traduzindo o que era dito dizendo outras coisas. Convidamos à leitura atenta de alguns trechos das anotações dos diálogos, aqui transcritos não somente por nos tornar mais sensíveis às flutuações afetivas e nos sintonizar com as vibrações que permeavam o plano comum das experiências narradas, mas para que possamos instaurar nessa leitura existências que possam nos deslocar também de modos domesticados de ser.

Nesta condição de maior permeabilidade, porosidade e trânsito entre lugares nestas zonas de indeterminação, cresce no grupo a vontade de dizer ao outro o que se passa consigo, uma força que faz compartilhar experiências de sofrimento e incertezas sobre realidade e engano, em que o que importa é a prática com o outro de ocupar-se de si.

23 de maio de 2017

Val: Vim a pé para o CAPS. Eu sabia que no ônibus estava o meu irmão que ia arrancar a minha boca e a minha cabeça. Meu irmão fala para me jogar debaixo de carros vermelhos. Não entrei no ônibus. Não quero que arranquem a minha boca e a minha cabeça, sendo verdade ou não. Eu não queria vir ao CAPS porque eu sentia que ia matar a Priscila. Coloquei a faca na bolsa. Coloquei e tirei a faca várias vezes. Não posso fazer mal a Priscila! Como que eu vou no CAPS!

Fumiko levanta-se para sair da sala: Vou tomar uma água, eu fico perturbada com a Val.

Val: Minha mãe falava: esse é a minha filha! Minha bixa, minha bixa louca! De tanto falar que eu era bixa louca eu fiquei perturbada, e sou travesti.

Elvio: Meu irmão fala: esse é meu irmão “veado”. É a “Elvia”. É triste ter um irmão gay. Ter um irmão “veado” é difícil. Tenho vergonha de mim por ser assim. A Val é diferente, se transformou em mulher, eu não. Eu queria criar peito, bunda. Mas tenho medo de virar travesti. Medo de se mutilar, arrancar o pinto, o saco. Eu uso o banheiro dos homens e vejo os homens pelados lá. As pessoas me apresentam como doido. Ofende.

Neuza: A gente mesmo acha isso, que a gente é doido, já imaginando que outra pessoa acha que eu sou doida. Por isso eu fico falando do meu passado, quero justificar porque eu sou doida.

Silvino: Eu ficava escondido na escola, das pessoas.

Neuza: Eu também.

Um outro modo de estar junto gestava-se na experiência de ouvir o outro, por mais “louca” que fosse a experiência ali narrada: um modo de estar ou de ser disponível, que suportava o problema posto pelo sofrimento sem objeção ou avaliação. Sustentar sem necessidade de interpelar, racionalizar e explicar. Quando isso não fosse possível para alguém, esta pessoa desconectava-se do grupo momentaneamente. Mesmo que a Val tivesse dado uma “explicação” baseada na conduta da sua mãe, essa “explicação” não tinha um valor especial e misturava-se no conjunto do problema. Pelo contrário, uma explicação podia ser vista como um atenuante, uma “camuflagem”, uma enunciação que justificasse ser “doido”. O grupo tateava modos de ser em que se podia falar da loucura considerando a si e ao outro alguém cuja fala

merece crédito, pondo em evidência o descrédito a que o “paciente de saúde mental” está sujeitado nos serviços de saúde, na família e na sociedade.

13 de junho de 2017

Neuza: Tudo que eu falo é levado para a doença. Não posso falar porque sou doente. Tudo que falo é horrível. Todas as minhas falas são analisadas em cima da doença. Tudo é analisado como doença. Todo mundo pode falhar. Eu não posso mais.

7 de novembro de 2017

Silvino: Tem cobrança que tem que ser super legal, e as vezes não dá pra manter o nível alto.

Tem informação, mas não fala de nós. Nós ficamos camuflados, disfarçados, como soldado.

9 de janeiro de 2018

Ricardo: Você começa ver vultos e as pessoas começam soltar piadinhas pra você, como se você não tivesse um brilho no rosto.

Suzi: Um amigo do meu pai me violentou. Meu pai ficou contra mim. Minha mãe ficou neutra e deixou rolar. Se você está vindo no CAPS é porque não tem representação em casa, ela não te representa! Só quem foi aliciado, violentado, sabe. As vezes a pessoa quer ser representada. A mãe não acredita na filha, fica do lado do padrasto. Eu queria que eles acreditassem em mim, se eles acreditassem eu me sentiria melhor. Você sabe de algo e ninguém acredita, não consegui fazer as pessoas acreditarem. É real e não tem prova.

Ricardo: Eu acho para mim que ela fala de todo coração dela. Se acontece uma situação complicada. A pessoa sofre um pouco de macumba, espiritismo. São assuntos que leva na vida dela.

17 de outubro de 2017

Marcio: No meu caso é difícil. Você fala a verdade e ninguém acredita. É bem complicado. Tipo: você não quer tomar remédio e todo mundo vai te convencer. Por que não tomar? Porque faz mal pra mim! Vai testando, vai testando. Você vai na consulta e qualquer coisa que você fala, a médica já sabe a resposta. Ela vai dar remédio mesmo assim. A minha referência⁸ fala para mim vir tomar que estou precisando. Eu conheço as más impressões do remédio. Eu parei por conta própria.

Este outro modo de estar junto instaurado no grupo permitia, então, que um problema

pudesse ser colocado exatamente a partir da condição de descrédito dos usuários. Os integrantes do grupo desejavam dar visibilidade a uma condição em que os familiares e os profissionais de

⁸ Referência designa o profissional do CAPS responsável pelo acompanhamento junto com o usuário do seu Projeto Terapêutico.

saúde não escutam, desconsideram ou interpretam o que é dito. Os usuários narravam experiências de abuso, enxergavam espíritos e cenas de terror, diziam como se sentiam com efeitos da medicação e que não desejavam tomar medicamentos, e tais experiências e desejos eram negados como se não tivessem valor ou nem existissem. O mal-estar com efeitos da medicação precisava ser minimizado e o corpo adaptado, para que o objetivo de “estabilização” fosse alcançado. Não importava a experiência do usuário, “*a médica já sabe a resposta*”.

Ressaltamos no capítulo anterior que não existem substâncias “em si” que produzem um corpo neuroquimicamente estabilizado e que esse corpo neuroquímico só existe num campo de forças de normalização. Como iremos problematizar adiante, no contemporâneo, essas forças sobre o corpo participam de arranjos molecularizados do biopoder.

A negação da loucura pela produção de enunciados explicativos busca racionaliza-la e torna-la plausível atenuando sua estranheza: “*falando do meu passado, quero justificar porque eu sou doida*”. Nessa condição voltada para a negação da experiência da loucura, seja pela ação neuroquímica, seja psicológica, “*nós ficamos camuflados, disfarçados, como soldado*”. A “*cobrança*” é “*ser super legal*” e “*manter o nível alto*”. Essa “*cobrança*” nos indica um sentido do termo “*recaída*” usado no dia a dia dos serviços de saúde mental. Além da mimese normalizadora para “*camuflar*” o sujeito e fazê-lo passar despercebido, este é colocado na posição inferior da hierarquia. Na linha de frente da guerra contra a doença, é o primeiro a sofrer os seus efeitos.

Val deixou claro que o problema não residia na oposição entre a falsidade da loucura e a verdade, ou a verdade da doença: “*Não quero que arranquem a minha boca e a minha cabeça, sendo verdade ou não*”. Neste outro território outras questões sobre a equivocação da experiência de sofrimento mental e loucura podiam ser pensadas no grupo:

25 de abril de 2017

Silvino: Perdi a linha. Já se sabia que o Airton Sena ia falecer. Que ia ter um acidente grave.

Nando: Um dia antes ele estava olhando o local onde ele ia morrer.

Silvino: O médico dele disse: chega de Fórmula-1, vai fazer uma pescaria! A pescaria da vida. O que é uma história de pescador? Uma mentira. O pescador é um mentiroso.

Suzi: Será que somos doentes!?

Silvino: Quem vê a cara não vê coração. E nem tudo está incluído no coração. Eu luto para falar algo coerente, mas é difícil: tem várias idades e vidas.

12 de dezembro de 2017

Ed Carlos: Sente no corpo todo. Igual a pancada de um carro. Fica com o corpo todo dolorido.

Vanderson: Como a gente sente as dores que não é?

23 de janeiro de 2018

Marcio: É assim, acredita numa coisa que não é, acredita num não real de verdade, acha que é aquilo e depois vê que não é. Como se tudo falasse com você.

O que estamos reportando aqui são linhas que atravessam o campo - e algumas escapam para fora - em que hegemonicamente tanto usuários quanto profissionais jogam o jogo da guerra contra a doença mental. Linhas que foram sendo traçadas no caminhar de uma convivência no grupo de pesquisa em que era possível, ao contrário de negar, valorizar a experiência, assegurar a credibilidade da interlocução, o valor da palavra de quem fala coisas extremamente difíceis de suportar, sem explicar a causa, nem julgar se é verdade ou não, se é certo ou não.

Esse trabalho em rede perturbava as bordas do campo, ampliava uma região de indiscernimento e equivocação em que eram possíveis outros modos de pensar. Era nessa região que, de repente, a mentira podia ser uma recomendação médica de alto valor, do médico de um herói! Vai pescar! Mergulha o anzol no invisível e pesca uma história que não é! Uma recomendação que colocava em questão a doença mental e a relação fora-dentro: ver a doença, vê “cara” ou “coração”? O problema é por fora? É por dentro? Era possível afirmar que há mais no problema do que dentro do “coração”. A multiplicidade de experiências, “idades e vidas” transbordavam a linguagem: “eu luto para falar algo coerente, mas é difícil”. Silvino já havia anunciado no início: “Perdi a linha”. As linhas são muitas e se entrelaçam. Essa é uma “pescaria” complexa, um trabalho, como diz Orlandi (2017), de “replexão”, o qual, longe da

especularidade reflexiva de uma realidade, junta, conecta, traça, entrelaça linhas emergentes nos processos de singularização. Essa questão da verdade e da coexistência do que é, e do que não é, seria enunciada de outras formas: se “*sente dores que não são*” e se “*acredita num não real de verdade*”. As dores que se sente podem não ser. Um não real pode ser verdade. Na aula de 9 de janeiro de 1974 Foucault iria nos alertar que a afirmação da “realidade não real da loucura e realidade do desejo que constitui a realidade da loucura e que a anula como loucura”, (FOUCAULT, 2006a, p.221) era um ponto central sobre o qual se articulava o regime asilar no século XIX. As falas no grupo, então, estavam desemaranhando linhas que têm atravessado esse campo desde a invenção da loucura como problema médico. Nesse tateio, o grupo fazia tentativas de “replexar” sentidos da experiência compartilhada, que deixavam aberturas para um outro jogo.

Esse compartilhamento não se direcionava a um consenso ou concordância. Ao abordar a complexidade do problema do uso de medicação por meio de um tatear replexivo, o grupo ia agregando sentidos à composição do problema. Vários temas eram também “centrais” e, com isso, o movimento que fazia circular a palavra não era circular pois não girava em torno de um centro. Chamamos nossa atenção para esse giro excêntrico, para o entrelaçamento de linhas, o dissenso ou disjunção em conexão. Para tanto era preciso deixar fluir e, para termos uma noção do fluxo, apresentamos a seguir um longo diálogo, o mesmo que contém uma frase que acabamos de citar acima. Esse diálogo aconteceu após nove meses de encontros do grupo de pesquisa.

12 de dezembro de 2017

Silvino: Quando fala “somos pirados” é uma forma de escapar da pergunta. Que tomamos remédio todo mundo sabe. Remédio dá contração muscular, se sente preso que nem algema. Pirados lembra piratas irados. Pirados lembra loucos de amor.

Vanderson: O amor que estamos compartilhando nesse momento, aqui. Os anjos não têm sexo. Sou paciente psiquiátrico, sou uma pessoa antes de tudo.

Marcio: Sinto que o remédio e o nosso problema estão contra nós mesmos. Me dá mal-estar.

Ricardo: A letra do psiquiatra é a receita da medicação. E fica na mente o remédio que ele receita para você. O remédio fica no corpo. Fica dependente no organismo.

Vanderson: Fica adormecido.

Ed Carlos: O remédio faz efeito. Aí esquece. Aí é cuidar de você. Ele quer o seu bem, não faz o mal. Eu passei por muitas loucuras, de andar pelado, gritar sem motivo. Eu gritava: dá-lhe Sena! A loucura precisa ser entendida, é uma coisa dentro de você que precisa sair. Um desabafo do nosso ser. Vai falar de mim? Deixa de me encher o saco! Deixa quieto que está tudo bem. Um grito de desabafo. Eu senti isso, senti uma coisa desabrochando, briguei com minha família. Hoje estou completamente são.

Silvino: Normalmente nós não falamos palavrão. Aqui nós somos educados.

Ed Carlos: Se não fosse os psiquiatras, a ajuda do remédio, eu estava se jogando debaixo de um carro, ia se matar. Fica o sangue escorrendo, dói tudo.

Vanderson: Parece que a ferida não é pequena, na cabeça, no peito, no coração.

Silvino: Falta de amor. A gente sente e o coração estrebucha.

Ed Carlos: Sente no corpo todo. Igual a pancada de um carro. Fica com o corpo todo dolorido.

Vanderson: Como a gente sente as dores que não é?

Ricardo: A gente está no CAPS fazendo tratamento e quando está no balão de oxigênio, aquilo fica na sua mente. Fica na sua mente a medicação. Automaticamente o medicamento controla você.

Vanderson: Eu preciso de medicação. Sobre o efeito do remédio na sua mente, fica na mente.

Ed Carlos: Se a criança cai da laje e bate a cabeça, como vai operar se dói o crânio todinho? Vai tomar medicação, você não pode operar para não complicar.

Silvino: Então a medicina procura conviver com os acidentes, com o exercício do restabelecimento da saúde. A medicina evolui e os remédios também evoluem. O Brasil quer que nós existamos. Vai se morrendo aos poucos. Essas paredes separam nós. Os vizinhos somos nós mesmos. Nós temos condições de ir mais longe. Pirados, como uma luz que está iluminando.

Ed Carlos: Se não fosse os psiquiatras eu estava morto de baixo de um carro. A gente passa por muitas loucuras, depressão, ansiedade, para comprar casa, carro. A nossa loucura é mais são! A gente não precisa de carro. É o NÃO absoluto: não, não, não. Hoje em dia pirado fala mais alto. Somos reconhecidos, a vizinhança nos conhece, e estou conseguindo ver que não tem condição. Nós somos o aprendiz do Brasil! O Brasil só espera produção, produção, trabalho, trabalho. Já trabalhei, hoje estou tranquilo.

Vanderson: Tem uma questão espiritual. Só que passa pela loucura. Saber o que é um louco. Quem sabe os mais loucos são os mais sãos.

Elvio: Precisa definir o que pode ser loucura: sanidade ou insanidade?

Ricardo: Viver isolado, sempre ouvindo vozes, acha que o mundo vai cair em cima da sua cabeça. Para fugir do problema que você tem, só em equipe para cortar o efeito. Conversar ideias, o dia a dia como está, como está a medicação.

Vanderson: Quando aquilo que a gente ouve é uma alegria, e não uma crítica: é loucura ou sanidade? A gente está tentando ficar bem. Eu preciso de deus e não de medicação. Ouvir vozes não traz sofrimento. Sofrimento é você viver isolado. É melhor compartilhar e conversar para você ter a sua própria sanidade e mente equilibrada.

Elvio: Joana Darc escutava vozes.

Vanderson: Eu estava no quarto, escutava vozes e barulhos. E se tudo isso for de fora? Comecei a desfazer um por um e silenciou. Fiz isso o dia todo. E mata! Esfaqueia! Vai ter que se matar! Só problema.

Silvino: Sobre ferida mental, ela tem que ser descoberta. A memória, raciocínio, se é uma ferida, se acontece uma hemorragia na cabeça. Tem cirurgia de cabeça, mas tem uma ligação com o coração, o motor do corpo, o motorzinho. O sangue tem anticorpos, se tem uma hemorragia os anticorpos curam e estancam a hemorragia: e é esperar um pouquinho, não se desesperar. Se formos muito alto, a queda é violenta de cabeça. Se todo medo passar igual, explode, a ondulação da memória. Eu acho que na carreira nossa de procurar o que é remédio, o que é tomar remédio, o remédio pode abaixar a memória, dá sono, um sono vegetativo, cai na fraqueza física e da memória. A medicina não fala do espiritualismo.

Marcio: Se eu tivesse alguma coisa que eu preciso. Eu sei o que fazer para não tomar remédio, o esforço para não tomar, eu sei que não preciso. Se eu tomo é mal pra mim. Tudo acontece porque eu tomo. Mas se eu não preciso do remédio, me atrapalharia. Eu preciso me sentir mais ainda, mais melhor, bem comigo, eu saberia fazer. Se eu soubesse e falasse me ajudaria a mim mesmo, a coisa seria bonita, além de fazer bem pra mim, faria bem para as pessoas. Não preciso fazer besteira para ter alguma coisa, tem coisa que é tão ruim! Eu não queria estar aqui no CAPS, queria ter uma vida normal, trabalhar, gostar de várias coisas, eu queria melhorar, dar o melhor para mim e sentir melhor. Mas não sei como fazer...

Silvino: Quando surgiu o natal, o dia das mães, dos pais, da criança, festa de fim de ano, alguém convida alguém, é um costume fazer esse convite, esse momento.

Podemos ser afetados de modos ilimitados por este texto. Chamamos a atenção para duas possibilidades que podem ser colocadas a partir destas afecções: a possibilidade de se desalojar de referenciais estabilizados para ouvir o que aquelas vozes dizem, e, o contrário, a possibilidade de se fixar em um ponto de escuta e de vista conhecido para julgar, avaliar e reconhecer o que é dito. Podemos hesitar entre se desalojar e se deixar levar, e se fixar em pontos de vista e determinar. No grupo também há uma oscilação. Silvino já havia nos alertado que, para ele, neste trabalho não é fácil “falar algo coerente”. Ao nos desalojarmos e nos deixarmos levar, essa dificuldade passa a ser do leitor também, que pode inclusive se indispor com a confusão e o *plexus* de linhas disjuntivas e incongruentes.

Diante disso podemos buscar referenciais para nos socorrer. O próprio coletivo de trabalho, o grupo de pesquisa, torna-se uma rede de apoio que provê referências no caminhar. Quando favorecem o deslocamento e o deixar-se levar, a referência e a pesquisa exercem uma função intercessora que incita o acontecimento, a invenção. Porém, quando se resiste à

complexidade e se indispõe à confusão das linhas, a referência é um porto seguro: categoriza, purifica, isola e submete a fala do outro ao conhecido; diminui a potência de instauração de outros possíveis, incabíveis nos nossos modos de ver.

Entre uma atitude e outra temos o espaço do nosso aprendizado - de leitor inclusive - que, neste capítulo, diz respeito à potencialização de linhas que escapam do campo de produção de doenças e doentes mentais, e ao trabalho coletivo nas zonas de indeterminação nas bordas deste campo. Neste trabalho todo cuidado é pouco para não insistir no descrédito dos falantes quando, por exemplo, estes nos falam sobre “balão de oxigênio”, “crânio”, “hemorragia na cabeça”, “cirurgia na cabeça”, “sangue”, “anticorpos”.

Ao longo da pesquisa, termos médicos, em especial o “cérebro”, eram frequentemente falados. O profissional, cientista ou acadêmico pode facilmente desconsiderar ou menosprezar essas falas por não fazerem sentido. Outro perigo é interpretar o conjunto das falas como poesia. Um poeta não é interditado por fazer poesias, mas certamente o será - de fato, mesmo que não judicialmente - caso seja considerado louco. Aí reside a diferença: a loucura denuncia a alteridade absoluta do estranho, ou como diz Pelbart, “a loucura como exposição total e sem mediação da zona de subjetivação ao Fora. Para Deleuze, a característica maior desse Fora é a de consistir no Jogo de Forças, do Acaso e do Indeterminado” (PELBART, 1993, p. 97).

Julgar, determinar, desacreditar, racionalizar são modos de se esquivar dessa exposição. Quanto maior a exposição, maior abertura para o enlouquecimento. Daí nossa hesitação, pois a ampliação de espaços de autonomia, como analisaremos em detalhe no capítulo “Biopolítica psicofármacos e subjetividade”, requer o aumento da exposição ao Fora. O trabalho do grupo de pesquisa, então, se ocupava de forças de ampliação de autonomia e das tentativas de se esquivar e domesticar o estranho.

“A loucura precisa ser entendida, é uma coisa dentro de você que precisa sair. Um desabafo do nosso ser. Vai falar de mim? Deixa de me encher o saco! Hoje estou completamente são”.

Por nove meses Ed Carlos vinha ao grupo e sua fala invocava a polícia contra o crime e as drogas. Agora uma voz falava de outro lugar, desembaraçado do estigma de louco, afirmava uma potência a partir da experiência da loucura. Acontecia no grupo uma mudança de perspectiva em que se afirmava um outro pensamento que deslocava um elemento-chave do poder psiquiátrico: a realidade da doença.

“Quem sabe os mais loucos são os mais sãos”. “A nossa loucura é mais são! A gente não precisa de carro. É o NÃO absoluto: não, não, não. Hoje em dia pirado fala mais alto. Somos reconhecidos, a vizinhança nos conhece, e estou conseguindo ver que não tem condição”

Era enunciada uma ideia positiva da loucura que afirmava a sua exterioridade, um “*não absoluto*”. A afirmação de uma “loucura sã” expressava uma forma de resistência à patologização da experiência, a dignidade da afirmação de uma voz louca ouvida e respeitada pela sociedade, pela “*vizinhança*”, uma dignidade incondicional. Mesmo isolados dentro de um CAPS, essa potência podia ser invocada.

12 de dezembro de 2017

Silvino: Essas paredes separam nós. Os vizinhos somos nós mesmos. Nós temos condições de ir mais longe. Pirados, como uma luz que está iluminando.

Aqui é importante não tomar as potências faladas no grupo de pesquisa como um elogio romântico da loucura. Quanto a este ponto Pelbart alerta para a diferença entre desrazão e loucura. Embora ambos guardem vizinhança na relação com o Fora - o acaso, o indeterminado as forças e a ruína – a desrazão é um problema filosófico que propõe o pensamento do Fora, e a loucura não, seria uma exposição da zona de subjetivação ao Fora (PELBART, 1993). Porém, precisamos estar cientes de que as vozes que estamos ouvindo no grupo de pesquisa são dos que se dizem “*pirados*” e fala da sua experiência a partir daí, e não de pensadores da desrazão.

Ao olhar para o diálogo em sua extensão ganham visibilidade a rede, a tessitura das linhas, a conexão desses enunciados com experiências de sofrimento, acidente, ferida, cuidado, intervenção médica, medicação, memória, espírito, corpo, entre outras. Assim esses enunciados convivem com outros sentidos num plano comum em que as nuances, as gradações, as

composições, disjunções e singularidades ganham consistência. É aí que dizíamos que o trabalho do grupo se situava no entremeio das forças de exposição ao Fora e tentativas de domesticar o estranho. Neste trabalho podem nos contagiar forças inclusivas que neutralizam ou minimizam o estranho para que ele possa ser “socializado”. Essas tentativas de domesticação também emergem quando se busca enquadrar a experiência num referencial de saúde. As tentativas de inclusão da loucura na saúde podem se dar por uma homogeneização que esmaga sua singularidade, alteridade e exterioridade. Silvino comenta uma experiência que dialoga com essa questão:

25 julho 2017

Silvino: Vai girando energia no CAPS até que entra num sistema de equilíbrio. Uma questão de treinamento, de sentir-se humanizado. Fomos colocados para trás, um passo atrás, e tem que subir um pouco mais alto. As vezes se sente neutro, neutralizado, está no ambiente, mas está afastado.

Essa experiência de neutralidade, de uma certa imunização ao estranho que se produz no coletivo pela inclusão, também dialoga com a análise de Pelbart ao problematizar a “sociedade sem manicômios” no contemporâneo:

[...] nesse futuro que se avizinha, a loucura deixará de ser esse estranho, essa Exterioridade, essa *questão*, para incorporar-se ao humano como seu próprio mais originário. Processo ao qual demos o nome, irônico talvez, de "humanização" da loucura” (PELBART, 1993 p. 94).

Ainda neste ponto de discussão sobre as tentativas de domesticação do “*não absoluto*” é preciso desestabilizar a crítica à psicofarmacologia e à biopsiquiatria que destaca estas disciplinas como “reducionistas”. Antes de mais nada é interessante notar que o “reducionismo” não é um privilégio da biopsiquiatria. Toda e qualquer operação racional é “reducionista”, pois orienta-se para a explicação causal da realidade; e o faz mediante um determinado esquema teórico-conceitual, fundamentado em elementos-chave da realidade explicada, e, nessa medida, “reduz” a realidade ao esquema. No interior das racionalidades, não somente a científica, coexiste uma multiplicidade de “reducionismos”. Este, portanto, não parece ser um bom critério

para diferenciar e problematizar relações com a loucura.

De onde parte essa crítica contra o reducionismo da biopsiquiatria? Parte de um campo que se define pela separação entre corpo biológico e subjetividade; entre uma vida biológica objetiva - uma vida em si dada pela natureza - e vidas qualificadas e construídas histórica e socialmente. Ora, essa é uma separação que constitui o modo de pensar ocidental seja fundamentado no natural, seja no social, seja tratando influências de um sobre o outro como entes em interação. Tanto o humanista quanto o neurocientista compartilham essa mesma matriz de pensamento.

Adiante, iremos problematizar questões biopolíticas, éticas, cognitivas e existenciais colocadas por essa produção dicotômica de mundos e vidas, mas, por ora, importa salientar que essas polaridades se situam num mesmo campo em relação ao problema colocado no grupo desta pesquisa como “loucura”, que a psiquiatria contemporânea denomina “transtornos mentais” e que os críticos da biopsiquiatria chamam de “sofrimentos psíquicos”. Embora polemizem quanto ao ponto de vista, e, portanto, quanto aos objetivos e métodos, ambos se propõem a tratar, seja o sofrimento psíquico, seja o transtorno. Tanto os partidários do tratamento baseado numa clínica psi quanto aqueles baseados na biopsiquiatria se enraízam neste mesmo solo, o do tratamento.

Neste terreno do tratamento, até a expansão da psicofarmacologia a partir da segunda metade do século XX, o polo fundamentado no campo psi, com ampla influência psicanalítica, era hegemônico. Na aula de 9 de janeiro de 1974 (FOUCAULT, 2006a), Foucault levanta que, com a invenção da psicanálise, são retomados os elementos centrais do poder psiquiátrico que constituem o princípio de realidade ao qual o louco devia ser confrontado no regime asilar: a anamnese, a realidade da sua identidade, isto é, o reconhecimento de si, do seu passado e sua história de vida; e a realidade da doença, isto é, “a questão do desejo ao mesmo tempo secreto e inadmissível que a faz existir realmente como loucura” (ibid p. 222). Neste terreno

estruturaram-se nosografias das patologias mentais organizadas em categorias segundo critérios etiológicos clínicos, explicativos das causas das doenças e sofrimentos psíquicos. A reivindicação de uma etiologia clínica baseada na história de vida é a base da crítica à psiquiatria farmacológica baseada em sintomas.

Vemos, então, que, no terreno do tratamento, estes polos se complementam na guerra contra a loucura, cumprindo tarefas distintas de domesticação do estranho: o uso da medicação psicotrópica como uma extensão do poder psiquiátrico na molecularidade dos corpos; e a racionalidade clínica que afirma a realidade da doença e explica a loucura, destituindo sua alteridade, tornando-a inteligível e determinada.

Como comentamos, as falas compunham um giro excêntrico, em que alguns enunciados que apontavam para a despatologização da experiência se entrelaçavam com outros, que expressavam termos médicos. Emergiam, no espaço de compartilhamento, forças que deslocavam e fraturavam o lugar de doença que, no contemporâneo, é modulado pela intervenção médica molecular, que possibilita uma dominação técnica e controlada, não da loucura, mas de uma zona de subjetivação biofarmacotizada. Embora tecnificada, essa zona é também complexa, sujeita a interferências em que o uso da medicação está sob tensão permanente.

Os diversos modos de uso da medicação no viver contemporâneo, ações e sentidos singulares na experiência do viver usando remédios, podem transbordar o âmbito restrito aos campos de força em que o psicofármaco existe – campos conformados pelos regimes de verdade científica e pelo que é comunicado pelas agências de governo e de notícias; pelos regimes do capital, dos negócios e do mercado de produtos de saúde; e pelos sistemas, serviços e práticas em saúde mental e psiquiátrica. O medicamento existe num determinado campo construído por tecnologias de saber e poder, no qual as produções derivadas do seu uso, se circunscritas aos regimes daquelas tecnologias, ficam diluídas na lisura homogênea da sociedade de controle.

Porém, nos fluxos do viver se engendra uma diversidade de experiências que, embora sujeitas às condições de lugar e tempo, marcadas por ações de poder e dominação, estão potencialmente abertas ao acontecimento singular, ao desvio da homogeneização inclusiva dos regimes que dão existência ao psicofármaco.

Quando se falava que *“o remédio dá contração muscular, se sente preso que nem algema”*, havia desejo de relaxamento, soltura e liberdade. Quando se falava *“fica adormecido”*, havia desejo de estar desperto, atento, lúcido, ativo. A experiência narrada incluía desejos de vitalidade que se apresentavam no giro excêntrico das falas no grupo.

“Pode abaixar a memória. Dá sono, um sono vegetativo. Cai na fraqueza física e da memória”. “Eu não preciso do remédio, me atrapalharia. Eu preciso me sentir mais ainda, mais melhor, bem comigo”.

O desejo de *“sentir a si mesmo ainda mais”*, como se o medicamento dificultasse essa relação consigo, era uma expressão de cuidado de si que acontecia no espaço do grupo. Mais do que efeitos da substância, tratava-se de um ocupar-se de si que acontecia na relação com a medicação, na medida do que era possível se instaurar. Como alertamos acima, essas produções eram aberturas à singularização. Algo outro se diferenciava e podia ser.

Quanto mais o grupo de pesquisa ocupava essa perspectiva, menor era a preocupação sobre como o psicofármaco agia sobre a doença. A pessoa podia dizer que precisava do remédio e, em seguida, dizer também que não precisava. Num momento em que se estava falando de uma experiência de ferimento e a necessidade de controle, Vanderson diz: *“Eu preciso de medicação, o efeito do remédio na sua mente, fica na mente”*. Em outro momento em que se estava falando de diferentes experiências ao ouvir vozes, Vanderson indagava: *“Quando aquilo que a gente ouve é uma alegria, e não uma crítica: é loucura ou sanidade? A gente está tentando ficar bem. Eu preciso de deus e não de medicação”*. Estavam em questão variações nas experimentações intensivas de produção de si, misturadas à uma vontade de verdade. O problema da vontade de verdade como um limitador da autonomia será retomado no capítulo

“Autonomia como critério do caminhar”.

Para além do uso do psicofármaco condicionado pelo medo da doença - como um mal ao qual é preciso adaptar-se, ou um bem a que se obriga aceitar - outros modos de produção de um corpo com o uso destes medicamentos podiam ser falados a favor de um aumento da autonomia e potência de vida, era possível compreender outras experiências com o uso do remédio.

13 de março de 2018

Ricardo: Acordar de manhã e ver o sol na janela e estar com saúde e felicidade. Esquecer o passado, uma certa restituição da vida, a gente procura sua autonomia. Esquecer aquele passado que era tão ardente no seu coração e ter um aprendizado, tentar ser consciente e procurar fazer o melhor. Trabalhar em conjunto, ver se consegue sair dessa fase do ser humano, ser um pouco mais compassivo, mais próximo de você, é isso que interessa na verdade. É clemente na sua consciência, tomar o remédio para ter a sua autonomia.

Pedro: Quando a química do remédio sai do sangue o seu raciocínio se multiplica, fica ágil em várias áreas. É tentador. Eu tenho muitas ideias. Por exemplo: de como gravar a senha do caixa eletrônico de todas as pessoas.

Rosevaldo ri da ideia de Pedro.

Pedro: Se eu não estou afim de voltar para o crime, quando parar de tomar remédio e tomar alta, eu tenho medo da memória ficar muito ágil. O remédio diminui a autointeligência.

Silvino: A instrução dele é rabo de foguete!

Pedro: Sou ex-presidiário-psíquico!

Silvino: O Sabotage⁹ está fazendo música, poesias.

A narração da experiência do uso do medicamento no caminhar da pesquisa é coemergente, é expressão de um agir coletivo, de um agir-rede de que trataremos no capítulo “Intervenção e interferências”. Embora muito jovem, Pedro compartilhou no grupo várias experiências como presidiário, mas sua fala dizia de uma liberdade maior do que somente estar fora de um presídio. Falava de uma liberdade de agir sobre a própria conduta, que é o tema de

⁹ Sabotage, foi um rapper, compositor e ator brasileiro. Nasceu e viveu na Zona Sul de São Paulo. Foi assaltante e gerente de tráfico, antes de entrar para o RAP e iniciar sua vida artística. Seus trabalhos se tornaram uma espécie de hino para jovens da periferia. Foi ator de dois filmes "O Invasor" e "Carandiru". Morreu com quatro tiros pelas costas em 24 de janeiro de 2003.

Ricardo também. Ambos falavam de força sobre forças, de conduta sobre condutas. Ocupar-se do governo de si como um problema comum era uma forma desse agir-rede em ação.

No grupo de pesquisa, Pedro foi um dos principais animadores de um movimento para conhecer experiências de trabalho cooperativo, o que veio a resultar na formação de duas equipes de trabalho e geração de renda. Pedro engajou-se nas oficinas de adereços e pintura de camisetas. Naquelas oficinas ele havia proposto fazer estampas compondo grafismos com imagens do rapper Sabotage. Agora, comentando a fala de Pedro, Silvino pontua a expressão desse momento do agir-rede: o compartilhamento de experiência com a medicação, a liberdade de “*ex-presidiário-psíquico*”, o grupo de trabalho cooperativo, a lembrança de alguém que deixou uma vida no crime para fazer poesia e música.

Pedro se vê, no futuro, livre de tratamento, “*quando parar de tomar remédio e tomar alta*”, contrariando o campo hegemônico da guerra crônica contra a doença que obriga “*tomar remédios para sempre*”. No entanto, ele tem dúvida se sem o medicamento, sem a redução da “*agilidade*” da memória e da “*auto-inteligência*”, ele conseguiria se conduzir fora do crime, conforme seu desejo. Essa dúvida ajuda melhorar nossa compreensão do problema, pois ativa a crença no uso de neuroquímicos como fator determinante de comportamentos, ou como fator de controle, crença que os críticos da biopsiquiatria qualificam de reducionista.

Quando chamamos atenção para o agir-rede, para o plano comum, olhamos para pontos em conexão em que cada ponto não é parte, mas coemergência de um coletivo, e, dessa perspectiva, o medicamento e a produção de corpo com ele são coemergentes com a atividade de fazer camisetas com imagens do Sabotage, pensar a si como “*ex-presidiário-psíquico*”, desejar se conduzir fora do crime e compor um grupo de pesquisa sobre uso de medicação psiquiátrica, entre outras múltiplas linhas que traçam o plano comum. Desta perspectiva a medicação se desloca de um lugar de determinação, não porque se aponta outros determinantes, mas por se ampliar a zona de indeterminação.

Desta outra perspectiva não é somente o medicamento que se desloca, a própria vontade de verdade e o ideal de que o certo é “parar de tomar remédio” se tornam equívocos também. Nessa zona de indeterminação, a imagem de ver a si livre de tratamento psiquiátrico não implica necessariamente o não uso de psicofármacos ou outras substâncias psicotrópicas. De fato, fora do campo do tratamento psiquiátrico não há medicamento nem doente, nem “pessoa com transtornos mentais graves e persistentes”, mas, pode haver outros usos de “psicofármacos” que não sejam no campo da patologização da experiência da alteridade e dos “foras”. Iremos tratar dessa questão em detalhe no capítulo “Neurociência, natureza e crise do humanismo”.

Para finalizar desejamos dar atenção a duas dimensões, que se tornaram questões colocadas pela experimentação no plano comum: a amorosidade e a vida imanente. O longo diálogo de 12 de dezembro se iniciava envolvendo uma dimensão amorosa relacionada à experiência da loucura e da grupalidade no coletivo da pesquisa, no momento da experimentação do grupo.

12 de dezembro de 2017

Silvino: Quando fala “somos pirados” é uma forma de escapar da pergunta. Que tomamos remédio todo mundo sabe. Remédio dá contração muscular, se sente preso que nem algema. Pirados lembra piratas irados. Pirados lembra loucos de amor.

Vanderson: O amor que estamos compartilhando neste momento, aqui. Os anjos não têm sexo.

A afirmação “*somos pirados*”, como “*uma forma de escapar da pergunta*” e, por conseguinte, das respostas no campo da medicina e da medicação, se dirigia a outras dimensões fora da racionalidade explicativa do sujeito e das coisas. É aí que o amor era falado. Afirmava-se um “*amor que estamos compartilhando neste momento, aqui*” no grupo. Que grupo? Um grupo em que “*somos pirados*” e que lembra “*piratas irados*”. Essa fala incitava a imagem de um grupo bandoleiro, ou um bando outsider possuidor de uma qualidade irada afirmativa da alteridade da loucura como discutimos anteriormente. Neste bando a ira e o amor andavam juntos: “*piratas irados e loucos de amor*”.

Ao longo deste capítulo temos traçado linhas de trânsito e zonas de indeterminação. Agora falamos de bando em conexão amorosa e irada que escapa das racionalidades. Que amor é esse compartilhado no bando? Um amor em que “*os anjos não têm sexo*” deixava explícito que se tratava de um plano de conexão amorosa não caracterizada por acasalamento ou relação produtiva e reprodutiva, filiação, ascendência e descendência; um amor fora do sexo, do casal, da família e da hereditariedade. Que conexão amorosa é essa que envolve piratas e anjos? Estes não designavam entes, classes ou representações de alguma realidade. São heterogêneos que não possuem uma natureza comum, nem correspondências. Ao contrário de semelhanças e analogias, designavam potências afetivas que ressoavam no coletivo do jeito como era possível dizer. Eram potências, modos de agenciamento e envolvimento que se atualizavam naquela rede. Tratava-se, então, de uma rede amorosa num plano de multiplicidade que conectava heterogêneos e se propagava por afecção e por participação.

Que participação é essa? Aqui já não se trata da participação num projeto de pesquisa, num grupo de intervenção da GAM, num plano de cogestão do tratamento psiquiátrico ou num conselho gestor do CAPS. A estratégia política e a ferramenta do Guia GAM, embora possam ser usados na abertura do jogo para fora do campo da saúde mental e da psiquiatria, circunscrevem-se na perspectiva da racionalidade. Por trás do Guia, há um plano de organização transcendente, um plano de organização teleológica determinada por uma estratégia, a qual por sua vez é também determinada por um plano de desenvolvimento, no caso, de desinstitucionalização manicomial.

Além disso, o Guia também corresponde e atende ao anseio de conhecimento farmacológico sobre os medicamentos. Mas esse não é o problema – ou talvez este seja um problema - pois o trabalho e o aprendizado acontecem sempre num campo de forças em que temos que lidar permanentemente com a hegemonia da razão e as tentativas de domesticação do estranho em nossas condutas, e as ferramentas podem ser úteis para esburacar dados,

desestabilizar estados e modos de existência, dependendo do que se constela no coletivo. Não se trata de negar o plano de organização. O que estamos chamando a atenção, neste campo de forças, é para a abertura de um plano de participação cuja dominância é intensiva, uma participação num plano afetivo, em que, ao contrário da racionalidade, é a sensibilidade aos afetos variáveis e flutuantes que fazem vibrar o bando e animam o giro excêntrico e o agir-rede.

Deleuze e Guattari nos lembram que “o afeto não é um sentimento pessoal, tampouco uma característica, ele é a efetuação de uma potência de matilha, que subleva e faz vacilar o eu”. (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, p. 22). O eu vacila com a variação dos afetos no coletivo, e múltiplas faces da experiência podem ser ditas sem se anularem. Num momento se falava que “*se não fosse a ajuda do remédio, eu estava se jogando debaixo de um carro*”, e isso não invalidava dizer “*se eu tomo é mal pra mim. Tudo acontece porque eu tomo*”. Havia uma rede de conexão afetiva que sustentava a heterogeneidade e a multiplicidade de “eus” vacilantes. Uma rede que se ocupava do sofrimento, de acidentes na vida, feridas e dores que são, mas também podem não ser. A essa possibilidade de existir num campo aberto de comunicação transversal entre heterogêneos em que o ser está indeterminado, em trânsitos intensivos, Deleuze e Guattari conceituaram como Devir: “é um verbo em toda sua consistência; ele não se reduz, ele não nos conduz a ‘parecer’, nem ‘ser’, nem ‘equivaler’, nem ‘produzir’” (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, p. 20).

Desta perspectiva, devir é um verbo cuja ação não forma nem sujeito nem coisa, não separa um e outro, humano e não-humano, artifício e natureza; um verbo em que um e outro vibram por vizinhança, por afecção, propagação, ressonância. Daí ser um verbo cuja ação se dá num outro plano que não o da produção, dos processos, desenvolvimentos e formações de sujeitos e formas. Este outro plano, Deleuze & Guattari designaram por plano de consistência, imanência ou de Natureza.

Nada se subjetiva, mas hecceidades formam-se conforme as composições de potências ou de afectos não subjetivados. A este plano, que só conhece

longitudes e latitudes, velocidades e hecceidades, damos o nome de plano de consistência ou de composição (por oposição ao plano de organização e de desenvolvimento). É necessariamente um plano de imanência e de univocidade. Nós o chamamos, portanto, plano de Natureza, embora a natureza nada tenha a ver com isso, pois esse plano não faz diferença alguma entre o natural e o artificial (DELEUZE & GUATTARI, 2012a, p. 58).

No giro das falas no grupo, estes dois planos - o de organização e o plano de Natureza - faziam parte do problema em pauta, isto é, da afirmação da alteridade de uma experiência que se situa num campo em que “*somos pirados*”. Primeiro fazia-se uma crítica do plano de produção e organização:

12 de dezembro de 2017

Ed Carlos: A nossa loucura é mais são! [...] É o NÃO absoluto: não, não, não. Hoje em dia pirado fala mais alto. [...] Nós somos o aprendiz do Brasil. O Brasil só espera produção, produção, trabalho, trabalho. Já trabalhei, hoje estou tranquilo.

Vanderson: Tem uma questão espiritual. Só que passa pela loucura. Saber o que é um louco. Quem sabe os mais loucos são os mais sãos.

Dizer de uma potência aprendiz fora das linhas de produção, incluindo aí as linhas de produção de si e de subjetivação, falava desse plano de Natureza que estamos tateando. Em alguns momentos podemos forçosamente ser arrancados para fora do plano de organização quando o fora invade nossas vidas; quando forças indeterminadas, o acaso, o desconhecido e a ruína nos fazem ver “outramente” um outro plano que não o da incessante produção material e imaterial, de si e de mundos. Porém, embora muitas vezes imperceptível, este outro plano está sempre disponível, como temos visto na experiência coletiva que estamos estudando aqui.

Mas de que produção se falava no grupo? Uma dimensão falada era a do “Brasil”, que aliás, tem na sua bandeira o lema “Ordem e Progresso”, exatamente dois elementos-chave do plano de organização. Produzimos para progredir. Uma ordem transcendente organiza o plano em que sujeitos se constituem para produzir e progredir.

Olhando de um ponto de vista de fora, na visão do xamã yanomami Davi Kopenawa, pelas formas produtivas que se dão no contemporâneo, esse plano de produção ameaça o desabamento do céu:

Quando os brancos arrancam minérios perigosos do fundo da terra, nosso sopro torna-se curto demais e morremos muito depressa. [...] Se nosso sopro de vida se apagar, a floresta vai ficar vazia e silenciosa. Nossos fantasmas então irão juntar-se aos muitos outros que já vivem nas costas do céu. Então, o céu, tão doente quanto nós por causa da fumaça dos brancos, vai começar a gemer e se rasgar. [...] Aos poucos cortarão todas as amarras do céu e ele vai despencar totalmente; e dessa vez não vai haver nenhum xamã para segurá-lo (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p. 493).

Essa visão dialoga com o que se tem convencionalmente denominado “efeito estufa”, “crise climática” e “aquecimento global”, consequências do “antropoceno”, era geológica atual marcada pela produção humana. A frase “*o Brasil só espera produção, produção*” aponta a abrangência do problema em que estão implicados modos de subjetivação e de produção de si no contemporâneo, quando se coloca em questão o plano de organização e desenvolvimento.

12 de dezembro de 2017

Ed Carlos: Se não fosse os psiquiatras eu estava morto de baixo de um carro. A gente passa por muitas loucuras, depressão, ansiedade, para comprar casa, carro.

Marcio: Não preciso fazer besteira para ter alguma coisa, tem coisa que é tão ruim!

Comprar casa, carro, ter alguma coisa, são algumas maneiras de falar de uma corrida em que se passa por “*muitas loucuras, depressão e ansiedade*” para o sujeito ser alguém e ter sucesso na vida. A corrida é um programa em que os sujeitos se formam ao dele participarem.

É que o plano [...] concerne de todo modo o desenvolvimento das formas e a formação dos sujeitos. Uma estrutura oculta necessária às formas, um significante secreto necessário aos sujeitos. Sendo assim, é forçoso que o próprio plano não seja dado. Ele só existe, com efeito, numa dimensão suplementar àquilo que ele dá (n+1). Nesse sentido, é um plano teleológico, um desenho, um princípio mental. É um plano de transcendência (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, p. 57).

Há ilimitadas maneiras em que nos produzimos para vencer e participar dos planos de organização. No grupo de pesquisa, o campeão Ayrton Sena foi lembrado. Além de vencedor, nesta corrida para vencer ele acabou sua vida.

12 de dezembro de 2017

Ed Carlos: Eu passei por muitas loucuras, de andar pelado, gritar sem motivo. Eu gritava: dá-lhe Sena!

25 de abril de 2017

Silvino: Já se sabia que o Ayrton Sena ia falecer. Que ia ter um acidente grave.

Nando: Um dia antes ele estava olhando o local onde ele ia morrer.

Silvino: O médico dele disse: chega de Fórmula-1, vai fazer uma pescaria! A pescaria da vida.

Para além de vencer na vida e ser um campeão, havia uma vida que passava ao largo desse plano e que era preciso acessar para escapar da morte. Aí reside a potência da fala “*Hoje em dia pirados fala mais alto. Nós somos o aprendiz do Brasil*”. Havia algo que precisava ser aprendido com a experiência que estava sendo falada. Esse algo dizia respeito, no caso da história do campeão, a deixar as pistas de corrida, ou, deixar de se subjetivar pela participação na ordem de programas, meios e fins dos planos de organização.

Como temos tocado em outros momentos, no plano comum novamente emergia o problema da dessubjetivação e da desindividualização, agora na forma de algo a aprender sobre uma vida impessoal, comum, ou uma vida qualquer. Um problema muito complexo que implica condutas bastante difíceis:

[...] não é nada fácil não se fazer notar. Ser desconhecido. [...] É preciso para isso muita ascese, sobriedade, involução criadora. [...] Eliminar tudo que é dejetivo, morte e superfluidade, queixa e ofensa, desejo não satisfeito, defesa ou arrazoado, tudo que enraíza alguém (todo mundo) em si mesmo” (DELEUZE; GUATTARI, 2012a, p. 76).

A singularização daquele momento no grupo era de tranquilidade. “*Já trabalhei. Hoje estou tranquilo*”. Diferentemente dos momentos em que predominavam sofrimentos pelo exílio do meio social e do trabalho, naquele momento era a tranquilidade que permitia vislumbrar essa vida comum a todos e a tudo. Talvez esta maior tranquilidade fosse também o que permitia a afecção de um amor compartilhado na grupalidade e não individualizado, tal como são as formas de amor sexual e filial. Quando no grupo foi possível falar sobre essa condição aprendiz de quem se orienta para fora do plano de organização; sobre a diferença entre a “*loucura, depressão e ansiedade*” de quem participa das corridas organizadas, e “*a nossa loucura*” que “*é o NÃO absoluto*”; neste momento emerge, então, a ideia de que neste limiar está se tratando de um problema de outra ordem:

12 de dezembro de 2017

Vanderson: Tem uma questão espiritual. Só que passa pela loucura. Saber o que é um louco. Quem sabe os mais loucos são os mais sãos.

Nos serviços de saúde mental considera-se a fala de um usuário, que afirma que sua experiência é uma “*questão espiritual*”, apenas um sintoma de transtorno. Isso ocorre exatamente porque o serviço e o sistema são formas produzidas e programadas num plano de organização em que uma “*questão espiritual*” não faz sentido no conjunto das tecnologias de saber que constituem o plano. Frequentemente as “questões espirituais” ficam relegadas a um âmbito religioso, íntimo e pessoal.

No entanto, no grupo essa fala emergia sem referência a uma religião e, o mais curioso, endereçada a um problema coletivo da dimensão do Brasil, não como uma questão de foro íntimo, e, mais precisamente, no momento em que o plano de organização das formas e dos sujeitos era colocado em xeque. O “espiritual” remetia apenas a um vislumbre de virtualidades de uma vida impessoal, indiscernível e imperceptível que ressoava no coletivo:

Uma vida é a imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência completa, beatitude completa. [...] uma vida que não depende de um Ser e não está submetida a um Ato: consciência imediata absoluta, cuja atividade mesma não remete mais a um ser, embora não cesse de se situar em uma vida (DELEUZE, 2002, p. 12).

Dizemos “vislumbre” pois no coletivo de pesquisa, embora movida por variações intensivas, ressonâncias afetivas e sintonias de vizinhança; embora numa região limiar em que há maior permeabilidade à dimensão pré-individual e pré-refletida da experiência; ainda se tratava de uma dimensão concreta e corporificada da experiência, que, como vimos anteriormente, faz vacilar o eu. Mas, quando se trata de uma “consciência imediata absoluta, cuja atividade não remete mais a um ser”, não há mais experiência alguma. Daí a condição paradoxal do “aprendiz”, pois o que está proposto a aprender se orienta para além da consciência de um eu, para uma vida de imanência absoluta, que não depende de um objeto nem pertence a um sujeito.

No grupo de pesquisa, então, afectos eram subjetivados e virtualidades de uma vida, atualizadas, de modo que o coletivo se movia numa zona limiar de maior ou menor acesso ao plano comum, de sensibilidade às intensidades e de trânsitos semióticos. Assim, ao final do diálogo e das experimentações intensivas que acompanhamos e traduzimos ao longo da escrita deste capítulo, o grupo retomava um lugar mais circunscrito às formas reconhecidas, e, com a proximidade do Natal, o amor filial e a imagem da família - do pai, da mãe e da criança - substituíam aquela rede pirata de amor compartilhado que o havia movido no percurso.

5 POLÍTICO ÉTICO ESTÉTICO E ERÓTICO

O método é a realização da pesquisa e, nessa medida, é um campo de experiências com múltiplas facetas. A participação nesta experiência da pesquisa é uma participação político-ético-estético e erótica.

Uma face que se sobressai é a do método como ação política, que inscreve um campo de relação de força e de poder com o mundo, com o outro, tanto o outro da cultura e das molaridades instituídas, quanto estranhos objetos fora de sentido, fora dos limites que constroem e constituem a atualidade do sujeito. Essa dimensão política se dá na borda em que forças de constrição do finito e do instituído e forças desejantes de liberação - dessubjetivação - e de subjetivação estão em relação permanente. Essas relações de força e poder se apresentam com violência extrema impondo uma submissão a sofrimentos insuportáveis, causados pelos efeitos das substâncias neuroquímicas, pelos dispositivos dos serviços de saúde mental, pelas práticas psiquiátricas, pela família e pelo lugar de menosprezo social, em que muitas vezes o abuso moral e físico do usuário é a norma. Na experiência da pesquisa, o método abre espaço para que esse campo de relações seja deslocado dos fluxos rotineiros que ordenam a sujeição de forma contínua e, assim, outras forças possam circular, intensificar, agir e constituir problemas da ordem do poder em que a vida se encontra implicada.

Outra face que está sempre acoplada ao agir político é o método como experiência ética, que inscreve um campo de relação de força consigo, de modulação do ethos, das condutas e do comportamento. A experiência ética acontece numa conversão do olhar que modifica a condução de si. O uso de medicamentos psiquiátricos intervém nessa relação de si para consigo, isto é, seu uso é dirigido à obtenção de efeitos sobre comportamentos e condutas. Veremos como, se por um lado o psicofármaco é administrado pelos serviços psiquiátricos como instrumento anátomo-político, inscrito num campo de forças de poder, por outro lado o usuário

tem experiências com os medicamentos dirigidas a uma ação sobre si e seus modos de pensar e se conduzir na vida. Mas além da produção de efeitos sobre si, o próprio uso do psicofármaco e os modos de uso são objeto de problematização e estão sob permanente questionamento ético. As narrativas compartilhadas em torno destes questionamentos atravessam uma complexidade temática, na qual se destacam problemas relativos à autonomia, loucura, doença, vício e as próprias experiências com medicamentos psiquiátricos. Esse movimento produz formas de se conduzir o que inclui também o não uso da medicação. Essa recusa está sempre presente, como força de resistência política, muitas vezes irrefletida. Mas, para além desta dimensão política, o questionamento, que é simultaneamente coletivo e consigo, sobre a modulação da própria experiência subjetiva do uso e da recusa da medicação, vai abrindo espaço a experiências éticas em que o usuário pode produzir outros modos de pensar a si mesmo e agir sobre si e no mundo, entre eles o de não mais ser usuário de medicação psiquiátrica. Com isso, as relações de força com o outro também se modificam. Essa zona em que ética e política não se diferenciam, que parece ser um foco problemático em permanente atualização nas sociedades, se constitui num problema singular quando transitamos num território existencial marcado por extremo auto-centramento na própria experiência, com reduzida abertura para deslocamentos de perspectiva, em que há dificuldade da escuta e da percepção do outro no mundo do outro, condição que se desestabiliza no coletivo, na prática do método. Vimos como as práticas no grupo vão abrindo fissuras nessas impermeabilidades.

Uma terceira face da experiência da pesquisa dá visibilidade a uma dimensão estética em que as formas se produzem, em que expressão e forma estão acoplados e é possível a percepção e qualificação da expressão. O método, ou a experiência da pesquisa tem, portanto, uma relação com as formas produzidas. Assim como a ética e a política, experiência estética pode se intensificar ou arrefecer. Quando a experiência estética se intensifica, as sensibilidades se modificam produzindo trânsitos de experiência, de mundos e modos de ser. No âmbito desta

pesquisa, essa dimensão estética abrange sobremaneira as formas verbais das narrativas, mas para além da linguagem, as palavras também trazem imagens que nos afetam preponderantemente. Os gestos, o riso, o enfeitar a si com uma flor, o cantar, o berro, assim como artefatos produzidos no processo da pesquisa também podem ser vistos como elementos de experiência estética. Embora essa dimensão estética esteja sempre presente e produzindo afecções no coletivo, nesta pesquisa não tivemos oportunidade de experimentar metodologias mais sensíveis às variações das formas expressivas. O valor estético alimenta tanto a força política quanto a conduta ética.

Um exemplo: No CAPS Capela do Socorro, após um longo percurso de problematização do tema do Trabalho no grupo da GAM, e de esforços dos participantes para reunir condições necessárias à produção culinária, um dia as primeiras empanadas ficaram prontas para serem vendidas. A imagem do grupo de usuários vestidos com touca e avental, movimentando-se na cozinha numa coreografia do trabalho, o aroma vindo das panelas, o calor ambiente, tudo compunha a experiência estética. A imagem, sabor, consistência da empanada, naquele contexto, condensava uma alegria ímpar e reunia valores que transcendiam em muito o valor de troca do objeto produzido. Aquela experiência tinha muitos outros “sabores” que afetavam a sensibilidade daquelas pessoas. Depois de concluída a produção elas foram para o jardim relaxar ao sol e ali ficaram rindo de prazer, falando da própria experiência. Essa dimensão estética não cabe em palavras, é sensível, marca os corpos, e tem um enorme poder de produzir trânsitos nos modos existenciais, pois abre para novas produções de si.

Um outro campo que me parece estar relacionado tanto com a experiência estética, com a ética e a política é a dimensão erótica. A dimensão do amor ou a dimensão conectiva da empatia, é produtora da contração da grupalidade; é na dimensão erótica que a grupalidade se contrai, daí a enorme importância dessa dimensão na GAM, embora raramente a ela se dê atenção. Pode-se ver a grupalidade como resultante de relação de forças em que a dimensão

política pode estar contraindo também. Mas queremos aqui destacar a conexão, a propriedade relacional que faz contrair, que faz desejar estar com o outro, que ativa a sensibilidade na conexão. A dimensão erótica sustenta a comunicação na diferença e desloca o poder. O campo conectivo favorece a convivência das diferenças, não somente como aceitação, ou tolerância, mas acima de tudo por se deixar afetar pela diferença, pelo outro. Pode-se dizer inclusive que esse deslocamento do poder nas relações de dominação facilita a ampliação do campo de afecções de si consigo e com o outro, isto é, facilita o agenciamento da dimensão ética.

A ativação do componente erótico modula as outras dimensões, inclusive a faz contrair os elementos estéticos da experiência, como no exemplo acima, em que o grupo se reúne ao sol para rir e gozar dos efeitos do trabalho realizado juntos. O conectivo é uma experiência no corpo, no coração, na pulsação, na prontidão do corpo, uma experiência de tónus, uma disposição energética comumente chamada de “tesão” que nos conecta a uma diversidade de ações e de outros – pessoas ou coisas - no caso do método que estamos estudando, um “tesão” coletivo.

Por produzir um deslocamento do poder, a qualidade das relações que se criam na dimensão erótica favorece a despatologização. Uma mudança de registro é produzida, de modo que as posições usuais de saber e poder se enfraquecem e mudam de sentido: o psicólogo vestido de touca e avental, como os demais, cortando cebola na cozinha, gozando da mesma concentração e alegria no trabalho, embora siga sendo ele mesmo, já não é mais o mesmo: eros toma conta do grupo e o poder se dissolve.

6 A AUTONOMIA AUTOPOIESE E O PLANO COMUM

Autonomia é o ponto que gostaríamos de colocar em questão agora. Mais comumente ao debater autonomia, pensa-se sujeito dessa autonomia, um sujeito que se realiza na medida em que nomeia a si. Uma ideia de autonomia centrada num sujeito que se aut nomeia contra as determinações do outro, isto é, que alcança autonomia enquanto deixa de ser objeto do outro. Nessa visão, nomear a si é construir autoimagens que estabelecem termos de identidade que dizem do sujeito o que ele é, como se porta e se orienta. Nessa perspectiva, entende-se autonomia em oposição à heteronomia, à submissão a uma ordem da qual o sujeito é alheio, ficando alienado à ordem do outro. Enquanto contraponto à heteronomia, em que o diferente de si tem a prerrogativa da nomeação, o ser autônomo teria então a propriedade de autodeterminação. A dicotomia autonomia versus heteronomia é, assim, uma ideia fundada na dicotomia sujeito-objeto.

A dicotomia sujeito-objeto passa despercebida na medida em que está naturalizada na linguagem, na sintaxe em que o sujeito é aquele que age e em cuja concordância os verbos são conjugados: o sujeito de quem os predicados, que contém os objetos da ação, são propriedade. É a mesma matriz que separa indivíduo e coletivo, que toma os indivíduos e o coletivo como termos pré-existentes, sendo o coletivo um campo de relação entre os indivíduos, estruturas sociais em que se dão as interações entre unidades individuais ou grupamentos interindividuais. Quando vemos indivíduos como sujeitos, ou vemos a subjetividade como atributo individual, tratamos o coletivo como campo de relações intersubjetivas, isto é, como um lugar constituído pela interação entre sujeitos, unidades pré-existentes que agem, enunciam, respondem e possuem existência intrínseca individual. Nessa forma de pensar, a autonomia também fica condicionada à dicotomia sujeito e meio, indivíduo e coletivo.

Tomando o coletivo como campo de intersubjetividade, a autonomia pode ser vista como resultante produzida na dependência destas interações entre sujeito-objeto e sujeito-sujeito, como, por exemplo, do ponto de vista do conceito de normatividade de Canguilhem, em que a autonomia pode ser concebida em função das relações. O conceito de normatividade nos auxilia olhar para as relações e para uma qualidade normativa das ações em que o indivíduo, dentro das suas capacidades, se modifica e produz alterações, cria normas com maiores ou menores possibilidades de relações com outros seres e ambientes.

Este conceito é suficiente para as múltiplas condições em que pensamos o indivíduo como o centro normativo em relação à inconstância de um meio objetivo, no entanto, ainda está limitado por uma epistemologia realista, fundada na dicotomia indivíduo-meio.

Se desejamos considerar um âmbito em que os efeitos da grupalidade produzem mudanças de condições, possibilitando-nos pensar uma “capacidade normativa do coletivo” que não coincide com as características e capacidades individuais para produzir normas; ou se desejamos considerar condições em que, para além das relações interindividuais no grupo, outras “condições ambientais” se engendram, são formadas, são criadas pelos processos em que novas normas são produzidas, é preciso ampliar o conceito de normatividade. Isto é, considerar que, não somente o indivíduo amplia ou decresce suas possibilidades de modos de ser em relação a “variações ambientais objetivas” que se impõem, mas novas condições existenciais, ou “condições de mundo”, são criadas no processo de individuação, em que indivíduo e meio se constituem num mesmo e único processo de coengendramento. Por ora vamos aportar dois planos que nos auxiliam a problematizar normatividade e autonomia: o primeiro é o plano da cognição; o segundo é o plano do comum.

Aportar a cognição como um plano “normativo”, isto é, de invenção e criação de si e do mundo, implica uma mudança de perspectiva, a partir da qual conhecer é uma ação própria do

vivo. Uma perspectiva em que é a ação cognitiva que faz o ser; em que ser vivo é estar em permanente autopoiese.

O sistema vivo é, para Maturana e Varela, um sistema cognitivo e [...] a cognição é entendida como algo que está em constante movimento, em processo de autoprodução permanente. A fórmula proposta é: SER = FAZER = CONHECER. Quando o vivo se define como sistema autopoietico, seu operar confunde-se com o próprio processo de criação de si, ou, como na formulação de Varela: ‘o fazer é ontológico’ (KASTRUP, 2007, p. 146).

Dessa perspectiva, portanto, o conhecimento é uma ação criadora, inventiva, que cria permanentemente o sistema vivo, e, assim sendo, não é uma representação do mundo, nem um conhecimento objetivo de um mundo dado, mas uma ação criadora de “regras” que constituem o mundo próprio do ser autopoietico. Nessa perspectiva as “leis do mundo”, as regularidades, são produzidas na ação do conhecer, isto é, as regularidades não são limites invariantes e objetivos do mundo dado, mas são relativas ao conhecer, e, este, é uma ação criadora do mundo próprio do sistema vivo por meio dos “fazer ontológicos” que é viver.

Essa mudança de perspectiva ultrapassa a noção de autonomia limitada pelo realismo objetivo, fundado na dicotomia indivíduo-meio. A “normatividade” deixa de ser condicionada pela inconstância de um meio objetivo, regido por leis transcendentais dadas: a ação autopoietica do conhecer, ou, como denominado por Varela, a *enação*, é normativa, na medida em que cria e recria as regras do mundo próprio, e esse “conhecer” não é um epifenômeno secundário, mas é a própria ação de ser vivo.

Essa perspectiva é relevante quando estamos fazendo uma pesquisa, isto é, uma ação de produzir experimentações e visibilidades, em que a autonomia está no centro do problema pesquisado. Do ponto de vista metodológico, então, entende-se que os participantes da pesquisa, são os atores do ato de conhecer e que essa ação é normativa, produz condições de mundo e produz subjetividade. Os resultados de pesquisa, nesta perspectiva, são, portanto, invenções de si e de mundo.

O segundo aporte seria o do plano comum, que viemos tratando ao longo deste estudo, e que nos importa quando estamos pesquisando em grupos, constituindo coletivos que se colocam problemas, no caso, referentes ao uso de medicação psicotrópica e modos de subjetivação implicados nestes processos.

Aportar o comum, o coletivo, como um plano normativo, isto é, de produção de modos de existência, de possibilidades de relações e, portanto, de autonomia, escapa ao sentido que a limitava no interior do binômio autonomia-heteronomia, em que a autonomia recai sobre o indivíduo, ou sobre a potência do indivíduo de se autonear e ser sujeito. Na perspectiva do plano comum, concebe-se um plano pré-individual, pode-se dizer coletivo, porém não um coletivo de indivíduos pré-existentes, mas um plano coletivo a partir do qual as diferenciações são produzidas, individuem, originam características que tomam forma histórica condicionada e parcial. O que chamamos de indivíduo, nesta perspectiva, não é concebido como uma entidade mais ou menos estável, mas como fluxo permanente em individuação e variável, nunca sendo o mesmo, ou sendo sempre outro.

Dessa perspectiva, a subjetividade escapa do plano individual e pode ser concebida como própria desse plano comum, incapaz de ser reduzida aos limites do indivíduo e do âmbito pessoal, embora indivíduo e pessoa a expressem. Essa perspectiva condiz com a experiência de vida, não somente a biográfica, em que sucessivamente deixamos de ser e passamos a ser no tempo dos anos, mas também com a experiência diária das variações radicais de uma ontologia microscópica, em que parece impossível que atitudes e modos de existência díspares sejam “a mesma pessoa”. Isto é, em que a categoria pessoa perde uma identidade, e, assim, a unidade do indivíduo entra em decomposição, ou, ainda, diríamos que nessa perspectiva acessamos uma experiência ontológica da multiplicidade em nós mesmos, em que a dimensão dividida ganha evidência.

Como veremos no capítulo Biotecnologias Natureza e Crise do Humanismo, quando Viveiros de Castro propõe uma reversão do olhar pelo perspectivismo ameríndio, concebe-se uma subjetividade impessoal e comum a todos os seres, uma subjetividade imanente a todos os mundos, incluindo aí os mundos de cada um dos seres, e os múltiplos mundos humanos. Essa seria uma visão ameríndia desse plano comum.

Da perspectiva de um plano comum impessoal donde derivam linhas de individuação, abrem-se novos horizontes para pensar o sujeito e com isso o problema da autonomia. Guattari havia proposto pensar o sujeito num plano coletivo como “grupo-sujeito”. (GUATTARI, 1985). Mais tarde o autor vai expandir essa noção do coletivo para além do grupo e pensar a subjetividade como “processo”. “Falaria de ‘processos de subjetivação’ ou ‘processos de semiotização’, os quais não coincidem nem com um grupo nem com um indivíduo...” (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p. 318).

Essa diferenciação entre um coletivo como plano comum que transcende o grupo, e o coletivo grupal, é importante no caso da nossa experimentação com a GAM pois, se por um lado, estamos nos situando na perspectiva em que a autonomia é da ordem das relações que primariamente se engendram e derivam do plano comum impessoal, isto é, fora dos limites do instituído, por outro lado, estamos operando a pesquisa no âmbito grupal, em que os indivíduos se reúnem para constituir um dispositivo. A possibilidade de enunciação que transcenda os limites instituídos depende do processo, que Guattari qualifica como processo analítico.

[...] um dispositivo, que não é a mesma coisa que um grupo (um procedimento, um trabalho de agenciamento, de semiotização), pode pretender ter um alcance analítico e até ter vocação para tanto. Só que isso implica que haja uma verificação de sua existência enquanto processo, o que é exatamente o oposto de um estatuto ou de uma função (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p. 318).

Podemos dizer, então, que o dispositivo requer estar sob análise, pois, para que tenha alcance analítico, é preciso que exista “enquanto processo”. Fora disso, a GAM pode se tornar “*estatuto*”, por exemplo, o de um grupo de orientação em que se adquire informação sobre

psicofarmacologia, ou cumprir alguma “*função*”, como, por exemplo, a de auxiliar os profissionais de saúde na tarefa de fazer pacientes participarem dos tratamentos.

A partir dessa analítica do dispositivo, podemos pensar a grupalidade como processo. Sob variadas formas nesta pesquisa temos visto que a grupalidade procede um trânsito entre essas duas dimensões, a do plano comum impessoal e a do grupo. A grupalidade é dinâmica, ao “contrair” facilita a transitoriedade, os deslocamentos de posição, as mudanças de perspectiva e de pontos de vista, pela intensificação das conexões e da comunicação das diferenças, as barreiras de identidade enfraquecem e é possível ser afetado de formas novas. Ao se “descontrair”, faz com que o grupo se “desconecte” da intensidade dos trânsitos e retorne a uma configuração mais lenta e limitada, em que a atenção à palavra do outro é mais reduzida, quando, para o grupo, naquele momento, não é possível por em análise.

Os movimentos de contração, descontração, desterritorialização, reterritorialização, fluxos e cortes, movem a grupalidade como uma experiência desse espaço intermediário de transição entre o plano comum impessoal e o grupo. Esse critério de análise do dispositivo, isto é, a sua processualidade, que dá a ver as forças que constringem os movimentos, é uma demanda de manejo e supervisão. Para que o dispositivo suporte um fazer autopoietico, um conhecer inventivo de si e de mundo, uma enunciação fora do instituído, é preciso que se ponha o dispositivo em análise, que o facilitador ou um participante do grupo – algumas vezes ocorre que algum participante faça esse papel de dar visibilidade a um analisador - se encarregue de devolver ao grupo o que se passa com o dispositivo, o que está sendo expresso - as múltiplas vozes que querem ser ouvidas, múltiplos gestos e desejos que demandam comunicação - e as barreiras e forças constrictivas que emergem para abafar ou evitar a crise.

[...] o que Felix propõe, é que [...] o desencadear do processo analítico se dê por ampliações do grau de transversalidade. No caso dos grupos, isto seria possível quando estes fossem suporte para diversos modos de expressão. Aqui a noção de “analisador” se mostra fundamental, pois ressalta a irrupção na cena analítica de situações, falas, atos, que desmancham as unidades cristalizadas (BARROS, 2007, p. 259).

Pois bem, colocar o dispositivo em análise é uma necessidade quando estamos nos lançando em processos em que se possa multiplicar relações dependendo da abertura aos movimentos no plano coletivo que fraturam, desmancham modos habituais cristalizados e automatizados, e, com isso, ampliar espaços de autonomia. Dessa forma o dispositivo da GAM precisa estar sempre em questão, caso contrário se torna “estatuto”, uma fórmula, uma técnica aplicável, uma força “molar” pré-significada, que esteriliza os movimentos vivos autopoieticos do conhecer.

Guattari chama atenção para ver que essa abertura aos movimentos se dá na transversalidade. Aqui retomamos a discussão sobre três eixos em que se pode analisar um diagrama de forças que entram relação no plano coletivo das instituições: verticalidade, horizontalidade e transversalidade.

O método da cartografia tem como direção clínico-política o aumento do coeficiente de transversalidade, garantindo uma comunicação que não se esgota nos dois eixos hegemônicos de organização do socius: o eixo vertical que organiza a diferença hierarquicamente e o eixo horizontal que organiza os iguais de maneira corporativa. A natureza política do método cartográfico diz respeito ao modo como se intervém sobre a operação de organização da realidade a partir dos eixos vertical e horizontal. (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009, p.28)

A perspectiva transversal aos eixos vertical e horizontal desestabiliza o diagrama de forças – necessário à abertura aos movimentos de maior autonomia - pois libera uma multiplicidade de forças variáveis instituintes e minoritárias do aprisionamento na dualidade de uma organização dicotômica da realidade, no binarismo da lógica da exclusão – que despreza o que está fora do par de antagonistas - no corporativismo do ressentido-reativo que produz identidades pela negação do polo dominante, ou pela afirmação de generalidades identitárias do polo dominado. A perspectiva da transversalidade permite fraturar a homogeneização da subjetividade dada pela força da hierarquia ou pela força corporativa, e permite a liberação de identidades homogeneizadas.

E aqui, então, os dois planos que invocamos para pensar autonomia fora da dicotomia indivíduo-meio - o da cognição e o do comum – cooperam nessa perspectiva da transversalidade: os desarranjos “caosmóticos”, provocados pela conexão de devires minoritários, e novas formas de conhecer criativo do fazer ontológico autopoietico. Esse é, ao nosso ver, um guia para implementar dispositivos em que se proponha ampliar autonomia na relação com o uso de psicofármacos e serviços de saúde mental.

7 AUTONOMIA COMO CRITÉRIO DO CAMINHAR

Introduzimos aqui algumas questões preliminares que criam um problema posto pela GAM como dispositivo da pesquisa. A GAM nos convida a criar um espaço em que a autonomia está permanentemente em questão, e é nessa medida que autonomia se torna um critério para ponderar e avaliar o que é mobilizado nas práticas do grupo, as narrativas, procedimentos e invenções produzidos naquela rede. O desejo de autonomia não é um desejo dirigido a um objeto, mas é um desejo político que impulsiona a constituição de uma grupalidade, que faz as pessoas convergirem para o grupo, convidarem outros participantes e constituírem um território aberto a experiências de autonomia, ou em que se possa provocar abertura de espaços de autonomia na vida. Tomar a autonomia como referência, critério de avaliação, faz ver como uma fala, ação, procedimento, ou a matriz ou extrato donde estes derivam, favorece ou constrange a potência de vida, faz ver como nas relações de poder e saber uma prática obstrui a emergência de outras formas de ver e dizer, ou interpretar. Quando essa potência de vida se intensifica, ampliam-se as chances e possibilidades de individuação e co-engendramento de sujeitos e mundos. Assumimos que autonomia corresponde a essas possibilidades de ver, enunciar e engendrar mundos.

A constituição do dispositivo da pesquisa ou da formação de um grupo de gestão autônoma de medicação irá desde o início operar num mundo organizado, instituído e segmentado em dicotomias tais como profissional e paciente, terapeuta e terapeutizado, trabalhador e usuário, pesquisador e pesquisado. Esses termos são co-emergentes em modos nos quais cabe aos profissionais de saúde diagnosticar os doentes, administrar tratamentos, orientar condutas e intervir sobre seus corpos e hábitos. Tais séries dicotômicas de relação sujeito-objeto se produzem incessantemente nas relações de pesquisa, serviço, tratamento ou cuidado em saúde. Uma visão que segmenta, ou vê como separados, a autonomia de uns –

usuários pacientes - da de outros – pesquisadores e profissionais. Essa linha de segmentação molar tende a enrijecer o campo de forças ou o da experiência, pois sustenta as relações de poder instituídas. Quando essa visão vigora, usuários, trabalhadores e pesquisadores ficam condicionados a uma polaridade: os usuários ficam depositários da falta de autonomia, e os pesquisadores e profissionais de saúde ficam isentos do problema, isto é, atuam o problema sem ver, participam da limitação sem perceber, não se veem na rede de problematização do uso da medicação e das constrições ou limitações da autonomia.

Outro aspecto ou outra linha de segmentação e de enrijecimento que necessita ser abordada como problema metodológico diz respeito à vontade de verdade, o ideal da ciência de aproximar-se da verdade que se encontra adiante e necessita ser alcançada, desvendada, conhecida, e orienta o saber e o fazer como um ideal moral. Ao por essa vontade de verdade como um problema, Nietzsche traça uma genealogia dessa vontade de verdade da ciência como ideal ascético, poderíamos dizer, civilizatório, que busca livrar o homem da sua natureza:

[...] a ciência está longe de assentar firmemente sobre si mesma, ela antes requer, em todo sentido, um ideal de valor, um poder criador de valores, a cujo serviço ela possa acreditar em si mesma.”[...] Ambos, ciência e ideal ascético, acham-se no mesmo terreno - já o dei a entender -: na mesma superestimação da verdade (mais exatamente: na mesma crença na inestimabilidade, incriticabilidade da verdade)

Não se pode em absoluto esconder o que expressa realmente todo esse querer que do ideal ascético recebe sua orientação: esse ódio ao que é humano, ... o anseio de afastar-se do que seja aparência, mudança, morte, devir, desejo, anseio - tudo isto significa, ousemos compreendê-lo, uma vontade de nada, uma aversão à vida, uma revolta contra os mais fundamentais pressupostos da vida, mas é e continua sendo uma vontade! (NIETSCHE, 1998, p.149).

Essa genealogia desestabiliza o senso comum generalizado, “a apavorante catástrofe de uma educação para a verdade que dura dois milênios” (NIETZSCHE, 1998, p.147), em que o conhecer é equivalente ao acesso à verdade, e que o acesso à verdade é a condição para produzir mudanças e intervir na realidade. E esse senso comum é apavorante na medida em que é negação da vida, negação da vontade de potência de vida, e, portanto, um problema quando adentramos um território em que a autonomia está em questão. Esta visão orienta esta pesquisa

a uma outra direção, em que o conhecer não é relativo à verdade, mas à produção de mudanças e à intervenção, e onde o acesso à verdade não é condição para isso.

Ao se interessarem pela proposta de constituir um dispositivo voltado para desenvolver uma gestão autônoma da medicação, os pesquisadores, profissionais e trabalhadores podem estar sobremaneira mobilizados por julgamentos morais, pela crença e busca da verdade, pelo que cada um julga justo, certo, e por enunciados finalistas, como por exemplo o de que a intervenção por meio do dispositivo visa “conscientizar os usuários”, ou “proporcionar aos usuários” condições para que eles possam se constituir como sujeitos mais autônomos ou que venham a desenvolver formas mais autônomas de gestão da medicação e de seus tratamentos. Mesmo que de forma implícita, os regimes de saber codificam, por exemplo, qual conhecimento necessita ser “conscientizado”, o que deve ser proporcionado e desenvolvido, e o que seriam formas mais autônomas de gestão e participação dos usuários. Quanto mais bem-intencionada, mais a ação ou a intervenção da consciência moral se faz condutora. O que se instiga aqui, não é produzir mais um julgamento sobre tais intenções ou objetivos, não é julgar o valor dos objetivos e assertivos. Ao persistir no julgamento seguimos alheios ao um ponto cego que a pesquisa precisa dar a ver: o de que as vontades morais de verdade, ao deter o fundamento que explica a direção a ser seguida, ao proferir o fim desde o início, sufocam os indícios de autonomia no plano coletivo.

A combinação destes vetores de forças que sustentam o binarismo sujeito-objeto e a vontade moral, gera incessantemente sobrecodificações que fixam a priori os modos de ver e dizer, modos de objetivação-subjetivação, e homogeneizam códigos de existência. Há uma interseção entre a operação de sobrecodificação e uma generalidade que neutraliza os movimentos desviantes, singulares, concretos e invisíveis, expressões da potência de vida que desejamos por em evidência ao adotar a autonomia como critério.

O rosto que se reflete sobre outros, sobrecodificando-os, delimita um campo de “neutralização” das expressões e conexões do que se rebela. Esta operação

de sobrecodificação traduz um movimento de reterritorialização que implica uma generalidade, um espelhamento incessante que seleciona rostos concretos sobre os quais se imporá. A sobrecodificação esquadrinha e enquadra, estabelecendo padrões de normalidade, desvios-padrão, valores distribuídos segundo critérios definidos por uma “central” que, ao contrário do que se poderia pensar, não atua apenas, nem principalmente, de forma descendente (BARROS, 2007, p.212).

Como alerta Regina Benevides, a sobrecodificação não pode ser reduzida a uma operação descendente do tipo opressor-oprimido, dominante-dominado. Ver desse modo seria sobrecodificar novamente o olhar a um modelo dicotômico habitual. O “dominado” pode expressar o “ressentido” ou o “reativo”, e, a partir dessa perspectiva negativa, também produzir generalidades, sobrecodificar e compor diagramas em que a potência de vida decresce.

Ao afirmar que não há neutralidade ou parcialidade nas práticas de trabalho em saúde, como nas de pesquisa e produção de conhecimento, para além das sobrecodificações morais, isto é, dos ideais de verdade, que atravessam inclusive este texto, a abordagem cartográfica procura nos colocar numa rede de conexões, em um plano comum em que subjetividades e mundos são coemergentes, são meio ou intermeio, e no qual qualquer ponto da rede está implicado. Um plano virtual, pré-individual e a-consciente, ou inconsciente, como designa Passos e Barros (2009):

[...]implicação diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade (PASSOS e BARROS, 2009, p.19)

A construção do dispositivo da pesquisa pede, portanto, que sejam postas em evidência e em análise estas implicações, sobrecodificações, e dicotomias sujeito-objeto, caso contrário o dispositivo GAM, ao invés de invocar a abertura para novos agenciamentos de enunciação, e ações movidas pelas forças do desejo político de autonomia, se reverte em instrumento de controle.

8 INTERVENÇÃO E INTERFERÊNCIAS

Ao montar o desenho metodológico desta pesquisa, adotamos a ideia da cartografia. Para tanto nos inspiramos na obra *Pistas do Método da Cartografia*, vol. 1: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), como nas experimentações expressas nos livros “Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental” (ABRAHÃO et al, 2013) e “POLÍTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE - Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes, volumes 1 (MERHY et al, 2016) e 2 (FEUERWEWERKER; BERTUSSI; MERHY, 2016).

As referências teórico-conceituais problematizadas nestas obras orientam a constituição de um campo ético-político para realizar uma pesquisa que busca navegar no plano da experiência tendo a cartografia como caminho para a produção de encontros que se realiza como intervenção “por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009 p. 17) ou como experimentação explícita (ABRAHÃO et al, 2013, p. 25).

Discutimos anteriormente, ao pôr em questão a relação entre autonomia autopoiese e o plano comum, o caráter produtivo do conhecer como ação que coengendra sujeito-mundo num processo comum de subjetivação-objetivação. Essa noção sustenta o caráter interventivo do conhecimento como produção: sujeito e objeto se produzem na ação de conhecer, os dados não são dados, mas produtos. Esse caráter produtivo também dialoga tanto com o conceito de “normatividade” em Canguilhem, em que a produção de normas é própria do ato do viver, quanto com a noção de “enação” proposta por Varela, em que o conhecer é um fazer ontológico que constitui ser vivo e mundo próprio.

Afirmar o plano comum, plano de consistência (DELEUZE; GUATTARI, 2012a), faz deslocar o senso habitual de produção como ação de um sujeito em relação a um meio. Afirmar a inseparabilidade sujeito-meio no plano de consistência perturba o senso habitual de um sujeito que intervém sobre a realidade – como entidades separadas - e propõe que sujeito e realidade, quando diferenciados, já são efeito de um processo de individuação, tema que iremos tratar no capítulo Biopolítica psicofármacos e subjetividade. Quando nos atemos ao plano comum, a centralidade do sujeito se dissolve e a ação se expande, pode ser vista como ação-rede, no bojo de um acontecimento. A teoria do ator-rede em Latour caminha nesse sentido. (LATOUR, 2012). As experimentações de Fernand Deligny em “O aracniano” também: “Que a rede seja um agir é algo que dificilmente se admite. E, no entanto, ou ela é um agir ou não é rede” (DELIGNY, 2015, p.87)

O sentido de produção da perspectiva do acontecimento, que se dá no plano comum, também desloca um senso habitual que orienta a produção para uma finalidade. Esta preconiza uma determinação teleológica do sentido do processo que explica o produto, em que, neste senso, trata-se de uma produção historicamente determinada e caracterizada. Mas, quando damos ênfase ao plano do acontecimento, ao plano comum em que as diferenciações estão em processo, em fluxo de individuação, nos atemos àquilo que Deleuze, citando Nietzsche, chama de “o Intempestivo”.

O que a história capta do acontecimento é sua efetuação em estado de coisa, mas o acontecimento em seu devir escapa à história. A história não é a experimentação, ela é apenas o conjunto das condições quase negativas que possibilitam a experimentação de algo que escapa à história. [...] há duas maneiras de considerar o acontecimento, uma consiste em passar ao longo do acontecimento, recolher dele sua efetuação na história, mas a outra consiste em remontar o acontecimento, em instalar-se nele como num devir, em nele rejuvenescer e envelhecer a um só tempo, em passar por todos os seus componentes e singularidades. O devir não é história; a história designa somente o conjunto das condições, por mais recentes que sejam, das quais desvia-se a fim de devir, isto é, para criar algo novo. É exatamente o que Nietzsche chama de o Intempestivo (DELEUZE, 1992, p. 210).

Voltando às pistas do modo de produção da pesquisa, então, ao dar ênfase à dimensão do intempestivo, cresce a atenção a um outro regime, o de afetabilidade, que transborda a inexorabilidade cronológica da causa e efeito, da predeterminação, e faz “rejuvenescer e envelhecer a um só tempo”. Nesta perspectiva, nos coletivos de pesquisa pode se instaurar uma rede de afecção e trânsitos, que se altera com as variações afetivas e graus de intensidade. O plano da experiência, então, pode ser visto como plano de mudanças afetivas moleculares, numa rede de múltiplas conexões, composições e decomposições acidentais, indeterminadas e desviantes. Esse regime de afetabilidade, de variações intensivas em rede por vizinhança e contágio, tem um caráter vibracional. Assim como os fenômenos ondulatórios – o som e as frequências eletromagnéticas que incluem a luz e o calor – o regime de afetabilidade consiste de variações de intensidade, velocidade de propagação e frequência.

Nesta acepção ondulatória-vibracional, Henz et al (2017) e Inforsato (2011) têm proposto a noção de interferência. Essa noção entra no campo de forças da produção de conhecimento dando visibilidade a forças de constrição das experimentações, do intempestivo e do movimento dos devires por formas instituídas na academia e nos serviços por força da finalidade, do projeto ou programa, pela intencionalidade e ideais de verdade, valores meritocráticos de êxito, produtividade e empreendedorismo.

[...] interferências podem lidar com delicadezas, sutilezas que tentam não se sobrepor às situações, abrindo-se a direções não pré-estabelecidas.[...]Isso envolve ligações complexas, experimentações sem garantias, não necessariamente projetos com suas intencionalidades. Pede talvez uma leveza e inteligência de outra ordem, que não compõem com o arrivismo e a meritocracia – podendo implicar uma gratuidade que não se inscreve na lógica da comunicação ou da finalidade; um jogo esvaziado precisamente da finalidade, uma espécie de “para nada” que não lhe retira, mas justamente imprime intensidade (HENZ et al, 2017, p. 100).

Esta perspectiva que vê no projeto e no querer um perigo à delicadeza da tênue rede dos devires é reiterada por Fernand Deligny na experiência de convivência com crianças autistas em que, sem a fala, vai traçando territórios existenciais no agir.

Se o projeto é claro, nítido e preciso, em outras palavras, se o fazer predomina, trata-se de um esforço premeditado, e é bem possível que o aracniano então desapareça – quebrado, esburacado, despedaçado.

A rede não é um fazer; é desprovida de todo *para*; todo excesso de *para* reduz a rede a farrapos no exato momento em que a sobrecarga do projeto é nela depositada (DELIGNY, 2015, p. 25)

Nesta direção Passos e Barros (2009) reverterem o sentido da palavra método - *metá-hódos*, caminho para realizar metas, raciocínio, verdades - e propõem um *hódos-metá*, em que o primado da pesquisa é o caminhar e a própria experiência. Não dirigido para a meta, esse caminhar se orienta pela dimensão transversal e reticular da experiência, escapa aos estados e formas instituídas e navega pelos espaços intermediários, por entre as relações que conectam devires minoritários. Sublinha-se, então, que a intervenção acontece no plano comum da experiência e de consistência, isto é, na rede a qual se refere Deligny, para além do plano de organização das coisas. Neste sentido a cartografia é mais um agir do que um fazer.

A distinção que Deligny faz ao afirmar que a rede é o agir e não o fazer, é a que distingue duas dimensões temporais da existência: *Cronos*, a temporalidade cronológica das medidas, que determina sujeito, formas e substâncias no presente das extensividades e do fazer; e *Aion*, a temporalidade indefinida do acontecimento, das mudanças, hecceidades, intensividades flutuantes e do devir (DELEUZE; GUATTARI, 2012a).

Ao realizarmos uma pesquisa operamos na mistura dessas temporalidades, movidos pela intencionalidade, mas também pela afetabilidade, ora obrando um fazer, ora arrastados pelo acontecimento, perturbados e sem fala, ora com a razão no comando a esquadrihar o plano das coisas, ora confusos, equivocados e fora de si, e, assim, podemos flagrar nos atos do pesquisar a diferença do agir e do fazer. Muitas pesquisas estão acontecendo enquanto realizamos uma pesquisa. Intervenção e interferência ocupam um campo de forças que importa problematizar. Até que ponto a rede suporta o peso do fazer e do querer conhecer? O aracniano nos indaga. As tensões entre intervenção e interferência ampliam a atenção sobre a experiência do caminhar, e se somam às forças que podem dobrar automatismos e forças de assujeitamento nos

caminhantes. A intervenção pode favorecer interferências como também pode limitá-las. A experiência de convivência de Deligny com as crianças autistas num plano a-consciente, pré-lógico não linguístico, só teve chance de acontecer pela intervenção no plano de organização que viabilizou a experiência. Esbarramos aqui numa terceira dimensão temporal: *Kairós*, o tempo da ocasião que abre passagens de um plano a outro, entre o virtual e o atual, como oportunidade de realização do querer, mas que também pode dobra-lo, recolher sua força intencional e deixar o território aberto aos trânsitos intensivos da rede.

Recolher a força do querer, dobrar ideais de verdade e desapegar de esquemas instituídos, requerem uma guerrilha contra si. Na experiência com as crianças, Deligny coloca permanentemente em análise o “homem que somos”. Esse é um dos sentidos de implicação da pesquisa: sofrer a experiência. Nesta direção, Merhy propõe a pesquisa como experiência intercessora, “a pesquisa como intercessor em nós” (ABRAHÃO et al, 2013). Essa noção é valiosa para desestabilizar o lugar do caminhante – seja ele acadêmico, trabalhador ou usuário - pois auxilia a abertura para mudanças. A pesquisa cartográfica não tem neutralidade alguma: afeta e desmonta preconceitos, pressupostos e posições, principalmente aos acadêmicos, àqueles que mais facilmente, nos limites instituídos, se imunizam do sofrimento da experiência pondo-se fora dela como cientistas, observadores e analistas.

Os intercessores se constituem como interferências, artifícios que incitam a diferenciação de elementos, saberes e acontecimentos, que deslocam e desacomodam outros planos nas relações de saber-poder, desterritorializando-os, criando novos territórios e modos de existência. Ativam potências do ainda impensável, do clínico com o não clínico, da saúde com a não saúde e novos conceitos e problemas são produzidos nestes agenciamentos. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber (ABRAHÃO et al., 2013, p. 28)

Nas experimentações realizadas nos campos, grupos e coletivos que se constituíram nesta pesquisa, a intervenção oportunizou uma miríade de experiências intercessoras que desnortearam e reorientaram seus participantes pelos caminhos traçados. Embora muitas vezes iniciadas por um *para*, uma finalidade, as experimentações logo tiveram oportunidade de entrar

em deriva e errar traçando caminhos inusitados. A mola mestra desta pesquisa foi a proposta de constituir coletivos baseados na GAM, cuja formulação original – pesquisas, publicações e os Guias do Usuário e do Moderador - foi produzida com usuários de centros de atenção especializada em saúde mental. Neste estudo fizemos experimentações em serviços de Atenção Básica e CAPS Álcool e Drogas, sem saber o que aconteceria nestes encontros impensados anteriormente.

Nas Unidades Básicas de Saúde, a proposta atraiu de tal maneira os trabalhadores, principalmente os com ensino médio, que, dos encontros semanais realizados em cada unidade para pensar a construção da GAM naqueles territórios, participavam cerca de dezoito pessoas - 25 a 30% da equipe - quando, pela proposta original, não seria necessário mais que três ou quatro pessoas para sustentar a moderação de cada grupo com usuários. Para que tantos participantes? Para nada, apenas que aquele espaço estava sendo usado pelos trabalhadores como intercessor no seu caminhar para além do objetivo de fazer a GAM na unidade de saúde.

Cada UBS realizou um caminho próprio: numa UBS os trabalhadores criaram outro nome para o grupo - Autonomia na Vida - que era moderado por Agentes Comunitárias e técnicas com ensino médio. Esse grupo passou a dar destaque na sua agenda a temas de convivência e atividades sociais no território. Na outra UBS o grupo manteve o nome GAM e, embora com forte presença de Agentes Comunitárias e técnicas de nível médio, tinha como moderadores principais um médico e um farmacêutico. Nesse grupo, embora também tivesse se ampliado formas de convivência, os temas em torno dos problemas de saúde mental e do uso de remédios eram predominantes. Para surpresa dos profissionais, alguns usuários passaram espontaneamente a reduzir as doses e parar de usar psicofármacos, o que não estava previsto de modo algum nem nas publicações das pesquisas que adaptaram a GAM no Brasil, nem nos Guias do Usuário e do Moderador.

No grupo desta pesquisa no CAPS adulto, ambiente semelhante àquele da proposta original da GAM, o grupo foi traçando um caminho em que os problemas relativos ao estigma, a segregação e a exclusão do mundo do trabalho ganharam uma relevância tal, que deram origem a outras atividades no CAPS e no território voltadas para o trabalho cooperativo, economia solidária e geração de renda.

As diferentes direções expostas acima ainda se situam numa perspectiva produtiva que, de certa forma, que valida as experiências pelo êxito das intervenções, pelo fim. Mas essas direções foram tomadas em caminhos tais que no plano dos devires, no plano de consistência comum de hiperconectividade e heterogeneidade, a potência das experimentações estavam ativadas, sem o que tais individuações no plano das coisas e dos sujeitos não teriam como acontecer. Intervenção e interferências não se equivalem, nem se substituem, elas tensionam o campo de pesquisa, mas não se excluem, e a atenção para as sutilezas das suas diferenças nos auxilia no agir e no fazer que se combinam na experimentação da cartografia.

Não se trata de chegar a uma conclusão, mas, ao contrário amplificar o problema, compreendendo que estamos num oceano sujeito a intempéries de toda ordem e que não se trata de purificar procedimentos de navegação, mas de conviver na mistura dos tempos e dos planos, entrar nas ondas com fôlego para afundar, retornar à superfície e dançar no fluxo da experiência trágica do conhecer.

9 BIOPOLÍTICA PSICOFÁRMACOS E SUBJETIVIDADE

O biopoder tem um lugar cada vez mais central na própria constituição do humano e seus mundos na vida contemporânea. Pelbart (2009), ao colocar esse conceito em discussão a partir de Foucault – “O nascimento da medicina social” (1974), “Direito de morte e poder sobre a vida” (1976), “Em defesa da sociedade” (1976), “Vigiar e punir” (1975) – define o biopoder enquanto uma ampla estratégia de poder que tem por marco diferencial o “fazer viver e deixar morrer”, o poder que se ocupa da vida, diferentemente da soberania cujo poder recai sobre o fazer morrer, deixando a vida fora do seu campo de ação. No campo do biopoder, a biopolítica constitui formas pelas quais o Estado se ocupa da gestão e socialização dos corpos, diferentemente da forma disciplinar focada sobre os corpos individuais.

Certamente o vivo na contemporaneidade torna-se um campo avançado de exploração científica e econômica para a produção de mais vida, isto é, a produção de artefatos biotecnológicos, acessórios físico-químicos e procedimentos de interferência, mudança e fabricação de processos vitais. Neste vasto campo de exploração da vida, o domínio tecnocientífico do cérebro, onde se inscreve a psicofarmacologia, apresenta-se como um foco privilegiado de interesses.

Por que olhar para o biopoder e a biopolítica quando se trata do uso de psicofármacos? O fato do psicofármaco ser uma invenção relativamente recente, a partir da segunda metade do século XX, comparada com a invenção da biopolítica em meados do século XVIII, o coloca já num momento tardio de um processo que irá constituir, senão o principal, certamente um dos mais importantes dispositivos da modernidade e da contemporaneidade: o dispositivo médico e a medicalização. A biopolítica poderia ser vista como o principal campo de produção moderna de subjetividades e de mundos, na medida em que produz mecanismos de poder, regimes de saber, práticas e formas de vida. Aliás, ao que parece, ao longo dos séculos, as formas

qualitativas que a biopolítica vai adquirindo na condução das vidas humanas ocupam gradativamente cada vez mais o próprio sentido do viver. Acrescente-se aqui, como teremos chance de problematizar adiante, que no conjunto dos artefatos biotecnológicos da contemporaneidade, o psicofármaco é aquele que associa duas categorias polares: o biológico e o psíquico, isto é, acredita-se que, por meio da administração de um artefato tecnológico, intervém-se no processamento de neurotransmissores nas sinapses neuronais para obter efeitos mentais ou alterações de comportamento, percepção, estados de consciência, humores, etc.

Para analisar o âmbito biopolítico em que emerge o uso de psicofármacos iremos nos ater mais detalhadamente a esse biopoder que emerge na segunda metade do século XX, mas vale atentar para os modos de poder sobre a vida - ou em que poder e vida estão co-implicados - que foram emergindo em períodos anteriores, na medida em que se atualizam e são coextensivos na contemporaneidade. Os modos de exercício de poder sobre a vida produzidos na Europa desde os primórdios da modernidade clássica e mercantilista até os dias atuais não se sucedem um ao outro, mas se complementam e se compõem. Assim, soberania, disciplina, biopolítica e, particularmente, o biopoder contemporâneo, designam diferentes mecanismos e tecnologias de poder que se qualificam e se atualizam no bojo de demandas e condições históricas específicas.

O soberano, depositário e executor da lei, é a quem os súditos sujeitam sua vida, a quem cedem o poder de decidir sobre ela. O poder do soberano é a potência de vida dos súditos a ele submetida. Segundo Foucault (1999b) daí deriva a função da soberania de fazer morrer ou deixar viver.

Diz-se disciplina aquele conjunto de mecanismos de poder que deriva da anátomo-política e se voltam para a intervenção disciplinar, a contenção física e o confinamento dos corpos. A força dos mecanismos disciplinares cresce quando o poder do soberano se mostra incapaz de dar conta das novas demandas de dominação de um povo que cresce agora como

um povo moderno, na medida em que a sociedade europeia se torna cada vez mais aberta, a economia capitalista se expande e derruba os muros dos modos de vida de sujeição ao soberano. São os corpos que devem ser disciplinados, presos e controlados.

Segundo Foucault (1998), a biopolítica se expressa primeiramente como medicina de Estado, como medicina social e se funda sobre saberes científicos, entre os quais, devemos ressaltar, a invenção da biologia. Antes do século XVIII o que havia eram seres vivos seriados e classificados pela taxonomia da História Natural: não havia o conceito científico de vida biológica, essa racionalidade do que é vivo, comum a todos os seres vivos e autônomo em relação a eles, universal e válido em qualquer tempo e qualquer lugar. É interessante notar como atualmente se especula sobre a vida biológica em outros planetas e sistemas tendo como paradigma essa racionalidade metafísica. Essa vida biológica então, criada a partir desta nova disciplina, no campo de forças político, irá cada vez mais se constituir como um saber fundante da biopolítica. No entanto o principal campo de saberes em que se sustentam as estratégias biopolíticas no século XVIII é o da população. O conceito de população é uma criação biopolítica. Antes havia povo, mas a partir do momento em que o Estado se arvora interventor sobre a vida, ele também cria uma nova categoria: a população, constituída pelos conhecimentos estatísticos, demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, territoriais, além da normatização dos saberes médicos aplicáveis a esta população e território. A biopolítica se volta para a intervenção sobre a população e produz normas vitais com a finalidade de preservar e, sempre que possível, aumentar a vida da população, sendo que a força política do Estado disso depende. As estratégias biopolíticas, portanto, são normativas, regulatórias, e instituídas em políticas públicas, que, segundo Foucault, a partir do século XVIII constituem uma nova incumbência do Estado: a de fazer viver ou deixar morrer (FOUCAULT, 1999b).

Como dizíamos anteriormente, mecanismos de poder derivados de diferentes ordens se apresentam em complementariedade no contemporâneo. Isso é particularmente importante

quando tratamos do campo da psiquiatria e do que convencionou-se chamar “saúde mental”. Neste campo os mecanismos que caracterizam a soberania, a disciplina e a normatização são co-extensivos, algumas vezes em choque e outras vezes paralelamente. O evento mais gritante do exercício recente das formas de poder soberano no campo da saúde mental é a violência policial que os governos do estado e da cidade de São Paulo dispensaram aos integrantes da comunidade da “cracolândia”¹⁰. Esse tipo de exercício do poder de exceção, de aniquilamento da legitimidade da vida de alguém, ganhou repercussão na televisão e órgãos de imprensa constituindo um marketing político do governador e do prefeito de São Paulo. Embora essas ações violentas tenham ativado movimentos minoritários em defesa dos integrantes da cracolândia, há um contexto majoritário em que é reconhecido a estes governantes o poder de dispor sobre a vida das pessoas em nome da lei. Para que esse poder de dispor sobre a vida do outro possa se estabelecer como poder de exceção, dentro de um contexto biopolítico mais geral em que a defesa da vida da população é função do Estado, esse grupo populacional “matável” deve se constituir numa ameaça através do racismo, um racismo de Estado:

[...] o racismo é ligado ao funcionamento de um Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano. A justaposição, ou melhor, o funcionamento, através do biopoder, do velho poder soberano do direito de morte implica o funcionamento, a introdução e a ativação do racismo. (FOUCAULT, 1999b, p.309).

Ao mesmo tempo, neste campo do que se convencionou chamar “saúde mental”, assistimos hoje a tentativas governamentais de impulsionar uma ordem disciplinar, orientada para a internação compulsória, ampliação da capacidade dos hospitais psiquiátricos e financiamento de dispositivos clínico-assistenciais de confinamento. Essas manifestações de poder disciplinar coexistem com o modelo de Atenção Psicossocial, substitutivo ao sistema asilar, impulsionado pela Reforma Psiquiátrica a partir do final do século XX e regulamentado

¹⁰ Denominação popular para uma área no centro da cidade de São Paulo onde historicamente se concentrou uma população de usuários de crack, álcool e outras drogas, predominantemente moradores de rua, constituindo uma comunidade alvo de ataques policiais, programas sociais e de saúde pública.

no início do XXI, que inaugurou no Brasil uma biopolítica normalizadora, fundada sobre conhecimento multidisciplinar, voltada para o “fazer viver” e a ampliação da normatividade dos seus usuários.

Neste ponto se faz necessário levantarmos algumas questões a respeito do poder e do governo numa perspectiva em que os processos de subjetivação participam da sua produção. Isso interessa sobretudo para nos permitir escapar dos esquemas binários que via de regra condicionam nosso olhar para as questões do poder, através dos quais interpretamos a dominação a partir de um centro, de um polo, como exercício de sujeitos que detém o poder, uma classe dominante, sobre os que estão no polo oposto. Na aula de 21 de janeiro de 1976 no Collège de France, Foucault (1999b) busca deslocar o olhar focado na soberania como fonte dos poderes. Desloca o sujeito ou sujeitos que dominam, como elemento preliminar determinante das relações de poder, e, inversamente, busca ver como as próprias relações determinam os elementos e os sujeitos: “A fabricação dos sujeitos, muito mais do que a gênese do soberano: aí está o tema geral” (FOUCAULT, 1999b, p.52). Abre o olhar para uma multiplicidade de relações de dominação distintas, específicas e reversíveis, em que se produzem operadores de dominação, em que os sujeitos são fabricados como elemento sujeitado numa multiplicidade de sujeições. Dessa forma essa noção de poder escapa da direção de cima para baixo, se expande em diversas direções e permite ver mecanismos em que sujeitos sujeitados se produzem nas relações. Para além de propriamente os grandes aparelhos de poder, Foucault refere dispositivos, mecanismos, instrumentos, técnicas, estratégias e táticas em circulação compondo processos que constituem formas de sujeição e subjetividades. Essa referência é um importante guia para olharmos o uso de psicofármacos no âmbito de uma intrincada rede de poderes que emerge no cotidiano de usuários do sistema público da saúde e constitui o biopoder na contemporaneidade.

Vale pontuar aqui que essa visão do poder se distancia da concepção dialética do homem, tanto de sua face idealista quanto do materialismo histórico, na medida em que não se orienta pela contradição e pela negação como motores do processo histórico e do pensamento. O conflito e o negativo não são concebidos como princípio que rege a existência, a dialética da natureza ou a do espírito, mas, ao contrário, o negativo é aqui resultante da existência, uma das consequências das conexões de forças que constituem o poder. Indo adiante nessa crítica da dialética, Deleuze (1976) oferece um marco conceitual que concebe essas forças e o poder a partir da potência afirmativa da diferença.

O negativo não está presente na essência como aquilo de que a força tira sua atividade, pelo contrário, ele resulta dessa atividade, da existência de uma força ativa e da afirmação de sua diferença. O negativo é um produto da própria existência: a agressividade necessariamente ligada a uma existência ativa, a agressividade de uma afirmação (DELEUZE, 1976, p.7).

Nesse pensamento, toda força está numa conexão com outras forças, é plural e coletiva. Poder é essa conexão, essa rede ou campo de forças, em que as forças são afetadas e modificadas, estabelecendo dominação e desigualdade. Este campo é heterogêneo, são as diferenças de perspectiva e de intensidade que produzem os movimentos e as mudanças. Se desfaz aquele todo que, na dialética, encerra em si todas as contradições, aquele todo preliminar, permanente e idêntico, que se conserva pois é a matriz, a matéria ou a mãe de todos os processos: a natureza, uma metafísica.

Mas convém olhar para o caso em que não se vê nas relações de força senão negação, em que a força tem somente a dominação como finalidade, condicionada dentro da oposição entre os polos. Aqui não se produz diferença de ponto de vista e a força dominada limita-se a obedecer ou ser afetada, ou seja, fica circunscrita a afirmar o ponto de vista único dominante, em que a relação de submissão é a que se representa e se conserva. Impotente para criar, a força dominada manifesta apenas a fraqueza derivada de uma vontade reduzida ao querer-dominar de forma reativa (ZOURABICHVILI, 2016). A forma reativa resulta do aprisionamento das

forças no campo binário da competição e da disputa. As forças contidas nessa luta não agem, mas apenas reagem movidas pelo ressentimento. Ao problematizar a vontade de potência em Nietzsche e a Filosofia, Deleuze (1976) discute que quando se reduz relações de poder a forças em competição, o poder perde potência, e se reduz à representação e ao reconhecimento por uns da superioridade do outro pela atribuição de valores estabelecidos. O termo classe dominante é uma representação cujo reconhecimento de superioridade se dá pela atribuição de valores da sociedade de classes. “Tal concepção é a do escravo, ela é a imagem que o homem do ressentimento faz do poder” (DELEUZE, 1976, p.8). A célebre dialética da relação senhor-escravo, à qual se referem Nietzsche e Deleuze é emblemática. Será que essa mesma redução do poder à representação efetuada pelo dominado, não se opera na dialética de todas as formas de ressentimento em relação aos dominantes?

É próprio dos valores estabelecidos serem colocados em jogo numa luta, mas é próprio da luta conectar-se sempre a valores estabelecidos: luta pela potência, luta pelo reconhecimento, luta pela vida, o esquema é sempre o mesmo. Ora, nunca é demais insistir no seguinte ponto: quão estranhas são a Nietzsche e à sua concepção da vontade de potência as noções de luta, de guerra, de rivalidade ou mesmo de comparação. Não que ele negue a existência da luta; mas de modo algum esta lhe parece criadora de valores (DELEUZE apud ZOURABICHVILI, 2016, p.69).

A visão negativa e dual do poder precisa ser constantemente posta em análise, dado que ela tende a ser naturalizada pois coincide com nossa visão dual que opõe homem e natureza, oposição também interpretada em termos dialéticos da relação de poder do homem sobre a natureza que o faz dela se distanciar, tema de que nos ocuparemos na próxima seção. Antes, porém, nos atemos a outra noção relevante, também criada por Foucault (2004b), para pensar o governo da vida a partir de regimes de verdade, tecnologias de poder e tecnologias de si: a noção de governamentalidade.

Eu tentei construir uma história da organização do conhecimento relativo tanto à dominação quanto a si mesmo. Por exemplo, eu estudei a loucura não em termos do critério das ciências formais, mas para demonstrar como um tipo de gerenciamento dos indivíduos, dentro e fora de asilos, tornou-se possível por esse estranho discurso. Esse contato entre as tecnologias de

dominação sobre os outros e as tecnologias de si, eu chamo de governamentalidade (FOUCAULT, 2004b, p.324)

A construção do problema de como o uso de psicofármacos entra no viver dos usuários, constituindo subjetivações, deve ter em vista múltiplas relações de poder em composição com tecnologias de si. Nos ocupamos nesta pesquisa especificamente a um conjunto de narrativas, estratégias, esquemas e hábitos que conformam um campo em que o uso de psicofármacos para além de um procedimento de intervenção anátomo-político de contenção, envolve práticas discursivas que colocam o sujeito diante de si, de memórias, de formas de autoexame, avaliações de processos, de aspirações de mudanças, onde o uso do medicamento está presente, seja pelas consequências do uso seja pelo não uso, processos cujos efeitos, entre outros, incidem sobre a obediência às condutas psiquiátricas.

As tecnologias de si reúnem saberes e formas de ocupar-se de si que produzem forças de si para consigo, cuja genealogia Foucault (2006b) encontra nas técnicas do cuidado de si praticadas na antiguidade clássica e na constituição do poder pastoral criado pelo cristianismo. O núcleo dessas práticas de si é a ideia de que essa relação de si para consigo, na presença de um mestre o sacerdote, abre acesso à verdade. Segundo Foucault “a subjetivação da verdade é o objetivo dessas técnicas” (2004b, p.343). Na vertente clássica o acesso à verdade é condição para o governo de si e da polis, mas para além dessa função política o objetivo do cuidado de si é a realização plena da vida, o que requer do praticante o domínio de si. Na vertente cristã o acesso à verdade é uma revelação de si, de cuja identidade pecadora se almeja renunciar, o que requer do praticante penitência e obediência. Nas duas vertentes o cuidado de si não é uma pedagogia, mas uma experiência de intervenção e de transformação, ambas associadas ao modelo médico. Na abordagem greco-romana “o cuidado médico permanente é uma das principais características do cuidado de si. O indivíduo deve se tornar o médico de si” (FOUCAULT, 2004, p.339), no sentido do exame e do cuidado. Embora na prática monástica

cristã o julgamento e o martírio sejam modelos de maior importância, o modelo médico reside na revelação necessária de suas feridas para que possam ser curadas.

Essa interface entre a vida, o si, a verdade e o poder abre um novo horizonte de problematização em que o Estado se governamentaliza para por em movimento, com outros centros de poder, uma máquina biopolítica que incorpora estratégias de governo das condutas, isto é, racionalidades e tecnologias de intervenção nas vidas individuais e coletivas com o fim de geri-las. A área da saúde se caracteriza pela produção incessante destas racionalidades. Trata-se da gestão da vida singular, qualificada, individuada, e não apenas da vida da espécie, da população através da normalização, mas uma gestão em que o indivíduo efetua técnicas sobre si que moldam suas condutas. A emergência do sujeito moderno, a quem é atribuído o valor de uma dada liberdade e a criação do conceito de autonomia como realização desse sujeito, impõe que essa categoria problemática – o sujeito – ocupe o centro do nó na interface biopolítica, a qual passa a incorporar arranjos entre pessoas, atividades, objetos, maneiras de ver e julgar, que tornam possível um governo das condutas, constituindo identidades e modos de subjetivação.

Se a figura do sujeito aparece, não é como um desvio da análise biopolítica, mas é que a análise do poder sobre a vida exige passar pelo sujeito, pois é o modo pelo qual o poder acapara a vida [...] se na análise das disciplinas ainda se poderia considerar o sujeito psicológico como espécie de efeito da incidência material do poder sobre os corpos, a análise do biopoder impõe, na relação com a vida, as técnicas de si, a relação a si, a mediação do sujeito (PELBART, 2013, p. 27).

Podemos ver que a governamentalização do Estado incorpora um caráter do poder pastoral que é se ocupar simultaneamente da população e de cada indivíduo. “Acho que nunca, na história das sociedades humanas – mesmo na antiga sociedade chinesa - houve, no interior das mesmas estruturas políticas, uma combinação tão astuciosa das duas técnicas, de individualização e dos procedimentos de totalização” (FOUCAULT, 2013, p 279). Segundo Deleuze

[...] é ao mesmo tempo que o poder é massificante e individuante, isto é, constitui num corpo único aqueles sobre os quais se exerce, e molda a individualidade de cada membro do corpo (Foucault via a origem desse duplo cuidado no poder pastoral do sacerdote - o rebanho e cada um dos animais - mas o poder civil, por sua vez, iria converter-se em "pastor" laico por outros meios) (DELEUZE, 1992, p.222).

Então, de uma biopolítica que nasce como parte de uma medicina social de Estado, que cria - com o auxílio das ciências - população e normas para preservação e aumento da vida, o biopoder se expande sobre o campo individual fazendo incidir forças de si sobre si, que potencializam e ampliam as formas de ação - condutas - que concorrem na formação de sujeitos modernos. Esse é um processo muito curioso, que conforma um campo em que forças de qualidades muito distintas tensionam esse ponto nodal do biopoder que se ocupa da subjetivação no contemporâneo. Nesse campo vamos encontrar temas críticos como individualização e coletivo, liberdade e autonomia, sujeito e assujeitamento, que põem em questão o próprio homem moderno.

Poderíamos ver no conceito de individualização, ao qual Giddens (1991), Bauman (2009) e Ulrich Beck (2010) se referem no contexto da modernidade tardia, esse deslocamento característico das sociedades liberais contemporâneas, ou sociedades de consumidores, em direção ao indivíduo. Embora emergentes em campos distintos, estas críticas da modernidade tardia e o conceito de governamentalidade se interceptam numa linha comum. Não nos limitaremos a circunscrever esse questionamento da individualização como expressão da ideologia neoliberal que constitui aparatos de dominação de classe ou do Estado. Ou a partir de um julgamento epistemológico em que se vê a individualização como engano necessário à sustentação da dominação. Ou apenas como reprodução de valores capitalistas e interesses privados num contexto de mercado, oposto aos valores coletivos do bem comum. Procuraremos outrossim tensionar o conceito de individualização. Segundo Foucault, “De certa forma, podemos considerar o Estado como a matriz moderna da individualização ou uma nova forma do poder pastoral”. (FOUCAULT, 2013, p. 281).

As mudanças sociais no século XX que levaram à crise generalizada das instituições tradicionais disciplinares, em que também se esgarçaram os laços de família e de classe social, são contemporâneas de uma intensa produção de tecnologias de si e de governo. Inspirado na perspectiva de Foucault, em *Governing the Soul*, Nikolas Rose (1999) constrói o que ele denomina uma genealogia das tecnologias de governo na modernidade, tecnologias éticas - narrativas e técnicas de si - aparatos de verdade, de poder e subjetivação que compõem um vasto repertório de identidades e artefatos de identificação, plural e diversificado ao longo uma variedade de dimensões - de gênero, idade, raça, características somáticas e corporais, etnia, religião, região - que encarnam formas de condução da vida nos hábitos cotidianos. Rose descreve um vasto campo de enunciação constituído pelos conhecimentos *psi*, suas invenções técnicas, modos de explanação e formas de expertise, que se tornaram chave da condução das condutas no século XX: um campo produtor de linguagens e de autoridades sobre a interioridade humana nas áreas da saúde, educação, trabalho, comunicação, direito, em que se constitui uma gama de novos profissionais, entre os quais, clínicos, assistentes sociais, gestores de pessoas, conselheiros, terapeutas, publicitários, produtores de políticas públicas, etc. Neste campo de governamentalização há linhas que orientam formas de individualização – conceito distinto de individuação do qual trataremos a seguir. Por um lado, sob variadas formas se atribui aos indivíduos uma demanda de auto-realização, de realização de escolhas na vida, o exercício de uma dada liberdade, a aspiração de autonomia pessoal e o protagonismo como forma de ação. Por outro lado, há uma vasta oferta de dispositivos - técnicas, práticas, artefatos, hábitos, formas de conduta – em que sujeitos se constituem. Como explica Foucault:

Essa forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata, que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm de reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos (FOUCAULT, 2013, p. 278).

Pois bem, este é o lugar-problema. Rose situa que essa dada liberdade de auto-orientação

está condicionada a novas formas de controle, isto é, encontra-se ligada por uma responsabilização individual ao que Foucault aponta como instância totalizadora de governo que caracteriza o poder pastoral.

Governing by acting on the choices and self-steering properties of individuals, families, communities, organizations. This entails a twin process of autonomization plus responsabilization – opening free space for the choices of individual actors whilst enwrapping these autonomized actors within new forms of control (ROSE, 1999, p. xxiii).

Foucault considera que o termo sujeito significa sujeitar-se a uma forma de poder, seja como sujeição ao outro através do controle e da dependência, seja a uma força sobre si mesmo. “Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e sujeita” (FOUCAULT, 2013, p. 278). Pensando a diferença entre a condição de assujeitamento ao controle de outras instâncias, daquela condição em que há uma ação do indivíduo sobre suas próprias condutas, Pelbart (2013) considera que neste último contexto, instaura-se uma condição de liberdade dos sujeitos, que qualifica as vidas sobre as quais estas forças agem, tornando-as, tal como Pelbart, citando Muriel Combes (2011) as chama, uma “vida capaz de condutas”.

Só nesse contexto em que o poder já é pensado como ação sobre ação, conduta sobre conduta, em que o governo é definido como “um conjunto de ações sobre ações possíveis”, o poder tem como contrapartida, ou como condição, digamos, a liberdade dos sujeitos [...] A vida sobre a qual as técnicas de si incidem é, sobretudo, uma vida capaz de condutas, uma vida suscetível de adotar diversas direções diferentes. Vida capaz de condutas, eis aí uma definição curiosa para pensar o objeto sobre o qual incide o biopoder (PELBART, 2013, p.28).

Dessa forma, ocorreria uma passagem das formas de poder, das técnicas de dominação que procedem por assujeitamento, para uma modalidade de autocontrole, entendido como modo de subjetivação, como uma modalidade de exercício de poder sobre a vida “que convoca um trabalho sobre si, entendido esse si não propriamente como uma instância substantiva, personológica ou universal, por trás do sujeito, mas como uma potencialidade relacional, uma zona de constituição da subjetividade” (PELBART, 2013, p.28).

No capítulo Transferência, em *Revolução Molecular*, Guattari (1985) questiona em que condição um grupo teria a possibilidade de ser sujeito enquanto “fundador de sua própria lei” e “sujeito de seu destino”, isto é, se é possível uma subjetividade fundada fora da coerção social ou modelos pré-fixados. Essas questões se endereçam àquela região definida por Muriel Combes (2011) em que potencialmente a constituição da subjetividade está aberta ao trabalho sobre si e que Pelbart considera “como campo de possibilidade, campo de ação para uma multidão de condutas a inventar” (2013, p.29). Pois bem, neste texto, para adentrar essa região, para conceituar que lugar é esse, com Guattari (1985), questionamos a possibilidade de enunciação fora das estruturas superegoicas e egoicas, dos códigos e regras, fora dos limites da cultura e do mito: uma exterioridade para além da finitude instaurada pela coerção que delimita o que faz sentido. Trata-se do fora de sentido, do fragmentado não totalizável, não representável e não reconhecível. Essa perspectiva dá visibilidade ao sujeitado que se fixa no interior do campo instaurado pela castração ou pela lei, em que forças defensivas se voltam contra tudo que ameaça ou transcende os limites desse campo. Guattari pensava em um grupo-sujeitado.

Neste tipo de grupo se está assim engajado numa perpétua luta contra toda inscrição possível de nonsense: os diferentes papéis são coisificados, falicizados sob a forma do chefe ou sob a forma da exclusão. Está-se no grupo para recusar-se coletivamente a encarar o nada, a significação última dos empreendimentos com os quais nos comprometemos. É um sindicato de defesa mútua, um lobby contra a solidão, contra tudo que poderia ser indexado como um caráter transcendental (GUATTARI, 1985, p.107).

Outro referencial para conceituar esse lugar é a noção de transitoriedade. Guattari olha para o deslocamento que está em foco na transferência (Freud), para o trânsito de algo do desejo, de um objeto que suporta o desejo nesse trânsito.

Só se pode deslocar na ordem da transferência na medida em que algo possa deslocar-se. Algo que não é nem o sujeito nem o outro. Não há relação intersubjetiva, dual ou não, que seja suficiente para fundar um sistema de expressão, isto é, um estatuto de alteridade. O face-a-face com o outro não explica a abertura ao outro, não fundamenta o acesso à sua compreensão. O que é fundador, por exemplo, da metáfora, é este algo fora do sujeito, adjacente ao sujeito, que Lacan descreveu sob o termo objeto "a" (GUATTARI, 1985, p.109).

Guattari se interessa por esse conceito criado por Lacan na medida em que encarna a exterioridade ao campo delimitado pela castração, adjacente ao sujeito, e é suporte dos deslocamentos nos trajetos do desejo. Antes de mais nada é preciso frisar que não se trata de um objeto dotado de objetividade, pois não é um objeto positivo, autônomo e constituído, e não se localiza como entidade (COSTA-MOURA, 2011). Embora tome emprestado do conceito de objeto “a” o caráter exterior, não representável, fragmentado, parcial, que se situa na causa do desejo e da subjetivação do gozo, diferentemente de Lacan (2005), que define o objeto “a” como objeto da angústia, isto é, da falta, Guattari se ocupa dos trânsitos produzidos pela relação com o nonsense, a finitude e a morte, que desestabilizam o sentido das coisas, e deslocam a lei e a ordem social para o domínio da transitoriedade. Os modelos e regras perdem prioridade e entram em jogo. Esse caráter transitório e precário dessa subjetividade aponta uma dimensão trágica da existência.

[...]desde que o grupo se torna sujeito de seu destino, desde que ele assume sua própria finitude, sua própria morte, os dados de acolhida do superego são modificados, o limiar do complexo de castração específico a uma ordem social dada pode ser localmente modificado. [...] aceitando de cara o caráter precário e transitório de sua existência, aceitando lucidamente o confronto com as contingências situacionais e históricas, o face-a-face com o nada, se negando a refundar misticamente e justificar a ordem existente (GUATTARI, 1985, p.108-110).

Essa rápida digressão sobre o sujeito e o sujeitado, sobre o que urge quando aventamos a possibilidade de um lugar aberto à liberdade de ação sobre si e de invenção de condutas, desestabiliza as noções sobre si mesmo, indivíduo e sociedade de nossa constituição moderna. Chegamos aqui, pois estávamos interessados em problematizar o termo “individualização”. Guattari fala de grupo-sujeito e não de indivíduo, isto é, coloca aquela transitoriedade no coletivo e ao fazer isso trata dos múltiplos trânsitos entre as diferenças de perspectiva, o que potencializa o deslocamento para o plano da transversalidade, que escapa a duas dimensões daquilo que é regular e regulado: o uniforme ditado pela força hierárquica no plano vertical, e as identidades que se estabelecem pela força corporativa da igualdade no plano horizontal.

Além disso, a ideia de transitoriedade e de precariedade do grupo-sujeito, propõe outra visibilidade da posição do sujeito, que é a de ser em trânsito, ou de deixar de ser, ou de ser devires, uma ontogênese impessoal. Olhando o problema da individualização a partir da outra ponta, a do poder, Foucault também chega a ideia de trânsito para novas formas de subjetividade.

Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos de imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos desse ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno. A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não é tentar libertar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos libertarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos de promover novas formas de subjetividade através da recusa desse tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos (Foucault, 2013, p. 283).

Aqui o “duplo constrangimento” individualização-totalização é visto como uma dicotomia da qual é necessário libertar-se. Aliás, na visão proposta por Guattari, é diante dos constrangimentos, que o objeto “a” faz emergir e arrasta ou traz o *nonsense* que, posto em jogo, gera novas formas de subjetividade. No caso trata-se de um sentido bastante naturalizado: o da polaridade indivíduo-sociedade.

Este sentido da individualização nos termos de uma dicotomia indivíduo-sociedade está presente na crítica ao neoliberalismo contemporâneo em que se acusa a preponderância dos interesses individuais sobre o coletivo, do privado sobre o público, o que constitui um foco de conflito. Kastrup e Escóssia (2005) relacionam esse binarismo indivíduo-sociedade à matriz epistemológica das séries dicotômicas que constituem a modernidade. Esse pensamento dicotômico é o que, por exemplo, legitima o estabelecimento de fronteiras entre os domínios da sociologia e da psicologia. Nesse campo binário há vertentes de pensamento antagônicas que podem pautar ou uma subordinação do individual ao social, que se efetiva através da socialização dos modos de pensar, sentir e atuar externos ao indivíduo, ou o inverso, uma subordinação do social ao individual, como no caso da teoria weberiana fundada na atividade

do indivíduo como executor e produtor de sentido de suas ações sociais, onde não se concebe uma realidade social autônoma e extra-individual que condiciona o indivíduo.

Embora se apresentem como posições antagônicas, é importante ressaltar que elas obedecem a uma mesma lógica dicotômica; uma lógica que é também naturalizante, posto que trabalha com o pressuposto que indivíduo e sociedade são entidades ou polos preexistentes, que vêm posteriormente a entrar em relação. A relação é posterior e externa aos termos, uma vez que sua natureza fica inalterada. É importante lembrar que, no contexto do pensamento moderno ocidental, a dicotomia indivíduo-sociedade é gerada juntamente com inúmeras outras polarizações, dentre as quais se destacam sujeito-objeto, teoria-prática, natureza-cultura e natureza-artifício (ESCOSSIA; KASTRUP, 2005, p.297).

Esse questionamento da unidade individual preexistente polar e exterior ao coletivo, aponta uma perspectiva em que se possa problematizar a individualização para além do pensamento dicotômico. Kastrup e Escossia, a partir do conceito de práticas proposto por Foucault enquanto práticas discursivas que, nas relações, produzem, qualificam e singularizam sujeito e mundo, vão reunir elementos conceituais que convergem para a concepção de um plano de engendramento coemergente dos termos.

[...] os objetos não causam nem determinam nada, ao contrário, eles são determinados, produzidos pela relação. Podemos reter então que os conceitos de prática e de relação remetem a um plano produtor de mundo e de sentido, que engendra os termos, sejam sujeitos ou objetos, assim como as próprias dicotomias (ESCOSSIA; KASTRUP, 2005, p.298)

Assim, propõe-se um plano comum de conexão em que as forças agem umas sobre as outras produzindo singularidades, cuja topologia é o meio entre as polaridades, um espaço de ontogênese de onde emergem os termos. Latour (1994) define esse meio como redes híbridas que configuram entidades sempre compostas, em que o trabalho das racionalidades científicas é o da purificação dos híbridos no sentido da produção das polaridades, a começar pela separação do que é humano do não humano, natureza e cultura. Deleuze e Guattari (2012a) propõem que esse meio, reticular ou rizomático, consiste no entrecruzamento de segmentariedades onde coexistem uma dimensão molar, da ordem do que é extensivo, das representações e instituições, e uma dimensão molecular, da ordem do que é intensivo, sub-

representacional e pré-individual. A dimensão molar é a que estamos comumente familiarizados, pois nela tudo é enunciado, tem significado, se formaliza, se organiza e funciona. É a dimensão da história, do sujeito e das entidades, da forma e da proporcionalidade, dos órgãos e funções. A dimensão molecular é quase imperceptível, embora seja constituinte de toda singularidade em que os elementos heterogêneos das existências, naturais ou não, entram em composição. Composição quântica de velocidades das partículas, quantidades de movimento que se conectam e desconectam numa zona limiar entre os heterogêneos. Entre as molaridades flor, abelha e atmosfera há uma zona comum de indistinguibilidade, de co-presença molecular, intensiva, em que se compõem partículas do néctar dispersas na atmosfera e micro variações sensoriais das estruturas sensíveis do inseto, o que produz o voo da abelha pelo ar até a flor. Entre as molaridades pessoa, aparelho celular, aplicativo, mensagem, grupo de rede social na internet, há uma zona de vizinhança indeterminada limiar e comum a todos os elementos heterogêneos em que os eventos se processam. Os bits fazem parte dessa zona, mas não são as únicas partículas em movimento nessa hora. A dimensão molecular é uma zona limiar, comum e intermediária pois está sempre entre os elementos heterogêneos.

Deleuze e Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 2012a e 2012b) citam Gabriel Tarde por introduzir uma perspectiva da molecularidade no pensamento social europeu do século XIX. Fazendo uma crítica das análises do social limitadas às representações molares, e da redução do fenômeno social ao genérico e regular, Gabriel Tarde vai atentar para o mundo molecular dos detalhes, o infinitesimal, constitutivo do social e dos indivíduos.

Um mesmo erro vem sempre à baila – a saber, o de acreditar que, para assistir ao nascimento da regularidade, da ordem e da lógica nos fenômenos sociais, precisamos desdenhar os detalhes, que são por natureza irregulares, e subir o bastante a fim de obter uma visão panorâmica do efeito geral; que a fonte e o fundamento de toda coordenação social são um fato genérico a partir do qual ela se desdobra em fatos particulares. (...) Em vez de explicar tudo pela suposta supremacia da lei da evolução, que obriga os fenômenos coletivos a reproduzir-se e repetir-se indefinidamente numa certa ordem, sem justificar os fatos menores pelos maiores e a parte pelo todo, eu dou conta das semelhanças coletivas do todo reunindo atos elementares minúsculos: os maiores pelos menores, e o todo pela parte. Essa maneira de ver os fenômenos

está destinada a provocar na sociologia uma transformação semelhante à ocorrida na matemática pela introdução do cálculo infinitesimal (TARDE apud LATOUR, 2012, p.35)

Indo adiante no sentido da visão de um plano de co-engendramento, ao pensar os processos de individuação, Simondon concebe uma realidade pré-individual portadora de virtualidades potenciais da qual emerge o “acoplamento indivíduo-meio”:

Queríamos mostrar que é preciso operar uma reviravolta na busca pelo princípio de individuação, considerando como primordial a operação de individuação a partir da qual o indivíduo vem a existir e da qual ele reflete, em suas características, o desenrolar, o regime e, enfim, as modalidades. O indivíduo seria, então, apreendido como uma realidade relativa, uma certa fase do ser que supõe antes dela uma realidade pré-individual, e que, mesmo após a individuação, não existe sozinha, pois além de a individuação não esgotar de uma só vez os potenciais da realidade pré-individual, aquilo que ela faz aparecer não é somente o indivíduo, mas o acoplamento indivíduo-meio (SIMONDON, 2005, p. 23).

Essas noções de práticas, rede, molaridade, molecularidade, individuação e plano de co-engendramento, que, por ora, citamos sucintamente, implicam uma outra forma de conceber relação, e um outro tipo de relação distinta daquela entre termos constituídos ou pré-existent. Não se trata, portanto, de interação, mas de uma condição relacional em que os termos são produzidos. Estávamos pondo em questão a constituição dos termos indivíduo e sociedade e a ideia de individualização a que voltaremos no capítulo sobre biopoder na era contemporânea. Porém, a concepção deste lugar-meio comum, impessoal, em que os termos estão em processo de individuação, também nos oferece uma visão de coletivo como espaço de criação de subjetividades, em que diferentes mundos se engendram e se interceptam em composição, trânsitos são possíveis, e, portanto, novas subjetivações também. Isto interfere na construção do objeto de estudo - modos de subjetivação co-implicados no uso de psicofármacos - e nos põe o problema produzido por um deslocamento do olhar, que por ora vamos chamar de metodológico, em que substância química, regimes e processos de produção de verdade, representações e políticas institucionais, relações de poder, experiências de uso, formas de vida, condutas, vontade de potência, conversões do olhar sobre si e cuidado de si, co-emergem,

individuam acopladas em trânsito, em processo, na temporalidade histórica e singular de uma pesquisa limitada.

10 NEUROCIÊNCIAS, NATUREZA E CRISE DO HUMANISMO

[...]que a natureza não tem para si nenhum fim prefixado e que todas as causas finais não são senão humanas ficções
(SPINOZA, 2015, Apêndice Parte I Ética).

Essa epígrafe vem ao nosso auxílio neste capítulo para nos alertar de um “*preconceito*” que o filósofo salienta: “De fato, todos os preconceitos que aqui me incumbo de denunciar dependem de um único, a saber, os homens comumente supõem que as coisas naturais agem, como eles próprios, em vista de um fim;” (SPINOZA, 2015, p.111); Ela nos lembra que estamos imersos nessa perspectiva em que haveria um fim último ao qual todas as coisas obedeceriam, um princípio de organização de toda realidade, que formaria o cosmos, as substâncias, a vida, a inteligência, os valores, as leis da natureza de cujo conhecimento estamos apartados, mas ao qual através da Ciência nos dirigimos. A esse “preconceito” soma-se outro, a “vontade de verdade” que nos perturba moralmente por toda a vida e que, segundo Nietzsche, se instaurou como um ideal ascético, uma “apavorante catástrofe” (NIETZSCHE, 1998, p.147) civilizatória, a que demos atenção no capítulo “Autonomia como critério do caminhar”. Por ora vale salientar que Nietzsche via na vontade de verdade a qual as ciências são imbuídas, um ideal moral de purificação contra a livre expressão da vida. O convite, então, é para entrarmos numa discussão em que a natureza, a vida, o homem e o cérebro estão em questão, deixando ao lado, tanto quanto possível, nossos apegos aos ideais de “verdade” de uma realidade intrínseca e determinada das coisas.

Os psicofármacos, enquanto substância composta, fórmula química e linguagem neurofarmacológica, são obra de conhecimento e trabalho científicos. Esse lugar “científico” - das ciências da natureza e do homem - torna-se um lugar crítico a partir das transformações causadas pelo advento das biotecnologias e, neste caso, das neurociências, na relação com uma suposta ordem natural da vida. Um lugar que põe simultaneamente em crise o que é humano e

não humano, a separação entre homem e natureza, bem como o fim último e o princípio de organização da realidade ao qual se destinaria e do qual se aproximaria o conhecimento científico. Embora de forma não intencional, o próprio êxito do desenvolvimento das ciências da vida na contemporaneidade, produz transformações na relação do homem com o que é biológico e natural, e abala o estatuto de natureza dada e determinada. Nesta mudança de relação, o saber da ciência transita de uma condição de representação de leis naturais, para a intervenção, produção e alteração desta ordem vital num plano biomolecular. Trata-se de um campo de desenvolvimento de técnicas de reengenharia da vida onde os processos podem ser revertidos, reconstruídos e modificados no laboratório. Como afirma Rose: “Previously it seemed that life inhered in the inescapable natural workings of the vital processes themselves. [...] But these norms no longer seem so inescapable, these normativities appear open to alteration” (ROSE, 2007, p. 17)

A radicalidade da apropriação da vida ao nível molecular desestabiliza as distinções entre natural e social, humano e não humano e põe em questão as dicotomias que fundam a *episteme* da racionalidade científica moderna. Segundo Latour (2005) a objetividade do mundo natural entra em crise à medida em que a humanidade cria incessantemente natureza na qual se inscreve, reproduz e recria. Sua crítica toma tudo aquilo que se designa como social enquanto um campo híbrido intermediário em que o natural está ali sendo simultaneamente produzido, como, por exemplo, as questões climáticas e o aquecimento global.

O que interessa aqui não é propriamente a argumentação sobre a origem e a finalidade natural da vida biológica, mas situar a invenção e o uso de psicofármacos numa contemporaneidade em que normatividades naturais da vida estão abertas à alteração e modificação por artificios, produzindo novos modos de subjetivação, em que se desestabilizam e se transformam noções de corpo, mente, indivíduo e saúde.

Biopoder no século XXI

Para traçar uma linha de diferenciação da biopolítica tal como a cunhou Foucault a partir da invenção da medicina social e da população no século XVIII, Nikolas Rose (2007) se refere ao biopoder na contemporaneidade como a política da “vida em si”, ou da “própria vida” – *the politics of life itself* – afirmando uma molecularização desse poder em que as relações biopolíticas, para além da normatização regulatória sobre os modos de vida (*bios*), se inserem na própria produção do ser vivo (*zoe*) no plano biomolecular. Antes de seguir adiante vale questionar a “vida em si”. Perguntaríamos: as biomoléculas possuem “vida em si”? E o DNA? E as bases nitrogenadas das quais o DNA é composto? E os elementos Nitrogênio, Oxigênio, Hidrogênio e Carbono que compõem as bases? Onde termina e onde começa a “vida em si”? O que nos parece interessante na noção de “molecularização” é exatamente que a “vida em si” se difunde, por mais que se divida em elementos ela não cessa, e borra os limites do que por convenção se considera vivo ou não, como por exemplo, esporos vivos que entraram em reprodução após milhões de anos incrustados num cristal salino (VREELAND; ROSENZWEIG; POWERS, 2000).

A apropriação molecular da vida é produzida por uma intensa capitalização dos processos vitais que desenvolve uma bioeconomia que integra laboratório, indústria, marketing e medicina, cria biovalor e mercado de produtos e tecnologias. (ROSE, 2007). Simultaneamente a saúde e o corpo sediam a produção de valores de julgamento moral e avaliação do que é certo, bom e belo, que alguns autores têm designado como um processo de somatização ética e de exteriorização dos modos de subjetivação.

In the final decades of the twentieth century in the West, we saw the rise of a ‘somatic ethic’ in which many human beings came to identify and interpret much of their unease in terms of the health, vitality and morbidity of their bodies, and to judge and act upon their soma in their attempts to make themselves not just physically better but also to make themselves better persons. [...] we are seeing this somatic ethic gradually extending from the body to the embodied mind – the brain (ROSE, 2013, p.22)

Tais valores têm um lugar privilegiado no plano da governamentalidade, isto é, nas condutas individuais enquanto atividade produtiva sobre os processos somáticos, através de práticas diagnósticas, intervenções farmacológicas, cirúrgicas, nutricêuticas e condicionamento de comportamentos físicos. Esse regime de produção de mundos e subjetividades, desperta formas de biosociabilidade em torno de identidades diagnósticas, genéticas ou somáticas caracterizadas num campo de “diversidade biológica”, com reivindicações de direitos e exercício de “biocidadania” (RABINOW, 2006).

São criados novos objetos e novas formas de ser sujeito, que demandam acesso aos produtos e serviços de prolongamento da vida em que se turvam as fronteiras entre tratamento de doenças e melhoramento do corpo. Ampliam-se recursos de recondicionamento do organismo e incremento do desempenho corporal, constituindo um território em que a vida natural não mais serve de norma para julgar decisões e enunciar conceitos sobre saúde. Esses processos de subjetivação também geram uma contraparte, isto é, a reivindicação nostálgica de uma natureza livre dos contaminantes tecnocientíficos. Produtos supostamente “naturais” e “orgânicos”, os quais são também “cultura”, não deixam de se inscrever no mesmo sentido de intervenção nos processos vitais e de otimização do corpo, que, por serem “naturais”, são inclusive melhores para o incremento da vida. Ambas as polaridades, tanto o polo tecnocientífico quanto o naturista, o qual aspira a uma natureza o mais isenta dos artifícios do homem, expressam um fundamento humanista e moderno que tem o “homem como medida de todas as coisas”, isto é, um antropocentrismo cuja pujança, durante séculos foi motivo de um certo orgulho civilizatório, pela afirmação da cultura ocidental como “alma moderna” que separa os humanos do resto dos entes, e conforma a nossa visão dual que opõe homem e natureza. Tal dualismo é também posto nos termos do materialismo dialético, ou da “seleção natural” darwinista, que, ao traçar um liame ascendente entre o homem e o macaco, entrega à

natureza a obra de constituir, através da ideia de “evolução”, um lugar da espécie no topo da filogenia.

Essa busca de otimização e incremento possui um sentido negativo em relação ao medo de uma ameaça permanente de transtorno e de morte enxergada no corpo. A suscetibilidade da vida se multiplica nesse regime de biopoder e instaura uma crescente invenção de técnicas precisas de uma multiplicidade de exames diagnósticos, que combinam controles bioquímicos, biomoleculares, emissão de partículas subatômicas, variação de microcampos magnéticos, processamentos computadorizados e produção de imagens de processos citológicos e biomoleculares para o consumo em massa. Essa busca de “marcadores biológicos” potencializa a visibilidade de patologias invisíveis e protodoenças, e produz um mundo de probabilidades e risco em que, mesmo no “silêncio dos órgãos”, todos são potencialmente doentes pré-sintomáticos ou assintomáticos. Essa noção de suscetibilidade e ameaça - e a consequente multiplicação e invenção de diagnósticos e patologias - também fundamenta a medicina baseada em evidências, que produz uma padronização da clínica médica determinada por essas tecnologias, cujo advento eleva o poder “objetivante” da medicina, capaz de retirar do termo dia-gnose o seu sentido de “conhecer-a-dois”, isto é, entre sujeitos, e entrega-lo inteiramente a critérios objetivos verificáveis por equipamentos. Essa “padronização diagnóstica” baseada em “evidências” é também a matriz dos mais de trezentos “diagnósticos” que compõem o 5º. DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que, por ora, ainda são esquadrinhados com base em “evidências estatísticas” produzidas por avaliação psiquiátrica, muito embora esforços não falem para que venham a ser “verificáveis” por técnicas de imageamento do cérebro, análises genômicas ou outros “marcadores biológicos”.

The goal of this new manual, as with all previous editions, is to provide a common language for describing psychopathology. While DSM has been described as a “Bible” for the field, it is, at best, a dictionary, creating a set of labels and defining each. [...] The weakness is its lack of validity. [...] It became immediately clear that we cannot design a system based on biomarkers or cognitive performance because we lack the data. [...] But it is

critical to realize that we cannot succeed if we use DSM categories as the ‘gold standard.’ The diagnostic system has to be based on the emerging research data, not on the current symptom-based categories. [...] We need to begin collecting the genetic, imaging, physiologic, and cognitive data to see how all the data – not just the symptoms – cluster and how these clusters relate to treatment response (INSEL, 2013).

O que interessa aqui é a convocação, em 2013, do então diretor do National Institute of Mental Health – NIMH, para constituir uma base nosológica do DSM fundada sobre a investigação científica do cérebro, e a sua crítica ao atual sistema baseado em sintomas. Dessa declaração decorre a “evidência” de que a explosão da produção e consumo de psicofármacos no planeta da década de 50 até os dias atuais, foi impulsionada por um sistema “sem validade” segundo os próprios critérios científicos pelos quais supostamente esses medicamentos deveriam ser prescritos, isto é, segundo o funcionamento do cérebro. Veremos na análise dessa pesquisa que uma grande angústia dos usuários de drogas psiquiátricas é a falta de saber sobre “*o que esses medicamentos causam, o que esses remédios fazem*”. Pela declaração de Thomas Insel, os psiquiatras, farmacêuticos e neurocientistas, de fato, também não sabem.

Como não sabem?! E toda e fabulosa produção científica sobre a teoria do “desequilíbrio químico” nas vias serotoninérgicas e dopaminérgicas que seria a “causa” da “depressão” e da “esquizofrenia” respectivamente? E os mecanismos sinápticos compostos por neuroreceptores, neurotransmissores, recaptadores, inibidores seletivos de recaptção e enzimas que metabolizam neurotransmissores, que justificam a ação dos psicofármacos? Obviamente o NIMH foi um dos principais atores da produção destas teorias durante esse meio século. A convocação de Thomas Insel é para ir além, para “*coletar dados genéticos, de imagem, fisiológicos e cognitivos*” que permitam intervir e governar a “normatividade” do cérebro tal como se tornou possível intervir sobre a normatividade vital através do biopoder contemporâneo, ou, como diz Nikolas Rose, “the invention of novel technologies for intervening upon human beings – governing conduct through the brain, and in the name of the brain” (ROSE, 2013, p.8).

Estamos então às voltas com um problema que envolve a invenção de tecnologias e o governo das condutas, e, neste ponto, é preciso olhar para as condições em que estes eventos estão sendo produzidos. Em questão estão as condições em que mundos e subjetividades foram sendo engendrados por regimes de luz e linguagem instaurados pela psicofarmacologia e as neurociências que tem constituído a psiquiatria biológica da segunda metade do século XX aos dias de hoje.

[...] embora seja verdade que as condições não são mais gerais ou constantes que o condicionado, é pelas condições que Foucault se interessa. Por isso ele diz pesquisa histórica e não trabalho de historiador. Ele não faz uma história das mentalidades, mas das condições nas quais se manifesta tudo o que tem uma existência mental, os enunciados e o regime de linguagem. Ele não faz uma história dos comportamentos, mas das condições nas quais se manifesta tudo o que tem uma existência visível, sob um regime de luz (DELEUZE, 2005, p. 124).

Dessa perspectiva, as polêmicas neuroéticas em torno do que é humano e não humano, tocável ou intocável, e os aparatos de verdade em que eventos mentais e cérebro são concebidos - laboratórios, literatura científica, instituições acadêmicas, agências governamentais e publicitárias, meios de comunicação, adventos tecnológicos - são elementos dessa “*história das condições*”, neste caso, uma história do presente, necessária para situar o exame da experiência do uso de psicofármacos no âmbito da saúde mental.

Em “Anatomia de uma Epidemia” Robert Whitaker (2017) faz um inventário minucioso da criação da psiquiatria farmacológica na segunda metade do século XX, em que entram em composição os laboratórios farmacêuticos, a corporação médica, a mídia, agências de regulação (Food and Drug Administration – FDA), periódicos científicos, governo e órgãos de saúde mental (National Institute of Mental Health - NIMH). Até então, a psiquiatria estava confinada aos manicômios, redutos de práticas médicas violentas de abuso moral e físico contra as pessoas neles internadas, que, além de eletrochoques, extração dos dentes e cirurgias mutiladoras do cérebro, incluía a indução de coma hipoglicêmico e outras práticas abusivas. Nos anos 50 a psiquiatria literalmente saiu do “chiqueiro”, cuja imagem degradante ficou impressa nas

fotografias dos manicômios norte-americanos até a década de 30 e 40, e ganhou o status de uma nova medicina, de que os psiquiatras passaram a ser os “representantes comerciais”, isto é, aqueles que propagandeiam os atributos e procedem validação com a chancela da corporação médica e a exclusividade da prescrição controlada, das drogas sintetizadas pelos laboratórios farmacêuticos anunciadas pela mídia norte-americana como “miraculosas”. É na indústria farmacêutica que nasce a nova medicina. Três novas drogas sintetizadas para produção de antibióticos ganharam visibilidade por suas propriedades tóxicas em testes com ratos e posteriormente em humanos. Note-se, “antibióticos”, isto é, as miraculosas drogas foram “descobertas” casuais, não intencionais. No caso das drogas que vieram a ser nomeadas “neurolépticos”, tais efeitos tóxicos verificados nos testes incluíam sonolência, sedação, anestesia, lentidão, imobilidade, neutralidade emocional e afetiva, monotonia e um ‘estado crepuscular’ de ‘hibernação artificial’. Por tais características, essas substâncias passaram a ser denominadas como “antipsicóticos”. Aquelas outras cujas propriedades tóxicas incluíam “paralisia muscular flácida”, “docilidade”, “domesticação” e inibição de tensão e reação, passaram a ser denominadas por “ansiolíticos”, ou “tranquilizantes leves”. E os “antidepressivos”, que compõem a terceira classe de medicamentos da “revolução psicofarmacológica”, provocavam comportamentos eufóricos em pacientes de tuberculose, e por tais efeitos passaram a ser comercializados como “estimulantes”.

Assim, as fábricas das companhias farmacêuticas tornaram-se o principal laboratório das inovações psiquiátricas. Os novos modelos do pensamento psiquiátrico, os seus regimes de linguagem e as práticas discursivas que fizeram dessas pílulas artigo de consumo em larga escala no mundo, passaram a ser fabricados num campo de interesses partilhados entre o marketing da indústria farmacêutica, a corporação médica, as agências de comunicação e de administração comercial – FDA. Esse processo capitalístico de produção de conhecimento

lançou a psiquiatria ao “topo do mundo” quando o governo dos EUA decretou a “década do cérebro”.

[...] augmenting federal efforts are programs supported by private foundation and industry. The cooperation between these agencies and the multidisciplinary efforts of thousands of scientists and health care professionals provide powerful evidence of our nation's determination to conquer brain disease (George Bush, 1990).

[...] because contemporary psychiatry is so much the outcome the developments in psychopharmacology, this means that these commercial decisions are actually shaping the patterns of psychiatric thought at a very fundamental level. [...] the profit to be made from promising health has become the prime motive force in generating what counts for our knowledge of mental ill health (ROSE, 2007, p. 221).

Sob tais condições, o cérebro psiquiátrico se constitui como um órgão anatômico, neuroquímico e fisiológico, modelado por aparatos de produção de verdade que definem não somente o que deve ser explicado, mas o que há para ser explicado, dão forma e determinam o próprio objeto. O mesmo processo que inventa o cérebro neuroquímico cria as técnicas investigativas, os modos de intervenção e os padrões, parâmetros ou “marcadores biológicos” que vão sendo criados. As técnicas de imageamento do cérebro possuem especial interesse na corrida para produção desses marcadores.

A passagem da primeira para a segunda década do século XXI testemunha um crescimento explosivo dos estudos de neuroimageamento usando functional Magnetic Resonance Imaging – fMRI que constitui um campo interdisciplinar que envolve neurociências, física, psicologia e estatística entre outras. O fMRI é uma técnica baseada no contraste entre níveis de oxigenação do sangue. Tal contraste é produzido pela diferença das propriedades magnéticas entre a hemoglobina desoxigenada, que suprime os sinais de ressonância magnética, e a hemoglobina oxigenada que não faz isso. Supõe-se haver uma maior atividade metabólica nas áreas do cérebro que estão ativas durante uma tarefa mental, com maior consumo de oxigênio e, portanto, maior fluxo de sangue arterial carregado de hemoglobina oxigenada nestas áreas, produzindo campos magnéticos de densidade variável, que, distribuídos

diferencialmente pelas regiões do cérebro, formam “mapas cerebrais” em que essas diferenças entre os campos magnéticos locais podem ser traduzidas em imagem.

Quando se produzem séries desses “mapas” pode-se estudar mudanças dessas imagens de oxigenação do sangue em função do tempo, e, com isso, hipoteticamente, produzir inferências funcionais sobre a atividade cerebral. Segundo analistas destes estudos (LINDQUIST, 2008), a produção dos dados brutos, o uso desses dados para localizar uma atividade cerebral e fazer inferências sobre o funcionamento do cérebro e predições sobre estados psicológicos e doenças, acarretam problemas metodológicos extremamente complicados. Há limitações de ordem espaço-temporal em que a maior acuidade espacial requer maior duração para a produção de cada imagem, o que acarreta a perda do parâmetro funcional no tempo.

Há também uma grande variação de formas e tamanhos dos cérebros entre as pessoas, variação que, para que o sistema possa fazer comparações entre indivíduos, deve ser “normalizada” pela fabricação de um “modelo padrão” o que, do ponto de vista estatístico introduz imprecisão espacial e “perda de dados”. De um ponto de vista metodológico mais rigoroso, essa “normalização” coloca em dúvida a validade do “modelo padrão” como base para análise de “anomalias mentais”.

Os analistas também apontam grandes dificuldades entre os principais métodos de modelação das respostas obtidas, as quais representam uma função não-linear complexa de mudanças neuronais e vasculares que complicam a sua modelação. Nessa medida, os modelos fisiológicos não-lineares são “mais plausíveis do ponto de vista biofísico”, no entanto requerem uma amplitude de parâmetros, o que se torna um fator limitante, e não oferecem uma “estrutura confiável” para apoiar inferências (LINDQUIST, 2008). Esse rápido passeio pelo universo da produção de neuroimagens por functional Magnetic Resonance Imaging ilustra como o “órgão” vai sendo fabricado a partir de um arcabouço teórico-metodológico elaborado e

multidisciplinar.

De fato, as técnicas de diagnóstico por imagem e em especial as de neuroimageamento, nos remetem a uma genealogia pesquisada por Foucault do nascimento da clínica no século XVIII. Alguns pontos chamam a atenção. Salta aos olhos a obstinada afirmação do sentido da visão do interior do corpo, que Foucault examina como via de constituição do olhar, o olhar clínico que se engendrava naquele momento, em que a doença vai sendo incorporada à vida, entendida como forma de vida e processo vivo. O cérebro vivo em ação, encerrado numa caixa óssea, insondável às técnicas de visualização, permaneceu inacessível ao sentido da visão durante séculos, e, na atualidade, as técnicas de neuroimageamento rompem essa silenciosa cegueira. “It is undoubtedly true that such images provide powerful support for particular theories of brain functioning, by supporting to allow researchers to actually observe the mind/brain seeing, hearing, smelling, thinking, desiring, emoting, willing, or hallucinating” (ROSE, 2013, p. 79).

Claro está que essas técnicas não dão acesso à visualização do cérebro, pois trata-se de uma tecnologia de construção da imagem por meios indiretos e a partir de alguns elementos produzidos por estimulação simulada e processados num software. No entanto a força da visão, a que Foucault se referia na experiência do nascimento da clínica como via de realização do corpo doente, se atualiza na experiência do neuroimageamento.

O olhar penetra no espaço que ele estabeleceu como objetivo percorrer. [...] Na experiência anátomo-clínica, o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença [...] é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente (FOUCAULT, 1977, p. 155).

Foucault salienta que essa experiência anátomo-clínica, que coloca o interior do corpo em evidência, se inscreve no trabalho do pensamento sobre o homem, que coloca a si como objeto de conhecimento, no interior de sua linguagem como existência discursiva, e vê a

importância da experiência médica na constituição das ciências humanas. “A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura europeia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem” (FOUCAULT, 1977, p.228).

Essa é uma marca na genealogia da clínica que Foucault está traçando em que, se defrontando com as forças da finitude, a medicina ocupa um lugar na disposição antropológica que fundamenta as ciências humanas que vai procurar no homem forças para lidar com a morte, não pela salvação, mas pela saúde. No seu nascimento, a anátomo-clínica tem seu lugar na constituição moderna do homem, na afirmação do humanismo antropocêntrico, cujo indivíduo, naquele momento ganhava status de um sujeito às voltas com a morte na sua experiência psi e no seu corpo.

da experiência da Desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo. E de modo geral a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte: dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular e dá à palavra de cada um o poder de ser indefinidamente ouvida; o indivíduo lhe deve um sentido que nele não se detém. (FOUCAULT, 1977 p. 227)

Quando no século XXI a biopsiquiatria, apoiada em conhecimentos das neurociências, da física, da psicologia e estatística, se lança a perscrutar “imagens do cérebro em funcionamento” para produzir uma nosologia científica que forneça fundamentos aos diagnósticos psiquiátricos do DSM, o momento é o da crise daquela constituição moderna e do homem. Segundo Laymert Garcia dos Santos (2003), as “revoluções tecnológicas”, entre as quais a biotecnológica, produziram uma inversão nas relações homem-natureza que levou ao que ele considera uma “perda do humano”:

Ocorre que esse campo está minando a própria natureza da humanidade. Quando as leis da natureza assumem o máximo de controle sobre os seres e os seres assumem o máximo de controle sobre as leis, rompe-se a barreira entre a humanidade do homem e a naturalidade da natureza, [...]; agora as leis da natureza reassumem o controle através de um processo de ‘mecanização’ do homem. [...] A racionalização da vida leva o homem a submeter-se às

máquinas que ele mesmo construiu (SANTOS, 2003, p. 235).

Vale salientar que essas tais “leis da natureza” são criações científicas. Não são “leis” exatamente “da natureza”, mas das ciências, o que complica o problema posto pelo “controle” e a “mecanização” do homem. Voltando ao lugar do indivíduo a que Foucault se referia no nascimento da clínica, naquele momento tratava-se da afirmação de um sujeito de direito, de direitos individuais do homem e do cidadão, tal como o define Bernard Edelman (1988)

O direito subjetivo é a expressão do poder reconhecido pelo Direito ou pelo Estado ao indivíduo. No sistema dos Direitos humanos, o sujeito de direito ocupa o centro, [...]. Por isso, o sujeito é, ao mesmo tempo, o fim do direito e sua origem. O fim do direito, na medida em que tudo converge para ele, sua origem, na medida em que, sem o reconhecimento de sua existência, o direito não teria mais objeto. [...] Esse é o espírito que anima a Declaração dos direitos do homem e do cidadão (EDELMAN apud SANTOS, 2003, p. 241).

Segundo Laymert Garcia dos Santos, “tudo parece indicar que na verdade, com a perda do humano, o próprio sujeito de direito entrou em crise” (SANTOS, 2003, p. 240). Poderíamos ver, então, na veloz corrosão dos direitos no mundo globalizado uma expressão dessa ruptura de barreiras entre homem e natureza, dessa “perda do humano” em que se perde a própria base daqueles direitos individuais, em que o outro perde o estatuto de sujeito de direito e é visto cada vez mais como corpo des-humanizado e molecularizado.

Dessa forma, os critérios de distinção ética do que é apropriável ou não sob a forma de patentes e commodities, ou, em outras palavras, do que é humano e não humano, entram em crise. As tecnociências “transgridem” o homem que há no humano, objetivando-o, fazendo dele “a coisa”, no caso do problema que estamos tateando neste capítulo, partes do cérebro, criando uma zona de indeterminação em que “é grande a controvérsia em torno do momento em que o material humano passa a ser pessoa” (SANTOS, 2003, p. 239).

Portanto, a atenção que Foucault prestava à constituição do indivíduo moderno no nascimento da clínica, enquanto trabalho das forças no homem para lidar com a morte e as forças da finitude, dando visibilidade ao corpo doente e à doença como processo da vida, é relevante no momento em que olhamos para a perda desse indivíduo moderno, do sujeito de

direito e da “pessoa”, nos processos em que vão se rompendo barreiras entre homem e natureza pelas revoluções tecnológicas e pelo biopoder na contemporaneidade. Aquelas categorias que davam à alma, à psique e ao indivíduo ocidental um estatuto de sujeito, desmoronaram, deixando, por ora, uma “salvação” para esse sujeito, em último caso, dentro do cérebro. Podemos dizer que, analogamente, porém em outros termos, aquilo que o dissecador de cadáveres fazia no século XVIII no bojo da constituição do sujeito moderno, hoje se faz através das técnicas de neuroimageamento e da biologia molecular, no bojo de uma “cerebralização” da subjetividade, e não é de menos observar que, com a “perda do humano”, aquela clínica que Foucault via nascer, entrou em colapso.

“Tal versão maximalista visa construir uma biologia do espírito, “uma neurobiologia da personalidade”, dito de outro modo, uma biologia do indivíduo” (EHREMBERG, 2009, p.189).

“[...]as imagens cerebrais no campo das doenças mentais vão lentamente contribuindo para produzir naquele que vê a sensação de que o cérebro visto é a própria pessoa” (ORTEGA, 2010, p. 52)

Configura-se um campo de esvaziamento da interioridade *psi*, ou de dessubjetivação, ou em que o eu e o si mesmo são objetivados, e, nessa medida, conhecido, nos termos da epistemologia da modernidade ocidental segundo a qual:

[...] conhecer é ‘objetivar’; é poder distinguir no objeto o que lhe é intrínseco do que pertence ao sujeito cognoscente, e que, como tal, foi indevida e/ou inevitavelmente projetado no objeto. Conhecer, assim, é dessubjetivar, explicitar a parte do sujeito presente no objeto, de modo a reduzi-la a um mínimo ideal (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 50).

Mesmo reduzindo ao “mínimo ideal” o sujeito cognoscente, ainda restou dentro do cérebro um “sujeito mínimo” que tem sido denominado por alguns como “O Sujeito Cerebral” (EHREMBERG, 2009) ou “Eu Neuroquímico” (ROSE, 2013), nomes que designam territórios existenciais que vão se instaurando a partir do advento do cérebro contemporâneo.

[...] ourselves are our brains, or, more accurately, the synaptic connections and systems that capture our experiences and memories, and express our habits and dispositions’ (Moss 2003) Because you are a unique individual, the

particular multifaceted aspects of the self that define you are present in your brain alone. And in order for you to remain who you are from minute to minute, day to day, and year to year, your brain must somehow retain the essence of who you are over time (LeDoux 2003) (ROSE, 2013, p. 214).

Esse “sujeito cerebral” não consiste simplesmente de conjecturas neurocientíficas. O cérebro neuroquímico tornou-se um fato social, entrou na cultura popular e a “mente” passou a ser visível na sua forma neuroquímica e biomolecular. Mesmo um psicanalista freudiano ou um filósofo marxista, embora credores do humanismo moderno, podem, sem nenhum problema de consciência, frequentar uma academia de fitness e imaginar que estão liberando endorfinas que agem nas sinapses dos seus cérebros e previnem depressão e ansiedade. É possível mapear a expansão dos territórios existenciais “cerebralizados” na vida cotidiana através da progressiva agregação do prefixo “Neuro” a diversas áreas de atividade social, decorrente dos conhecimentos e problemas que passam a ser postos pelos novos modos de existência instaurados pela biopsiquiatria e as neurociências, como, por exemplo, a ética e o direito, a economia e o marketing, a educação, ergonomia, estética e muitos outros.

As políticas públicas passam a pautar o governo do cérebro e pelo cérebro. Como exemplo citamos o projeto de lei em tramitação na Câmara de Vereadores de São Paulo no ano de 2018, que visa dar ao governo poder de intervenção psiquiátrica na rede de ensino, o que implica a administração aos alunos, em escala populacional, de psicofármacos bastante conhecidos: “Fica autorizada a Prefeitura do Município de São Paulo a criar, desenvolver e manter medidas para o Tratamento da Dislexia e TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade na Rede Municipal de Educação” (PMSP 2018)

No âmbito das relações de poder cada vez mais “governamentalizadas”, isto é, em que o governo das condutas se individualiza, a intervenção sobre o cérebro passa a ser um fator chave no “regime de subjetivação” contemporâneo. “Our selves are shaped by our brains but can also shape those brains – that neuro scientific arguments are affecting conceptions of personhood and practices of self-fashioning” (ROSE, 2013, p. 22).

Podemos pensar, por um lado, que todo aquele esforço voltado para o “melhoramento do humano”, que antes era baseado na operação de um conjunto de tecnologias *psi* - psicoterapias, psicopedagogias, manuais de criação dos filhos, coaching, educação psicossocial, autoajuda, etc. - agora muda de sentido e se desloca para o cérebro. Essa tendência avança a passos largos num mercado movimentado por um público cada vez maior de usuários de medicamentos que visam o melhoramento da cognição, memória, concentração e inteligência.

Por outro lado, podemos considerar que a própria “perda do humano” também ganha expressão em formas contemporâneas de “mal-estar”, e que uma das formas que isso tomou é o que convencionou-se chamar de “depressão”. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças”, isso sem falar de centenas de outros “transtornos mentais”, de forma que, no contemporâneo, a intervenção farmacológica sobre o cérebro tornou-se rotina para centenas de milhões de seres para o controle de humores, ansiedades e sintomas (OPAS, 2018).

What if our minds too become bodily, fleshly things, to be anatomized, dissected, re-engineered? [...] Suppose we can reshape our moods, emotions, and desires at will, without effort other than through the consumption of a pill [...]. For some, this strikes at the heart of their sense of what is to be human (President’s Council on Bioethics 2003) (ROSE, 2007, p.21).

Novamente as questões se voltam para as condições históricas com as quais nos embrenhamos. Não é de se espantar que, diante de condições que deixam a nu de forma tão explícita a “morte do homem moderno”, se produzam controvérsias perturbadoras em que a existência mesma está em questão, pondo em crise dicotomias epistemológicas entre homem e natureza, atingindo em cheio a separação entre social e biológico, mente e matéria, espírito e carne.

A título de exemplo devo citar dois discursos bastante plausíveis neste campo de controvérsias:

De um lado, Nicolas Rose admite o regime de verdade das neurociências sem objeções:

In this new account of personhood, psychiatry no longer distinguishes between organic and functional disorders. It no longer concerns itself with the mind or the psyche. Mind is simply what the brain does. And mental pathology is simply the behavioral consequence of an identifiable, and potentially correctable, error or anomaly in some of those elements now identified as aspects of that organic brain. This is a shift in human ontology – in the kinds of persons we take ourselves to be. [...] It enables us to be governed in new ways. And it enables us to govern ourselves differently (ROSE, 2007, p 192).

De outro lado Alain Ehremberg põe em cheque o regime de verdade das neurociências:

É necessário, então, manter uma distinção entre a individuação no seio da espécie, [...] e a individualização, o sentido que atribuímos a essa identidade, a consciência que se tem dela. Ora, este sentido não reside no cérebro (que só conhece mecanismos), mas na vida social. Se o programa forte pode produzir, ao final, uma biologia do indivíduo, será uma biologia da individuação e não da individualização (EHREMBERG, 2009, p.197)

O problema das neurociências utilizadas em clínica psiquiátrica é que elas se fundam sobre esta teoria redutora, ou seja, a ideia de que a causa dos fenômenos psíquicos está no cérebro. Encontra-se aí o velho sujeito transcendental, porém materializado. É a alma de Descartes, mas uma alma material. Paradoxalmente, se está tanto na teologia quanto na ciência (EHREMBERG; BOTBOL, 2004, p. 150).

As controvérsias se opõem constituindo polaridades de um mesmo cosmo, de uma mesma episteme, e, neste círculo, produzem polêmicas que nos envolvem, pois estamos neste mesmo círculo também. Quando alguém fala “orgânico”, “cérebro”, “neurônio” nós entendemos, temos imagens comuns e podemos qualificar esses termos fazendo diferenciações; quando outro alguém fala “psique”, “alma”, “psicológico”, nós também entendemos e podemos qualificar de outra forma, mas estamos todos encerrados numa cosmovisão comum, uma visão monista de “natureza”, embora possamos ter diferentes pontos de vista sobre ela.

Neste ponto, diante das condições que se apresentam, Deleuze nos convida a uma outra atitude. A tarefa deixa de ser a de polemizar e demonstrar a verdade que se configuram nas condições, isto é, considera-las “apodíticas”, mas tomar o “problema” que tais condições engendram.

Em suma, as condições nunca são mais gerais que o condicionado, e valem por sua própria singularidade histórica. Por isso as condições não são ‘apodíticas’, mas problemáticas. Sendo condições elas não variam historicamente, mas variam com a história. O que elas apresentam, com efeito, é a maneira através da qual o problema se coloca em tal formação histórica: que posso eu saber, ou que posso ver e enunciar em tais condições de luz e linguagem? Que posso fazer, a que poder visar e que resistências opor? Que posso ser, de que dobras me cercar ou, como me produzir como sujeito? (DELEUZE, 2005, p. 122).

Aqui é interessante retomar o referencial que nos aponta Guattari (1985) quanto à possibilidade de alguma produção como sujeito de enunciação fora dos regimes instituídos.

Dois elementos nos interessam naquele pensamento: o primeiro é que tal possibilidade de “me produzir como sujeito” se encontra num plano comum, impessoal e pré-individual. Um plano virtual que se atualiza incessantemente, seja nos moldes instituídos, seja em outras formas, dependendo do processo de subjetivação/objetivação. E aqui intervém o segundo elemento, em que, diante da impermanência dos modos de existência, diante da própria finitude, esse processo ultrapassa o fim - o limite que mantém o círculo fechado - e dá ao fora-de-sentido livre acesso para entrar no jogo da subjetivação.

Então, tanto o plano coletivo quanto o *nonsense*, são um *fora* da atualidade do indivíduo que entra na composição das possibilidades de acesso a outras formas que não aquelas encerradas, neste caso, nas dicotomias polêmicas derivadas da “morte do homem” no contemporâneo. Em outras palavras, Viveiros de Castro nos convida a “aceitar a oportunidade e a relevância desta tarefa de *‘penser autrement’* (Foucault) o pensamento – de pensar ‘outramente’, pensar outra mente, pensar com outras mentes”, (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 25) e, por que não, pensar outros cérebros, com outros cérebros.

Pois bem, tornando ao problema da “mecanização do homem” (SANTOS, 2003), que é também o da “neurobiologia do espírito” (EHREMBERG, 2009), em vez de se firmar sobre o fundamento dos termos, entes ou entidades - a coisa, o homem, o biológico, o social, etc. – podemos aceitar o convite de Viveiros de Castro, o qual nos propõe “proliferar

multiplicidades”, em que estes termos e condições são vistos como rede de tensões, ou de intensidades.

Uma rede não é uma coisa porque qualquer coisa pode ser descrita como uma rede (Latour) uma rede é uma perspectiva, um modo de inscrição e de descrição, ‘ou movimento registrado de uma coisa na medida em que ela vai se associando com muitos outros elementos’. Mas essa perspectiva é interna ou imanente; as diferentes associações da ‘coisa’ fazem-na ir diferindo de si mesma - é a coisa ela própria que passou a ser percebida como múltipla’ (Latour). Em suma, e a tese remonta a Leibniz, não há pontos de vista sobre as coisas; as coisas e os seres é que são os pontos de vista (Deleuze). Se não há entidade sem identidade, não há multiplicidade sem perspectivismo (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p.117).

Além de deslocar os termos de suas identidades – como, por exemplo, pudemos ver quanto à pulverização da identidade da “vida em si” produzida pelas biotecnologias - ao contrário de reduzir o espaço entre os termos, ao “proliferar a multiplicidade”, as hierarquias se desmontam (entre social e biológico, ou entre cérebro e espírito, homem e coisa) e a fronteira que une e separa os termos se abre:

[...] se trata [...] de ‘irreduzir’ e ‘imprecisar’ essa fronteira, contorcendo sua linha divisória (suas sucessivas linhas divisórias paralelas) em uma curva infinitamente complexa. Não se trata de apagar os contornos, mas de dobrá-los, adensá-los, enviesá-los, irisá-los, fractalizá-los (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 28).

Quando Viveiros de Castro diz “não há multiplicidade sem perspectivismo” faz atermos-nos à multiplicidade de associações, inscrições e composições, que só acontecem em pontos de vista, isto é, não há *algo* nem *quem* fora de uma perspectiva: é a perspectiva que o ser e a coisa são, e são múltiplas e ilimitadas.

O ponto de vista cria, não o objeto, como diria Saussure, mas o sujeito mesmo. É esse o fundamento do perspectivismo. Este não significa uma dependência em face de um sujeito definido previamente: ao contrário, será sujeito aquele que vier ao ponto de vista” (Deleuze apud VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 65).

Portanto, a multiplicidade acontece num plano coletivo reticular não hierarquizado e, simultaneamente, é o fora da atualidade do indivíduo e dos limites do instituído. Multiplicidade não se reduz à ideia habitual de pluralidade objetiva de elementos, fatores e objetos pré-

existentes que se associam para compor uma coisa, nem se trata da pluralidade de pontos de vista sobre um mesmo objeto dado, pois nem a “coisa” nem o “sujeito” são idênticos a si, dado que esse “si” é impermanente, e, assim, são sempre outro, num regime de multiplicidade ilimitada.

Nesta linha, ao problematizar por entre as polaridades, acaba-se por se descolar das dicotomias e, assim, outras perspectivas se instauram num plano coletivo no qual não há limitação de modos de subjetivação/objetivação. A isso Deleuze e Guattari chamaram devir.

Aqui o “perspectivismo ameríndio”, como Viveiros de Castro denominou o modo do pensamento de povos indígenas da Amazônia, nos auxilia “problematizar” ou “pensar outra mente”, a natureza e o humano, termos díspares que estamos às voltas ao tratar do cérebro e do espírito, e, tendo como uma das condições em discussão, o uso de psicofármacos e neuroquímicos. Nos auxilia na medida em que nos proporciona uma outra perspectiva, oferece um ponto de vista de fora para olhar o nosso mundo da cientificidade moderna.

O círculo que a cientificidade moderna circunscreve possui um centro objetivo, primordial, universal e pré-existente. Uma natureza “externa ao humano”, una e total, que tem uma origem - a que alguns tem chamado de “*big-bang*” - e princípios naturais, leis que regem o mundo, “um mundo onde o primordial é experimentado como transcendência nua, pura alteridade antiantrópica - o não-construído, o não-instituído, o que se opõe ao costume e ao discurso” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p. 53). Sobre esse mundo se produz uma diversidade de representações subjetivas e parciais, visões e discursos, de diferentes pontos de vista. O regime cosmológico da modernidade ocidental é mononaturalista e multiculturalista. Dado que a base do mundo é objetiva e una, a realidade é coisa dada e é a mesma, indiferente a representações. Nessa perspectiva a subjetividade é objeto, aliás, o sufixo *dade* é objetivante. Nesse regime é possível objetivar a “alma” e a “mente” em formas psicológicas psicossociais, comportamentais, fenomenológicas, cognitivas, intrapsíquicas, instâncias e estruturas. É

possível objetivar a subjetividade como corpo vivido, socialmente produzido, condicionado, como corpo individual objetivamente concebido, inclusive como cérebro, neurônios, sinapses e neurotransmissores cuja plasticidade incorpora o vivido. Nessa perspectiva é possível individualizar a subjetividade, seja como “indivíduo social” seja como “indivíduo neuroquímico”, polaridades de uma mesma cosmologia.

Sem uma visão de fora destas polaridades, ficaríamos destinados a permanecer na dicotomia, a qual garante a própria permanência das categorias que identificam os objetos, condição para que o sujeito “conheça” nesse regime objetivista. Segundo Regina Benevides essa lógica binária estabiliza as identidades pela exclusão: os termos são excludentes entre si, e aquilo que não é identificado nem em uma nem em outra categoria é excluído, posto à margem até ser categorizado em outro par binário. “O destino do ser é atualizar-se segundo certas linhas pré-formadas e o que escapar deve ser excluído, posto à margem. É, como dissemos anteriormente, a lógica do terceiro excluído - ou se é um ou se é o outro” (BARROS, 1994, p.148).

A nossa intenção, ao recorrer ao perspectivismo ameríndio, é produzir tais deslocamentos do olhar e auxiliar uma mudança de lógica por um devir outro, excluído.

Assim, se nossa antropologia popular vê a humanidade como erguida sobre alicerces animais, normalmente ocultos pela cultura — tendo outrora sido ‘completamente’ animais, permanecemos, ‘no fundo’, animais —, o pensamento indígena conclui ao contrário que, tendo outrora sido humanos, os animais e outros seres do cosmos continuam a ser humanos, mesmo que de modo não-evidente (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p.230)

Assim, no pensamento indígena, o fundo ou a base do mundo é subjetiva, o espírito não é exclusividade da espécie humana, pois “é humano quem ocupa vicariamente a posição de sujeito cosmológico; todo existente pode ser pensado como pensante (“isto existe, logo isto pensa”), isto é, como “ativado” ou “agenciado” por um ponto de vista” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p.65) Sob a forma manifesta e extensiva da natureza do não-humano subjaz uma forma interna antropomórfica. “Essa forma interna é o espírito do animal: uma

intencionalidade ou subjetividade formalmente idêntica à consciência humana” (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p. 228).

Se no perspectivismo ameríndio há uma humanidade comum, ou uma unidade subjetiva de fundo, por outro lado, há uma diversidade objetiva de naturezas. “Uma só ‘cultura’, múltiplas ‘naturezas’; epistemologia constante, ontologia variável — o perspectivismo é um multinaturalismo, pois uma perspectiva não é uma representação” (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p. 240).

O autor precisa reafirmar que “uma perspectiva não é uma representação” para que nós, leitores que vivemos imersos num regime de diversidade representativa sobre uma natureza una e total, possamos ativar a imaginação, para dar visibilidade a outro mundo, a um mundo-sujeito que se instaura na perspectiva. Com isso, percebermos que, assim como acontece com os humanos e não-humanos na cosmologia indígena, nós também nos constituímos sujeito em um ponto de vista, e aí, nesta perspectiva, existimos em um mundo. Desse lugar, fora daquele eixo binário que funciona por exclusão, podemos ver o “sujeito social” e o “sujeito neuroquímico” como perspectivas, como processos distintos de produção de mundos e sujeitos, ambos condicionados pela epistemologia objetivista da cientificidade moderna. Com isso podemos desestabilizar a visão monista da natureza e perceber que naturezas diversas podem existir e serem operadas de diferentes modos.

Indo adiante nessa linha de multiplicação das naturezas e dos modos de existência, e agora tocando no tema do uso de substâncias psicoativas, que desencadeiam acontecimentos no “espírito”, no “corpo” e nas condutas de si, interessa ver no pensamento de um xamã ianomâmi como o uso de uma substância participa num plano coletivo em que acontecem agenciamentos, que envolvem uma diversidade de espíritos da floresta, os espíritos *xapiri*, os xamãs - professores e iniciantes - e “o pó das árvores *yãkoana hi*, que é o alimento dos *xapiri*.” (KOPENAWA, 2015, p. 76). Os *xapiri* são espíritos da floresta cultivados e transmitidos pelos

xamãs aos discípulos no curso de uma extensa experiência ao longo da vida. Os *xapiri* ensinam os xamãs com palavras, cantos, danças e a conexão com os *xapiri* proporciona a visão do plano coletivo, que, embora imanente, fica imperceptível se não ocorre um despertar auxiliado pelo uso do pó de *yãkoana*.

[...]se não alimentamos os *xapiri* com pó de *yãkoana*, eles ficam dormindo em silêncio e nosso pensamento permanece fechado. Ficamos incapazes de ver (KOPENAWA, 2015, p. 505).

É desse modo que estudamos para fazer descer e dançar os espíritos. Nossos xamãs mais experientes são nossos professores. Fazem-nos beber *yãkoana* e estão sempre ao nosso lado. São eles que nos dão nossos primeiros *xapiri*. [...] Quando nos dão seus *xapiri*, sopram pó de *yãkoana* em nossas narinas com seu próprio sopro de vida. De modo que a *yãkoana* que bebemos não é um mero pó. Com ela os espíritos se lançam para dentro de nós como se fossem grãos de poeira (KOPENAWA, 2015, p. 169)

Esse plano coletivo é determinante do uso e dos efeitos do uso da substância, “não é um mero pó”, o seu uso é um estudo realizado com e por xamãs que cultivam espíritos *xapiri*, os quais “então levam nossa imagem para o tempo do sonho. [...] Essa é a nossa escola, onde aprendemos as coisas de verdade” (KOPENAWA, 2015, p. 76). Fora desse plano coletivo, em vez do estudo ocorrem experiências perturbadoras no corpo, nos pensamentos e sentimentos de medo.

Assim, quando bebem o pó de *yãkoana* no fim das festas *reahu*, os rapazes que não são xamãs rolam de medo na poeira, chamando as mães! Em lugar de cantos só se ouvem deles lamentos e gemidos: “Mãe! Mãe! Jogue água na minha cabeça! Estou virando outro, estou com medo! (KOPENAWA, 2015, p.168).

Os brancos são outra gente. A *yãkoana* não é boa para eles. Se começarem a beber sozinhos, os *xapiri*, chateados, só vão emaranhar seus pensamentos e a barriga deles vai cair de medo. A imagem da *yãkoana* só tem amizade por quem nasceu na floresta (KOPENAWA, 2015, p.499).

Nesse plano coletivo as coisas e os seres têm uma “imagem” e se encontram em relação. O uso do pó, nas condições de iniciação com um xamã mestre, é propiciador do acesso a esse plano em que a própria imagem do xamã transita por uma rede de conexões com as “imagens” das coisas e seres, e isso é “conhecer”, viajar no “tempo do sonho”. A relação com o pó, ou

melhor, a “amizade” com a “imagem da *yãkoana*”, é um trabalho de conduta de si na companhia de um mestre, uma conduta do sonho no tempo do sonho, em que a “imagem do xamã viaja longe” e “conhece” a imagem das coisas e dos seres.

Quando eu era jovem e ainda não era xamã, eu não sabia sonhar. Era ignorante e dormia como uma pedra jogada no chão. [...] Ainda não tinha em mim o sonho dos espíritos, que permite que a imagem dos xamãs viaje longe. Não conseguia contemplar as coisas do tempo de nossos ancestrais, nem ver o que eram de fato o trovão, o céu, a lua, o sol, a chuva, a escuridão e a luz. Eu ainda era ignorante. Foi só depois de ter bebido pó de *yãkoana* por muito tempo que pude conhecer a imagem de todas essas coisas (KOPENAWA, 2015, p. 499).

Conhecer os espíritos e as imagens permite intervir nesse plano de conexões quando o duplo anímico de uma pessoa, ou o “*animal rixi de uma pessoa*” é ferido e foge. Assim o pó também pode ser usado pelos xamãs para socorrer o duplo anímico de alguém ferido e em fuga, e tratar dos humanos.

Quando o animal rixi de uma pessoa daqui é atingido e tenta fugir correndo na distante floresta das terras altas, a pessoa fica doente e logo entra em estado de fantasma. Só nossa pele fica aqui, deitada na rede. Nosso ser verdadeiro interior está lá, muito longe dela. [...]. Quando isso acontece, xamãs de nossa casa despacham seus xapiri para socorrer o duplo animal que acaba de ser flechado. Seu espírito do vendaval se lança sobre os caçadores inimigos para que percam o rumo na floresta, enquanto seus espíritos gavião koimari os atacam sem piedade. Então, os espíritos dos macacos purupuru namo acorrem para ajudar e esconder o animal ferido. [...] Quando os xapiri vêm socorrer um animal rixi, tratam de leva-lo de volta para junto da grande cachoeira de águas turbilhonantes, onde vivem seus semelhantes. [...] Mas depois disso ainda é preciso tratar o ser humano que o ferimento do duplo colocou em estado de fantasma. São então os espíritos macaco-aranha e guariba que se encarregam de extrair a ponta da flecha que atingiu o animal rixi. Em seguida a entregam aos espíritos do japim ayokora que por fim a fazem ser cuspidada pelos xamãs, à vista de todos (KOPENAWA, 2015, p.181).

Essa descrição do plano coletivo em que os seres, humanos ou não, constituem uma rede de conexões em torno do ferimento e do cuidado do “*duplo animal*” de um humano, nos oferece uma visão desse mundo-sujeito ianomâmi, uma visão do ponto de vista de um xamã, despertada pelo uso do pó de *yãkoana*, expressa nos cantos, danças, palavras que os espíritos *xapiri* ensinam.

[...]se entendessem nossa língua e se se dessem ao trabalho de se perguntar ‘O que esses cantos querem dizer? De que florestas falam?’, quem sabe

acabariam entendendo as palavras que os xapiri nos trazem de onde vêm, dos confins da terra, das costas do céu e do mundo subterrâneo.(KOPENAWA, 2015, p. 505)

Se as escutarem com atenção, talvez os brancos parem de achar que somos estúpidos. Talvez compreendam que é seu próprio pensamento que é confuso e obscuro, pois na cidade ouvem apenas o ruído de seus aviões, carros, rádios, televisores e máquinas. Por isso suas ideias costumam ser obstruídas e enfumaçadas. Eles dormem sem sonhos, como machados largados no chão de uma casa (KOPENAWA, 2015, p. 76).

Quando Kopenawa se refere aos “*brancos*”, quando o “branco” é visto pelo olhar do outro, se inverte a relação habitual em que “a cultura indígena” é um objeto de exame, submetido à reconhecimento, interpretação e “tradução” pela racionalidade ocidental moderna, e, nesta inversão, é possível um deslocamento daquele “sujeito do conhecimento” epistemocêntrico, um sujeito definido previamente, que se mantém o mesmo de um ponto de vista para outro, e que olha o outro como parte do seu mundo, o qual é único e o centro. Ao mesmo tempo o xamã nos convida a “entender as palavras”, a “perguntar o que quer dizer”, a “escutar com atenção”, ao trânsito para outro ponto onde se é outro, isto é, olhar o outro no mundo dele. Assim como Kopenawa se referiu a si mesmo quando narrava um tempo em que ele ainda “era ignorante e dormia como uma pedra jogada no chão”, podemos considerar nossas ignorâncias, limitações e dificuldades para transitar em outros mundos e ser outro. Essa limitação também pode ser percebida ao ignorarmos o mundo de alguém que está ao nosso lado, ao olhar esse alguém como objeto do nosso mundo próprio. Talvez seja até mais difícil fazer esse trânsito quando se trata de alguém cujas semelhanças nos façam crer que o mundo dele seja único e idêntico ao nosso.

Tendo em consideração tais limitações e ignorâncias nossas, em se tratando de mundos radicalmente outros, podemos nos deixar contagiar pelo convite do xamã como meio de produzir em nós algum deslocamento ou “descolonização do pensamento” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p.20), tomando a licença que a narrativa do xamã Kopenawa nos oferece para pensar, podemos partir do tema do duplo apresentado na forma do “*animal rixi*”, para por em questão o “lado de dentro” e o “lado de fora” que estão implicados nessa discussão. Trata-se de

uma relação dentro-fora em que o “nosso ser verdadeiro interior” é um duplo exterior, e o ser humano fica num “estado de fantasma” quando esse duplo foge para longe por ter sido caçado.

O lugar onde vivem os semelhantes do duplo é o fora “junto da grande cachoeira de águas turbilhonantes”. Esse lugar longínquo é um fora que pode ser acessado através do “sonho dos espíritos, que permite que a imagem dos xamãs viaje longe”. Depois de participar de uma operação no fora, que envolve as imagens e espíritos de diferentes seres - caçadores, vendaval, animais e xapiris – é que os espíritos se encarregam de “tratar o ser humano que o ferimento do duplo colocou em estado de fantasma”.

O pensamento ianomâmi de que “o ser verdadeiro interior” é um duplo exterior, nos oferece uma abertura para problematizar aquilo que une-e-separa o dentro e o fora. Nessa visão o primado é do fora com o qual o humano estabelece relação. O “animal *rixi*” não é um duplo do humano, mas um “duplo animal” que o humano o tem como estatuto anímico, e quando esse duplo foge o ser humano adoece no “estado de fantasma”. Outra característica desse fora é ser longínquo, pois não se trata do exterior percebido pelos sentidos do corpo – olhos, nariz, ouvido, boca e pele - mas do fora invisível, que para acessá-lo é preciso “sonhar[...]o sonho dos espíritos”, isto é, uma dimensão fora da consciência em vigília. Por fim, como vimos ao longo das narrativas a respeito desse plano em que as “imagens” dos seres, os “espíritos animais”, os “espíritos *xapiri*” e as “imagens dos xamãs” estão em conexão, esse fora é impessoal e coletivo. Nessa visão ianomâmi, a atenção e a operação do cuidado do humano em “estado de fantasma” não se concentra no espaço interior, mas no lado de fora, no plano comum, não individual e a-consciente, porque naquele mundo o “verdadeiro ser interior” é um duplo exterior, um mundo em que a “subjetividade” se dá numa rede de conexões partilhada por todos os seres - humanos e não humanos.

Essa visão contrasta com o espaço interior que constitui o indivíduo ocidental moderno que se convencionou chamar de sujeito. A pesquisa genealógica de Foucault sobre as dimensões

ou eixos de constituição do sujeito moderno, isto é, sobre um processo de constituição desse espaço interior, nos mostra como essa interioridade é forjada a partir de forças do fora. A sua pesquisa não encontra uma interioridade inata, natural e selvagem, mas condições específicas em que esse interior é fabricado e codificado em estratos de saber e é submetido a jogos de poder, em que os processos de subjetivação, de ação sobre si, de força e saber moral produzem o indivíduo interior.

[...] a subjetivação do homem livre se transforma em sujeição: por um lado é “a submissão ao outro pelo controle e pela dependência”, com todos os procedimentos de individualização e de modulação que o poder instaura, atingindo a vida quotidiana e a interioridade daqueles que ele chamara de sujeitos; por outro lado, é “o apego (de cada um) à sua própria identidade mediante consciência e conhecimento de si”, com todas as técnicas das ciências morais e das ciências do homem que vão formar um saber do sujeito (DELEUZE, 2005, pp.110).

Essa genealogia do sujeito ocidental remonta às práticas do cuidado de si no período clássico grego estudadas por Foucault, isto é, há pelo menos 2.500 anos o humano ocidental vem cultivando a interioridade subjetiva, o que torna extremamente dramático o momento do contemporâneo em que esse espaço interior se esvazia rapidamente, novamente por forças do fora, no caso, do biopoder e seu magnífico arsenal tecnocientífico. Embora bilhões de seres humanos não hesitem em incorporar tais forças em seus modos de vida, motivos não faltam para lamentar a “perda” de valores, e inclusive direitos, pelo esvaziamento da interioridade e sua substituição por uma moral baseada na exterioridade e no corpo físico, ou uma “somatização ética” em que o outro, objetivado, é “menos humano”, o que tem conduzido o projeto humanista e o ideal moderno de melhoramento da humanidade ao naufrágio. Segundo Ortega, devido a essa

[...] tendência à somatização e externalização da subjetividade [...] aparecem novas modalidades de sofrimento físico e mental, nas quais se destacam sintomas somáticos, tais como anorexias, bulimias, adições de todos os tipos. Soma-se a esse leque de entidades clínicas a ascensão de quadros de difícil decifração, constituídos por ampla gama de sintomas físicos sem substrato anatomoclínico, tais como as síndromes fibromiálgica, do cólon irritável, da fadiga crônica e da alergia total, dentre outras (ORTEGA, 2010, p. 66)

Em vista de tantos sofrimentos e consequências desastrosas – climáticas, naturais, sociais, políticas, econômicas, etc. - pergunta-se “Mas o que quer dizer Foucault quando diz, a respeito da morte do homem, que não há porque chorar? ” (DELEUZE, 2005, p. 140). Para entrar nessa questão precisaremos primeiro examinar o problema da subjetividade na relação dentro/fora e em seguida o que acontece nas condições que se apresentam no contemporâneo que, a partir de Deleuze, tem se denominado de “dividualização”. Para nos auxiliar, vamos retomar tema do duplo introduzido por Kopenawa, e ver como pensa Deleuze o tema do duplo em Foucault:

[...] a obsessão constante de Foucault é o tema do duplo. Mas o duplo nunca é uma projeção do interior, é, ao contrário, uma interiorização do lado de fora. Não é um desdobramento do Um, é uma reduplicação do Outro. Não é uma reprodução do Mesmo, é uma repetição do Diferente. Não é a emanção de um EU, é a instauração da imanência de um sempre-outro ou de um Não-eu. Não é nunca o outro que é um duplo, na reduplicação, sou eu que me vejo como o duplo do outro: eu não me encontro no exterior, eu encontro o outro em mim (‘trata-se de mostrar como o Outro, o Longínquo, é também o mais Próximo e o Mesmo’) (DELEUZE, 2005, p.105).

Quando se trata “irreduzir e imprecisar essa fronteira” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p.28), nessa relação dentro/fora transitamos num limiar em que o lado de dentro “mais profundo que todo mundo interior” e o lado de fora “mais longínquo que todo mundo exterior” (DELEUZE, 2005, p. 103) embora tenham se diferenciado por uma operação de separação si-mundo, retornam e se encontram. Se seguirmos essa hipótese de que o duplo exterior não é uma emanção de si, uma projeção de si sobre o mundo, mas o outro em mim; se percebermos que essa operação de “reduplicação” acontece incessantemente quando olhamos para os seres no mundo e nos vemos como o duplo do outro - seja esse outro um jogador que marca um gol espetacular e vibramos, ou um bebê prestes a cair da cama e corremos para segurá-lo – se podemos ultrapassar a noção habitual de que temos uma experiência de um si subjetivo no mundo objetivo, para pensar que se trata de uma experiência do mundo reduplicado em mim, então podemos ter uma ideia melhor daquilo que Kopenawa nos dizia, de que o “nosso ser verdadeiro interior” é um duplo exterior. Podemos fraturar a visão habitual de que somos seres

no mundo, e nos abrir a noção de que somos o mundo em nós. “Um Lado de Fora mais longínquo que todo exterior, ‘se torce’, ‘se dobra’, ‘se duplica’, com um Lado de Dentro, mais profundo que todo interior” (DELEUZE, 2005, p.117.)

Nesse limiar, então, vamos fraturar também a ideia de que somos o humano social separado e oposto ao mundo natural exterior - base da epistemologia objetivista moderna - para pensar que somos esse mundo natural exterior em nós. Vale relembrar que se esse exterior não é um mundo-objeto dado e preexistente e o mesmo, mas uma perspectiva, e cada perspectiva constitui um mundo-sujeito próprio, então cada interior reduplica um mundo próprio. E embora vivendo mundos radicalmente outros, estamos em conexão, múltiplas conexões, num plano comum impessoal, virtual e imanente que se atualiza incessantemente em perspectivas variáveis, em mundos móveis. E é a partir desse plano comum, onde as conexões transversalizam os mundos, que nos é possível ver o outro no mundo do outro, e inclusive aceitar que o mundo do outro seja outro, variável e móvel, assim como o próprio.

Foucault e Deleuze fizeram uma imagem daquela operação de separação si-mundo de que falamos acima: a imagem de uma dobra; como se uma superfície do fora se dobrasse sobre si mesma numa invaginação, tal como sucede na embriologia animal durante a gastrulação, constituindo nessa dobra uma cavidade interna que é exatamente o fora, dentro. “O lado de fora não é um limite fixo, mas uma matéria móvel, animada [...] de pregas e de dobras que constituem um lado de dentro: nada além do lado de fora, mas exatamente o lado de dentro do fora” (DELEUZE, 2005, pp. 103). Essa conclusão é um ponto chave do problema: “nada além do lado de fora”. Diante dela o pavor de não ser, ou de deixar de ser, nos faz correr para dentro, seja para dentro da personalidade do indivíduo, seja para dentro do seu cérebro. Uns remexendo nas vísceras do sujeito, como anatomistas do século XVIII debruçados sobre o cadáver do homem, outros, afirmando que aquele homem está morto, buscam nas biomoléculas do cérebro

o “self neuroquímico”. E aqui, depois de “contorcer sucessivas linhas divisórias” do problema, podemos reexaminar a individualidade e o cérebro biomolecular.

Em “Post Scriptum sobre as sociedades de controle”, Deleuze (1992) fazia um corte no contemporâneo que enunciava a emergência de uma nova dimensão da subjetividade que não mais tinha o indivíduo como unidade, mas, ao contrário, elementos-chave sub-individuais, ou como ele designou, *dividuais*, produzidos pelas novas tecnologias, os quais, por sua característica elementar, molecular, ondulatória e fluida, fazem ultrapassar os limites das instituições fechadas e dos corpos individuais, de modo que decai a força das regras e das disciplinas, e crescem outras forças, que se qualificam na forma de controle, como modulação dos fluxos desses elementos dividuais, seja no campo da economia financeira, do trabalho, das comunicações, da formação e, aqui chegamos ao ponto, da vida.

La dividualisation rend compte plutôt de la décomposition du sujet par la dispersion de son corps en autant de dividuals. Le dividual est cet élément premier (le gène, le chromosome, le neurone) sans lequel aucun développement de la matière vivante ne pourrait s'organiser. Le dividual, à l'inverse de l'individu, n'a pas de corps définitif dans la mesure où le degré zéro de la cause première a été atteint, offrant ainsi la possibilité de changer l'état et la nature du corps somatique et même germinale (ANDRIEU, 2003, p. 85).

Essa definição dos processos dividuais por Bernard Andrieu tem uma linha comum com a definição da molecularização do biopoder por Nicolas Rose, porém ele vai além ao seguir a hipótese de Deleuze de que nesta condição o indivíduo se fragmenta e perde o seu lugar, aquele em que a subjetividade se constitui: “Là où l'individualité pouvait constituer le corps propre comme dimension subjective, la dividualité réduit le corps propre au objet. Devenu un pur matériau, le corps humain est le moyen d'une objectivation du sujet” (ANDRIEU, 2003, p.86).

Muito bem, quando Andrieu fala em “puro material” e “objetivação do sujeito”, ele está operando na dicotomia sujeito-objeto, a mesma que havíamos problematizado anteriormente quanto à oposição entre sujeito cerebral e social, polaridades de uma episteme, por um lado, centrada numa concepção monista da natureza e, por outro, na lógica binária que estabiliza entidades polares por exclusão. “*pur monisme, la Nature exprime dans le corps un sens*

biologique plus que mathématique” (ANDRIEU, 2003, p.95). Nessa perspectiva, que, embora com diferenças, é própria da cientificidade objetivista moderna, o mundo-sujeito que se produz opera uma objetivação do sujeito em divíduos produzidos por molecularização e ações tecnológicas que fazem do corpo, que antes era um corpo vivido subjetivo, agora um decomposto de materiais. Na lógica binária da exclusão “ou se é um ou se é outro”, sujeito ou objeto, “quem” ou “coisa”, o terceiro, quarto, o múltiplo é excluído, no caso presente do desmantelamento do indivíduo, o que resta é objeto, “puro material”.

Ce dividualisme conduit à un morcellement du vécu subjectif de notre propre corps vécu qui se trouve réduit à des quantités objectives, des actions technologiques.[...] Face à l'impossible disposition de soi-même comme un corps entier, le progrès somatique renforce l'économie capitaliste: être son corps c'est l'avoir, le sujet c'est l'objet (ANDRIEU, 2003, p.89).

Por um lado, como bem observa Bernard Andrieu, nessa perspectiva, a dessubjetivação do corpo conduz à capitalização de suas partes; a decomposição do corpo vivido em “puro material” “reforça a economia capitalista”. Se pode ser mercadoria, isto é, se pode ser “formatada” como objeto de negócio, como unidade de capital, então a “vida em si”, nos termos que Rose empregou para qualificar a biopolítica no contemporâneo, pode ser capturada ou aprisionada no dividual como forma. Por outro lado, esse “puro material” não possui existência intrínseca, ao contrário, é um “projeto” moderno que Latour (1994) denominou de “purificação crítica”, é um trabalho, uma prática de permanente purificação que, ao fim e ao cabo, não é capaz de estancar a permanente “proliferação dos híbridos”. Segundo Latour, quanto mais nos dedicamos a “criar por ‘purificação’, duas zonas ontológicas inteiramente distintas, a dos humanos, de um lado, e a dos não-humanos, de outro[...]; quanto mais nos proibimos de pensar os híbridos, mais seu cruzamento se torna possível” (LATOURE, 1994, p. 16)

Os divíduos são híbridos, tal como definimos anteriormente redes e multiplicidades, é impossível purifica-los, mesmo com todo esforço de purificação científica sempre resta um “mínimo” do sujeito no objeto. Embora resultado de dessubjetivações e sucessivas

decomposições do corpo, os individuais - genes, hormônios, enzimas, neurotransmissores - constituem entidades que condensam elementos característicos de variantes subjetivas, incorporam identidades, se tornam vetores de biosociabilidade, neurodiversidade e cidadania biológica (RABINOW, 2006) a subjetividade desindividualiza e adere à molécula, na qual reside um índice de formação dos sujeitos.

Esse é o projeto da biopsiquiatria: produzir classes, tipos, caracteres genéricos, por cruzamento de dados elementares individuais da genética, fisiologia, bioquímica e atividade neuronal. Embora a forma-homem tenha fenecido, esvaziado e decomposto, o homem corre em busca de algum suporte de si nos individuais contemporâneos. Nessa medida o “sujeito cerebral”, o cérebro que encarna o Eu, é uma dessubjetivação do Eu, o qual já não é mais o mesmo. O Eu-cérebro é um outro, porém, devido à lógica binária, a própria ciência, através do incessante trabalho de purificação, se encarrega de manter o fantasma da forma-homem e do Eu, pois se essa forma fosse de fato superada, a ciência mesma, sua forma, seu cosmo e racionalidade desapareceriam. De seu inventor, o homem tornou-se refém da ciência, a qual é porta voz das leis de uma Natureza única, preexistente e “exterior”, cuja verdade, à qual nos submetemos e da qual somos por princípio separados, é “alcançada” pelos esforços da racionalidade científica.

Se nada há além do fora, se o homem ocidental constitui sua interioridade subjetiva a partir de dobras do fora, então, nas condições de produção tecnocientífica dos individuais no contemporâneo, é compreensível uma “ressubjetivação” do “puro material” objetivado na forma de índices de si no DNA e outras moléculas, ou de modos de produção de si por intervenção individual, genômica, farmacológica, etc. No entanto, mais compreensível ainda é o pavor do fora que tal ciência instaura. No fim do século XIX Nietzsche havia proposto que a ciência se fundava sobre uma intenção de objetividade, neutralidade, generalidade e, acima de tudo, de uma seriedade, orientada por uma “vontade de verdade” derivada do “ideal ascético”

– e, acrescentaríamos, asséptico - que fazia do mundo por ela “revelado”, um mundo inerte, mecânico, matemático, frio, sem sensibilidade nem potência e sem vida:

[...]o medo da felicidade e da beleza, o anseio de afastar-se do que seja aparência, mudança, morte, devir, desejo, anseio [...] uma aversão à vida, uma revolta contra os mais fundamentais pressupostos da vida. (NIETZSCHE, 1998, p. 149).

Não somos aparelhos de objetivar e registrar, de entranhas congeladas. (NIETZSCHE, 2001, p13).

A “natureza” formalizada pela ciência - e mais radicalmente pela ciência do século XXI - é o fora sem vida alguma, material inerte e purificado, em que a vida é um epifenômeno do material morto. Não é de estranhar que, no contemporâneo, formas narcísicas ainda mais obstinadas, denominadas por alguns de “individualização”, faça correr aos humanos para afirmarem identidades de si e voltarem-se para si. Ainda que sem noção dos artefatos biotecnológicos e neurocientíficos que viriam a ser fabricados no século XXI, Nietzsche vislumbrava a direção e o sentido do poder sobre vida que a ciência produzida pelo homem moderno anunciava:

Aqui domina um ressentimento ímpar, aquele de um insaciado instinto e vontade de poder que deseja senhorear-se, não de algo da vida, mas da vida mesma, de suas condições maiores, mais profundas e fundamentais; aqui se faz a tentativa de usar a força para estancar a fonte da força (NIETZSCHE, 1998, p 107).

No contemporâneo, as forças no homem – da ciência como atividade humana - lograram o propósito de aprisionar a vida, captura-la nos divíduals biomoleculares, e segmenta-la em unidades de capital. A decomposição do indivíduo em divíduals, embora tenha produzido processos de dessubjetivação, não foi suficiente para o engendramento de outra forma existencial capaz de liberar a vida dentro do homem. O homem moderno inventou a ciência, e esta tudo faz para eternizá-lo aprisionado nesta forma, mesmo que literalmente feito aos pedaços, através da busca do prolongamento da vida pela intervenção na normatividade vital. Deleuze problematizava a condição limítrofe de superação da forma-homem em que nos encontramos na contemporaneidade em termos da liberação da vida, que foi aprisionada como

prática ascética moderna. “Nietzsche dizia: o homem aprisionou a vida, o super-homem é aquele que libera a vida dentro do próprio homem, em proveito de outra forma...” (DELEUZE, 2005, p. 140). É nesses termos que Foucault nos diz, “a respeito da morte do homem, que não há porque chorar. [...]. O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo” (FOUCAULT, 1999a, p.536).

Agora quem se pergunta é o próprio Nietzsche: “Quando poderemos começar a naturalizar os seres humanos com uma pura natureza, de nova maneira descoberta e redimida?” (NIETZSCHE, 2001, p. 136) A pergunta, portanto, se endereça à natureza. A superação da forma-homem requer uma superação da ciência e com isso uma liberação, ou “redenção” da natureza como “pura natureza”, isto é, uma superação da própria “natureza” tal como a temos por existente. Como nos aconselha Kopenawa, se “escutarmos com atenção”, “entendermos as palavras” e “perguntarmos o que quer dizer” o perspectivismo ameríndio, podemos pensar “outramente”, não para adotar aquela forma, a ianomâmi, mas para desestabilizar as formas, para liberar a natureza da forma constricta pela racionalidade científica.

Podemos “descolonizar o pensamento” para que advenha uma natureza livre sem leis - ou em que as “leis” são meios, variáveis e temporários - sem origem, nem finalidade, nem centro: “naturezas múltiplas”, onde forma não É uma coisa, pois toda forma é perspectiva móvel e ilimitada, é uma coisa, e outra, e outra, e outra... e, portanto, vazio. Se se ocupa os meios e não dos termos - do espaço entre os seres e não dos “seres em si” - abrem-se novas e ilimitadas possibilidades de ser, de modos de existência e de mundos, possibilidades de trânsito pelos meios, por mundos ilimitados - como por exemplo a imagem dos xamãs – possibilidades de composição com a imagem das moléculas – inclusive as “psicoativas” - formas existentes em perspectivas. Tais naturezas assim redimidas liberam a vida dos aprisionamentos ascético e asséptico. Aliás liberam a própria biologia. Segundo Foucault, a “vida biológica” foi uma invenção do final do século XVIII, “um transcendental” necessário ao conhecimento objetivo

dos seres vivos, que se apropriou do conceito de organização para separar o vivo do não-vivo, orgânico e inorgânico.

Ora, esse conceito de organização jamais servira, antes do fim do século [XVIII], para fundar a ordem da natureza, para definir seu espaço, ou para limitar-lhe as figuras (FOUCAULT, 1999a, p.317).

Pretende-se fazer histórias da biologia no século XVIII; mas não se tem em conta que a biologia não existia. [...] E se a biologia era desconhecida, o era por uma razão bem simples: é que a própria vida não existia. Existiam apenas seres vivos e que apareciam através de um crivo do saber constituído pela história natural (FOUCAULT, 1999a, p.174).

Olhando em direção à superação da forma-homem, podemos nos desprender da “vida” inventada no final no século XVIII. Quando havíamos questionado o termo “vida em si” no início deste capítulo, comentávamos que a “molecularização” produzia uma indeterminação das suas bordas - onde ela começa e onde termina – e que, embora decomposta e segmentada, a “vida em si” não cessava. Um esporo, que entra em reprodução em um laboratório após milhões de anos, esteve vivo ou não? O cromossomo, os ácidos nucleicos, os genes, as enzimas polimerases que os transcrevem, são vivos ou não? Os critérios criados no século XVIII para definir a natureza viva já não são mais suficientes.

Nestas zonas de indeterminação molecular geradas pelo biopoder, paradoxalmente, uma vida liberada do aprisionamento escapa da própria biologia e entrevê uma vida que deixa de ser “em si”, determinada e limitada a um epifenômeno secundário organizado, em que recai o biopoder que a controla, ou aprisionada num dividual como elemento componente de controle social. Naturalizados “com uma pura natureza, de nova maneira descoberta e redimida”, natureza livre e ilimitada, podemos perder o horror de “ser” exterioridade pura - e viva – nada além do lado de fora. Assim naturalizados, não somos mais que natureza livre que se dobra e se duplica. Deleuze sugere que esta superação da forma-homem, seria então uma “superdobra”. Não precisamos mais buscar “dentro” alguma explicação. Podemos aceitar que “tudo é saber”, “Luz e Linguagem, dois vastos meios de exterioridade” (DELEUZE, 2005, p.128) na dobra, a

qual acontece em perspectivas múltiplas e variáveis como processo de subjetivação permanente.

Propusemos essa volta pelas bordas do fora e para fora do modelo de natureza na qual nos constituímos como modernos para escapar dos antagonismos, para expandir o problema posto pela biopsiquiatria e, por conseguinte, o uso de psicofármacos no âmbito da “saúde mental”, para além do regime das dicotomias que tivemos oportunidade de desestabilizar, para nos permitir outras visibilidades e, mesmo que ao tateio, nos dar chances de enunciação para além dos limites instituídos. São essas chances que procuramos deixar ao alcance nos grupos de trabalho dos pesquisadores deste estudo: profissionais de saúde e usuários de medicação psiquiátrica. As vozes dos autores que aqui invocamos, a polifonia que concertamos, não formam uma referência conceitual deste estudo ou dos grupos de pesquisa, embora componham uma visão epistemológica, ou uma política cognitiva que orienta o método.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pedimos somente um pouco de ordem para nos proteger do caos. Nada é mais doloroso, mais angustiante do que um pensamento que escapa a si mesmo [...] Perdemos sem cessar nossas ideias. É por isso que queremos tanto agarrarmo-nos a opiniões prontas. [...] É tudo isso que pedimos para *formar uma opinião*, como uma espécie de ‘guarda-sol’ que nos protege do caos (DELEUZE e GUATTARI. 1997 p.259)

Essa parece ser uma boa consideração sobre o caminhar neste trabalho, que se realizou em espaços coletivos de experimentação, em que camadas de ordens protetoras contra o caos - opiniões, formas e fôrmas - precisavam ser esburacadas a cada momento para dar lugar a algum respiro e a possibilidades de habitar zonas de trânsito em que fosse possível maior autonomia. Ao mesmo tempo, ao chegarmos ao término da escritura desse texto, essa consideração nos alerta para as forças voltadas para “*formar uma opinião*”, que estão sempre às voltas para nos restituir proteções perdidas e obliterar as fendas abertas.

Imersos em bolhas de realidade formadas e organizadas por regimes de linguagem e de luz, de produção de si e de mundo, intervimos nestas bolhas, esgarçando e rasgando suas bordas, de modo a esvaziar formas estabelecidas e a permitir a entrada em jogo de algum outro feixe de luz, linguagem e afetos. Bolhas, planos e ordens cujos dados de realidade destituímos de solidez e permanência.

Essa consideração situa o problema do uso de psicofármacos numa zona limiar híbrida, entre realidades organizadas em que mundos e sujeitos são historicamente caracterizados e produzidos em condições e um plano comum de sensibilidade às vibrações dos afetos, movimentos caosmóticos e à potência de invenção autopoietica, que impulsionam os coengendramentos sujeito-mundo para fora das bolhas de realidade, seus regimes, programas, fins e condições.

Neste estudo abrimos visibilidade para dois planos de produção de sujeitos e mundos em torno do uso de psicofármacos. Um plano constitui o regime de produção de normalidade e doença mental, que remonta ao dispositivo disciplinar do poder psiquiátrico ancorado no

psicofármaco que produz o problema médico e o indivíduo normal ou doente. Outro plano constitui o biopoder na sociedade de controle em que proliferam modos de produção de si por intervenção dividual biomolecular ou outras ações tecnológicas.

A problematização do primeiro desmonta o dispositivo de normalização que produz o psicofármaco e o indivíduo com transtorno mental, o que, simultaneamente, suspende o diagrama de poder e os regimes de enunciação - patologização, psicologização e medicalização - que produzem a individualidade normal. Isso é extremamente perturbador pois, esse plano, ao produzir indivíduos normais, protege-os da exposição às forças e à indeterminação do caos. Nesse plano, o uso de psicofármacos é parte da bolha de realidade da doença mental e do jogo que garante a normalidade dos indivíduos.

A problematização do segundo plano conduz ao que Nietzsche qualificou como “usar a força para estancar a fonte da força” (NIETZSCHE, 1998, p. 107), isto é, usar a força da ciência da vida contra a fonte da vida. Nesse plano, elementos de vida são formalizados em dividuais moleculares, material inerte e purificado. Na bolha de realidade produzida pelas biotecnologias tudo é puro material sem vida; ou uma vida é um subproduto organizado, uma forma de organização do material sem vida. Vida é um produto do plano de organização em que todos os esforços da racionalidade se dirigem contra a morte do homem, como se uma vida morresse junto com o indivíduo e fosse preciso prolongá-la.

Exatamente o oposto daquilo que é produzido no plano de organização da racionalidade científica do século XXI, uma vida imanente não morre, não é imanente a nada, não depende de um objeto nem pertence a um ser. Intervir nas bolhas de realidade, desfazendo formas organizadas de modo ampliar a permeabilidade ao plano comum, possibilita aberturas à imanência da vida, não à vida imanente a alguma coisa, mas a “imanência da imanência, a imanência absoluta: ela é potência completa, beatitude completa”. (DELEUZE, 2002, p. 12)

O psicofármaco e o órgão cerebral são produções destes dois planos de organização, o de normalização e o do biopoder contemporâneo, de forma que são componentes do jogo que constitui sujeitos normais ou com transtorno mental, e, também sujeitos cerebrais e territórios existenciais cerebralizados. A zona de subjetivação no contemporâneo, ao mesmo tempo que está sujeita às forças de normalização, é também uma zona biofarmacotizada de controle individual neuroquímico. Desta forma, os dois planos coexistem no jogo de neutralização das experiências do fora. Não somente encontramos no medicamento psiquiátrico uma genealogia do poder asilar do século XIX como, enquanto produto da racionalidade biotecnológica do século XXI, o psicofármaco é também um dispositivo daquilo que Pelbart chamou de inclusão hegemônica do capitalismo contemporâneo (PELBART, 2000) e de inclusão por homogeneização asséptica numa sociedade sem manicômios, em que estamos, porém, asilados no manicômio mental da razão. (PELBART, 1993).

Assim como a vida produzida pela racionalidade biotecnológica é um subproduto ou um epifenômeno organizado de puro material extenso e inerte, o cérebro das neurociências é um órgão, ou um subproduto organizado de uma vida sem vida. Nessa condição extrema, o sujeito cerebral, então, não passaria de um simulacro incapaz de se tornar sujeito do pensamento, da arte, da ciência e da filosofia que o humanista reivindica como obra do homem, e não de um cérebro.

Aqui vale lembrar as ilimitadas formas do pensamento ameríndio, que pudemos acessar anteriormente por algumas narrativas do xamã ianomâmi Davi Kopenawa, que nos falavam de um plano comum, impessoal, humano e não humano, em que aquelas formas, imagens e espíritos existem. Essa lembrança nos serve de inspiração para pensarmos um cérebro que escapa das produções do plano de organização da racionalidade neurocientífica. Um cérebro não organizado, vivo na vida imanente do plano comum. Um cérebro-sujeito que nada tem a ver com o sujeito cerebral derivado dos individuais neuroquímicos.

É o cérebro que pensa e não o homem, o homem sendo apenas uma cristalização cerebral [...] O cérebro é o *espírito* mesmo. É ao mesmo tempo que o cérebro se torna sujeito, ou antes ‘superjecto’ [...] que o conceito se torna o objeto como criado, o acontecimento ou a criação mesma, e a filosofia, o plano de imanência que carrega os conceitos e que traça o cérebro. (DELEUZE e GUATTARI. 1997, p. 269-270)

Essa inspiração nas narrativas do xamã ianomâmi também nos auxilia a transitar na zona intermediária em que ampliamos a sensibilidade às flutuações intensivas e aos movimentos dos devires no plano de experiência comum, em que sujeitos e psicofármacos se deslocam dos lugares determinados pelos planos de organização, e se tornam outra experiência, com a instauração de outros modos de existência que escapam daqueles planos. Assim inspirados os individuais biotecnológicos também podem ser outros e encontrar outras conexões no plano de Natureza livre e ilimitada, em que possa se instaurar uma desnormalização, uma dessubjetivação dos sujeitos normais ou doentes, ou a própria dissolução da existência dos indivíduos.

Como dissemos no início dessas considerações, estamos sempre significando e resignificando imersos em bolhas, planos, ordens cujos dados de realidade buscamos destituir de solidez e permanência. Assim, as produções fabricadas no caminhar deste estudo são passageiras, formações provisórias de proteção na transação com os foras e também precisam ser esvaziadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L., MERHY, E. E., GOMES, M. P. C., TALLEMBERG, C., CHAGAS, M. S., ROCHA, M., SANTOS, N. L. P.; SILVA, E.; VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar comum**, n. 39, p. 133-144, 2013.

ANDRIEU, B. Deleuze, la biologie et le vivant des corps. **Concepts**. Revue Semestrielle de Philosophie, Hors Série. 03/2003.

AQUINO, J. G.; RIBEIRO, C. R. Processos de governamentalização e a atualidade educacional: a liberdade como eixo problematizador. **Educação & Realidade**, v. 34, n. 2, 2009.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. PUC-SP, São Paulo. 1994.

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina Editora da UFRGS, 2007.

BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BECK, U. **Sociedade De Risco**: Rumo A Uma Outra Modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BECK, U. GIDDENS, A. LASH, S. **Modernização Reflexiva**: Política, Tradição e Estética Na Ordem Social Moderna. São Paulo: Unesp, 1995.

BEZERRA, B. O impacto das biotecnologias: Um ponto de vista. Revista **ide**, 29(43), p. 50 - 56, 2006.

BEZERRA, B. História da psicopatologia no Brasil. Disponível em <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2013/07/04/2687/>

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1998

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

BUSH, G. Presidential Proclamation 6158. July 17, 1990. Disponível em: <http://www.loc.gov/loc/brain/proclaim.html>

CARON, E.; IANNI, A. M. Z.; LEFEVRE, F. A saúde como ciência e o corpo biológico como artefato: o caso do Jornal Nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1333-1342, 2018.

CARON, E.; LEFÈVRE, F.; CAVALCANTI, A. M. Afinal, somos ou não somos uma sociedade de consumo? Consequências para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2015.

CARON, E. ZUZA, E. G. Educação Permanente Em Saúde EPS em Movimento: O reconhecimento de si como educador e a produção do comum em comunidade de práticas. In: **Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida**. Revista Saúde em Redes, v.2 n.1, Suplemento, 2016

PMSP - CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Disponível em:
<http://documentacao.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/projeto/PL0003-2017.pdf>

COMBES, M. **La vie inseparée: vie et sujet au temps de la biopolitique**. Paris: Dittmar, 2011.

COSTA-MOURA, F.; COSTA-MOURA, R. Objeto A: Ética e Estrutura. **Ágora**. v. XIV, n.2, jul/dez, p. 225 – 242, 2011

DELEUZE, G. **Nietzsche e a filosofia**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G., DREYFUS, H. L., FRANK, M., GLUCKSMANN, A., MILLER, J. A., RORTY, R. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona, Espanha: Gedisa, p. 155-161, 1990.

DELEUZE, G. Conversações, 1972-1990. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. Imanência, uma vida. **Educação e Realidade** 27(2):10-18, 2002

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia** 2. Vol. 4, 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2012a.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia** 2. Vol. 5, 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2012b.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELIGNY, Fernand. **O aracniano e outros textos**. São Paulo: n-1 edições, 2015.

EDELMAN B. Critique de l'humanisme juridique. In: B. EDELMAN e M-A. HERMITTE (org). **L'Homme, la nature et le droit**. Paris: Christian Bourgois, p. 287-307, 1988.

EHRENBERG, A. O sujeito cerebral. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 187-213, 2009.

EHRENBERG, A. BOTBOL, M. Depressão, doença da autonomia. **Ágora**, v. 7, n. 1, p. 143-153, 2004.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. BERTUSSI, D. C. MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. v.2. 1ª. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. O Nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 79-98, 1988.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as Formas**. Rio de Janeiro: Nau, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

FOUCAULT, M. Tecnologias de si (1982). **Verve**. n. 6, p. 321-360, 2004b.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). 2006b.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. Apêndice da Primeira Edição (1982). In: DREYFUS, H. L. RABINOW, P. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica**: para além da hermenêutica e do estruturalismo. 2ed. rev. Rio de Janeiro: Forense, p.273-295, 2013.

GIDDENS, A. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 2ed, Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995.

HENZ, A.O.; RODRIGUES, A.; CAPOZZOLO, A. A.; SANTOS, C. E. A.; LIMA, E. R.; CORDEIRO, G. L. B.; MORENO, H. V.; MACHADO, L. A.; JOSÉ DA SILVA, M.; BALDO,

R. C.; CASETTO, S. J.; PEREIRA, T. L. D.; LIMA, T. P. H. Cabeça Dizpensa, corpo desvago: experimentações de um Laboratório de Sensibilidades. Dossiê Corporeidade, **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 2, maio-ago, p. 96-102, 2017.

INFORSATO, E. A. **Desobramento: constelações clínicas e políticas do comum**. 2011. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. 2011.

INSEL, T. Post by former NIMH director Thomas Insel: Transforming diagnosis. **National Institute of Mental Health**, 2013. [acessado em 15 jan 2019]. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>

JUNG, C. G. **O Homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo**. Uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami**. 1ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LACAN, J. **O Seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LAPOUJADE, D. Fundar a violência: uma mitologia. In: NOVAES, A. (org.). **Mutações: fontes passionais da violência**. São Paulo: Sesc, p. 79-94, 2015.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.

LATOUR, B. **Reagregando o social**. Salvador: Edufba, 2012.

LINDQUIST, M. A. The statistical analysis of fMRI data. **Statistical science**, v. 23, n. 4, p. 439-464, 2008.

MEDEIROS, R. G. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Instituto de Psicologia, Programa De Pós-Graduação Em Psicologia Social E Institucional, Porto Alegre, 2013.

MELO JJ, SCHAEPPPI PB, SOARES G, PASSOS E. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. **Caderno HumanizaSUS** Vol. 5 Saúde Mental. p. 233-247, 2015.

MERHY, E. E. BADUY, R. S. SEIXAS, C. T. ALMEIDA, D. E. S. SLOMP JÚNIOR, H. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. v.1. 1ª. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

NIETZSCHE, F. W. **Genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

NIETZSCHE, F. W. **A Gaia Ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; PALOMBINI, A. L.; EIRADO SILVA, A.; PASSOS, E.; LEAL, E. M.; SERPA JÚNIOR, O. D.; MARQUES, C. C.; GONÇALVES, L. L. M.; SANTOS, D. V. D.; SURJUS, L. T. L. S.; ARANTES, R. L.; EMERICH, B. F.; OTANARI, T. M. C.; STEFANELLO, S. Adaptação Multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface – Comunic. Saude Educ**, Botucatu, 16(43):967- 980, 2012.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; PALOMBINI, A. L.; PASSOS, E. et al. Guia da Gestão Autônoma da Medicação. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em:
https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf

ONOCKO CAMPOS, R.T.; PALOMBINI, A. L.; PASSOS, E. et al. Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em:
https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa – Depressão**. [acesso 15 jan 2019] Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822

ORLANDI, L. **Procedimentos expressivos de um caso que já é, ele próprio, expressão de um mundo** [acesso 15 jan 2019] Disponível em:
<https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2017/04/24/procedimentos-expressivos-de-um-caso-que-ja-e-ele-proprio-expressao-de-um-mundo-do-ponto-de-vista-do-problema-que-nos-ocupa-o-dos-procedimentos-expressivos-de-um-caso-essa-posicao-d/>

ORTEGA, F. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PASSOS, E. BARROS, R.B.D. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. v.1. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. v.1. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o comum**. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; RODRIGUES, S. E.; MELO J.; MAGGI, P. M.; MARQUES, C. C.; ZANCHET L.; CERVO, M. R.; EMERICH, B. F. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, 2013.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELBART, P. P. Da Claustrofobia Contemporânea (Sobre o fim da exterioridade no capitalismo tardio) In: PELBART, P. P. **A Vertigem Por Um Fio – Políticas da Subjetividade Contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, p. 29-30, 2000.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PELBART, P. P. Foucault versus Agamben. **Ecopolítica**, n. 5, jan-abr, p. 50-64, 2013.

RABINOW, P. ROSE, N., O Conceito de Biopoder Hoje. **Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais**, 24 p.27 – 57, 2006.

RODRIGUES, S. E. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L.; CYR, C.; BENISTY, L.; RICHARD, P. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p. 2879-2887, 2013.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L.; POIREL, M. L. Émergence d’espaces de parole et d’action autour de l’utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l’âme. **Nouvelles pratiques sociales**, v. 19, n. 2, p. 111-127, 2007.

ROSE, N. **Governing the soul: The shaping of the private self**. 2ed. London: Free Association Books, 1999.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself**. New Jersey: Princeton University Press, 2007.

ROSE, N. **Neuro: the new brain sciences and the management of the mind**. New Jersey: Princeton University Press, 2013.

SANTOS, L. G. **Polítizar as novas tecnologias: o impacto sócio-técnico da informação digital e genética**. São Paulo: Ed. 34, 2003.

SIMONDON, G. Introduction. In: SIMONDON, G. **L’individuation à la lumière des notions de forme et d’information**. Paris: Édition Jérôme Millon, pp. 23-36, 2005.

SPINOZA, B. **Ética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **A inconstância da alma selvagem**. Editora Cosac Naify, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. **O que nos faz pensar**. n. 18. setembro, p.225-254, 2004.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Metafísicas canibais: Elementos para um antropologia pós-estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

VREELAND, R. H.; ROSENZWEIG, W. D.; POWERS, D. W. Isolation of a 250 million-year-old halotolerant bacterium from a primary salt crystal. **Nature**, v. 407, n. 6806, p. 897, 2000.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZOURABICHVILI, F. **Deleuze: uma filosofia do acontecimento**. São Paulo: Ed. 34, 2016

APÊNDICE

TABELA: FOCOS TEMÁTICOS EM 50 GRUPOS DE MARÇO/2018 A MARÇO/2019
CAPS III CAPELA DO SOCORRO

TEMAS	n	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar												
Remédio Bom	14	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Adaptar ao Remédio	8	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Remédio Sintoma	32	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Sempre Curar Parar	19	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Tóxico Drogas	13	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Corpo Cabeça Cérebro	35	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Psiquiatria	29	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Diagnóstico	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
CAPS	28	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Doente	28	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Loucura Suicídio	28	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Internação Violência	14	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Estigma Indução	12	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Trabalho Benefício	18	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Autonomia	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Grupo	34	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Sexo	3	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Consulta	12	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Família	14	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50

CURRÍCULO LATTES

Eduardo Caron

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2979186187051792>
Última atualização do currículo em 22/06/2018

Psicólogo clínico e cineasta. Doutorando e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública USP. Supervisor de programas de Gestão Autônoma de Medicação em Centros de Atenção Psicossocial e unidades da Atenção Básica do SUS. Supervisor e facilitador de Educação Permanente em Saúde na Saúde Mental e Atenção Básica do SUS. Coordena projetos de prevenção do abuso de álcool tabaco e outras drogas em escolas. Exerce Tutoria em Especialização em Saúde Pública e em Educação Permanente em Saúde. Graduado pelo Instituto de Psicologia USP (2004) e pela Escola de Comunicações e Artes USP (1991). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Eduardo Caron
Nome em citações bibliográficas CARON, E.; CARON, EDUARDO

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015 Doutorado em andamento em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: O uso de neuroquímicos no viver cotidiano, modos de subjetivação e biopolítica na contemporaneidade.,
Orientador: 🇧🇷 Laura Camargo Macruz Feuerwerker.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: subjetividade; biopolítica; medicalização.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.
2012 - 2014 Mestrado em Ciências da Saúde Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Título: A SAÚDE DO JORNAL NACIONAL, Ano de Obtenção: 2014.
Orientador: 🇧🇷 Fernando Lefevre.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Comunicação Social.
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Sociologia da Saúde.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1348050253250794>
Última atualização do currículo em 15/02/2019

Possui graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1997), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002) e livre-docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Atualmente é professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo do Departamento de Política, Gestão e Saúde, Linha de Pesquisa Política e Gestão. É colaboradora da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. No campo da produção do conhecimento, atua principalmente nos seguintes temas: políticas públicas na área da gestão, da produção do cuidado e do trabalho em saúde, educação de profissionais de saúde. Na extensão, desenvolve atividades de apoio à educação permanente e ao desenvolvimento da gestão junto a secretarias municipais de saúde e ao ministério da saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Nome em citações bibliográficas FEUERWERKER, L.C.M.; FEUERWERKER, Laura Macruz; FEUERWERKER, Laura; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; Feuerwerker, L. C. M.; FEUERWERKER, LAURA C. M.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Avenida Dr. Arnaldo, 715, Departamento de Prática de Saúde Pública, sala 7792
Pacaembu
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617796

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2002 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Mudanças na educação médica - os casos de Londrina e Marília, Ano de obtenção: 2002.
Orientador: Francisco Bernardini Tancredi.
Palavras-chave: educação médica; mudanças na formação dos profissionais de saúde; estratégias de mudança na educação médica; trabalho em rede; políticas públicas de saúde e educação; mudanças nas práticas de saúde.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Políticas de Saúde.
Setores de atividade: Educação Superior; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.
1992 - 1997 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Residência Médica e as Estratégias de Mudança da Educação Médica no Brasil, Ano de Obtenção: 1997.